Clínica y Laboratorio

REVISTA ESPAÑOLA
DE CIENCIAS MÉDICAS

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



Tomo LXXV *Año XLVIII*

ZARAGOZA

MCMLXIII

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963

EVOLUCIÓN DE LA TERAPÉUTICA

POR EL

DR. MARIANO MATEO TINAO

PROFESOR DE FARMACOLOGÍA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

RECOGIENDO la idea de nuestro presidente, doctor OLIVER, de que los Académicos hagamos una revisión actual de nuestro discurso de ingreso, voy a exponer en esta comunicación lo más importante de las adquisiciones terapéuticas acaecidas en el lapso de tiempo, algo más de tres lustros, que va desde 1946, año de mi discurso «Evolución de la terapéutica», hasta 1962, año actual. En este tiempo, numerosos nuevos fármacos han dado una evolución tan progresiva a la terapéutica, que a la vista de todos está en el descenso de la mortalidad humana, así como en las numerosas enfermedades y procesos morbosos que ahora se tratan mucho mejor gracias a los nuevos medicamentos. No es mucho tiempo, algo más de tres lustros, y, sin embargo, en la evolución de la terapéutica son siglos.

No podemos citar, naturalmente, todos los nuevos fármacos que han surgido en estos años, pero sí mencionaremos los más importantes, esperando que si a pesar de todo hubiera alguna omisión, los Académicos presentes, la subsanarían con sus intervenciones.

Para dar una idea del extraordinario número de medicamentos y, por tanto, la necesidad de ir a una síntesis expositiva, diremos que de los pocos miles de especialidades farmacéuticas registradas en 1946, se ha pasado en España a las treinta y tantas mil de 1962.

Y para hacer una exposición sistematizada, comenzaremos por el capítulo final de nuestro discurso de 1946, cuyo capítulo era titulado «Valor curativo de la terapéutica actual y orientación futura de la terapéutica». Dice así:

Hoy, ante los nuevos medicamentos de acción tan eficaz, no es posible sostener el abstencionismo terapéutico ni el escepticismo.

Basta ver en enfermedades infecciosas, septicemias, neumonías, gonococia, meningitis, etc., el resultado logrado con sulfamidas y penicilina. Citemos que con sulfamidas, penicilina y plasmoterapia, la mortalidad de heridos de guerra en la pasada contienda mundial ha sido del 3 por ciento, mientras que en la del año 1914-18 fue del 10 por ciento; en la meningitis cerebroespinal epidémica, con las sulfamidas ha descendido la mortalidad, del 50 por ciento al 10 por ciento; en enfermedades tropicales, amebiasis, bilharziosis, leishmaniosis, con los nuevos medicamentos activos, se obtienen en muchas de ellas el 95 por ciento de curaciones,

Comunicación a la Real Academia de Medicina. 15 de noviembre de 1962.

afecciones que si poco conocidas en nuestros climas, afectan, sin embargo, a millones de seres. La bilharziosis, por ejemplo, llegó a afectar en Egipto al 70 por ciento de la población, unos 800.000, en 1928, y con la fuadina (neoantimosán) se logró una curación rápida, en quince o veinte días, en el 97 por ciento de los casos; la bilharziosis, abandonada a su curso natural, da el 10 por ciento de mortalidad.

Y, por otra parte, en endocrinopatías, enfermedades del metabolismo, alergias, etc., ¿no se logra hoy muchas veces una verdadera terapéutica eficaz? ¿Y con la terapéutica farmacológica, no se salvan momentos críticos que ponen en peligro la vida? Así, la insulina, salvando de un coma diabético; la estrofantina, de una asistolia aguda; la lobelina, de un síncope respiratorio; la papaverina, de una embolia pulmonar; la adrenalina, de una apoplejía visceral, etc.

Lo citado es suficiente para acreditar el valor curativo de la terapéutica actual. Y pensemos, además, que con algunos medicamentos, sulfamidas, penicilina, puede ejercerse una acción profiláctica en cirugía y obstetricia, y de algunas enfermedades, como el reumatismo, por medio de la penicilina.

Además, la cirugía y los agentes físicos, especialmente electricidad y radiaciones, colaboran cada vez más y mejor en los procedimientos curativos.

Y no olvidemos que si mucho se ha avanzado en la terapia curativa, más aún, aunque sea menos espectacular para el gran público, se ha logrado en la profilaxis de las enfermedades.

¿Hacia dónde se encamina la terapéutica? No se ha logrado la «terapia sterilisans magna» de ERLICH, ni aún un total de éxitos en una determinada enfermedad, porque eso, en Medicina, no es posible, pero no pueden subestimarse los buenos resultados obtenidos, y si vemos la cronología de los tratamientos antiinfecciosos, las infecciones protozoarias, primero, las bacterianas cocáceas, después, y ahora las anaerobias, podemos suponer que no hay razón para que no se logren éxitos parecidos en las demás enfermedades infecciosas. Fijémonos que el orden cronológico de los tratamientos, en cierto modo, ha venido impuesto por las circunstancias, y no es ajeno a que primeramente se hayan combatido eficazmente las infecciones por protozoarios, porque éstos, por su morfología más destacada y su biología al parecr más sencilla, pudieron ser conocidos, estudiados y manejados antes que otros microbios, y asimismo pudieron inocularse a los animales en la mayoría de los casos; después, las infecciones cocáceas, también reproductibles bajo forma de septicemias y también ya bien caracterizadas en su biomorfología y patología, y ahora las infecciones por anaerobios, con las sulfamidas, penicilina y la terapia inmuno-biológica, llevan también buen camino terapéutico, gracias a que también se van conociendo mejor los agentes microbianos causales. Siempre la realidad de la frase de PASTEUR, de que cuando mejor se conoce una enfermedad, más cerca se está de poder tratarla eficazmente.

¿Por qué, pues, no hemos de esperar con optimismo que se resuelva el problema terapéutico de otras enfermedades infecciosas, como las salmonellosis, brucelosis, tuberculosis y las de virus filtrables? Es verdad que las infecciones tifoparatíficas, la fiebre de Malta y la tuberculosis se conocen bastante bien como entidades clínicas, y también sus agentes causantes microbianos también están identificados, pero probablemente si estas infecciones bacterianas se han quedado atrás en los tratamientos, es porque, a pesar de los conocimientos aparentemente extensos que de ellas poseemos, quedan puntos oscuros que determinar, y no será de los menos importantes el metabolismo íntimo de los correspondientes agentes microbianos, cuestión que de aclararse permitiría, a través del mecanismo bacteriostático, buscar cuerpos activos que interfiriesen la vitalidad microbiana. La marcha de los acontecimientos terapéuticos permite sostener, sin exceso de audacia, que las infecciones citadas, de las que destaca la tuberculosis por su tremenda significación médica y social, han de poder tratarse eficazmente, por medio de medicamentos, en un futuro más o menos cercano.

Y las virasis han de seguir también una marcha paralelamente favorable por las rutas terapéuticas del futuro. La identificación de los virus filtrables como núcleoproteínas complejas, el conocimiento ya de algunos virus específicos de determinadas enfermedades, por la aplicación de los modernos microscopios de fluorescencia y electrónico, es indicio de nuevos progresos para conocer mejor estos procesos, de donde cabe esperar guía más clara para la búsqueda de tratamientos eficaces.

Si las enfermedades infecciosas, por su morbilidad y mortalidad, son las que más significan en el orden terapéutico, y por eso sus progresos y perspectivas son más celebrados y evaluados, no por eso se oculta el favorable porvenir terapéutico de otras enfermedades. Singularmente, en las del grupo endocrino-metabólico y en las alérgicas, aunque la realidad es ya bastante eficiente, se puede prejuzgar que, cuando se logre identificar en estos procesos el trastorno físico-químico originario, o cuando menos otros que aun situados en estratos más superficiales en cuanto a valor patogénico, sean, no obstante, importantes, se podrán lograr fármacos más eficaces aún. Y lo mismo ha de pasar en el tratamiento de ciertos síntomas, cuando se conozca mejor y más íntimamente su patogenia o especial mecanismo, que, indudablemente, es también un trastorno físico-químico.

En las interferencias de los fármacos en los procesos vitales microbianos está el valor curativo de muchos agentes químicos antiinfecciosos. En la interferencia del sustratum físico-químico de las funciones normales o alteradas, está seguramente vinculado otro progreso terapéutico, quizá no tan relevante como la terapia antiinfecciosa, pero sí de indudable trascendencia.

Quizá esté aquí el mecanismo de acción de muchos fármacos de acción nerviosa, narcóticos, estimulantes de los centros respiratorios y vasomotores, etc. Ya se ha visto este mecanismo en bastantes fármacos que actúan sobre el vegetativo.

¿Y el cáncer? Actualmente es preciso reconocer, paladinamente, la ineficacia de la farmacoterapia anticancerosa, pero no hay fundados motivos para descartar la posibilidad de tratamientos químicos activos en el cáncer.

La farmacoterapia anticancerosa está actualmente en una fase de confusión, como la terapia antiinfecciosa antes de ERLICH, y no es ajeno a este confusionismo que se supedite la farmacoterapia anticancerosa a la identificación de los factores etiológicos que mueven la mutación celular, cuestión que si bien se ha progresado algo, está aún oscura y debatida. Pero si para ganar tiempo se parte del estudio de la célula cancerosa, en lugar de remontarnos a sus orígenes, probablemente se puedan conseguir resultados eficaces en terapéutica.

La solución total del problema del cáncer está evidentemente en el origen de la célula cancerosa, pero su descubrimiento es por hoy incierto. Mas tenemos un algo tangible que es la célula cancerosa, cuya actividad vital es preciso desentrañar; ya se está estudiando con ahínco la biología de la célula cancerosa, y se conocen algunas facetas de su metabolismo, aunque sólo sean por ahora fragmentarias y periféricas. Es preciso profundizar tenazmente en el metabolismo íntimo de esta célula; la célula cancerosa no sólo vive por el impulso que recibe en la mutación, y que es debido a los factores causales, sino que además de este impulso en ella y en su ambiente deben existir principios nutritivos, metabolitos esenciales,

que ayudan a sostener su vida. Si se identificasen estos principios nutritivos que indudablemente existen, la terapéutica podría orientarse hacia los fármacos que puedan interferirlos y sustituirlos. No es afrontar el problema terapéutico en toda su magnitud, pero es indudable que por este camino se puede llegar a obtener una farmacoterapia anticancerosa con cierta eficiencia, antes de que se pueda lograr por el camino de la etiología.

La farmacoterapia actual es un gran progreso en comparación a la de hace cincuenta años, y lleva evidentemente camino de lograr superaciones sólo hoy entrevistas. Aunada a la cirugía con nuevas orientaciones que amplían sus horizontes, a la terapéutica física que con la electricidad y las radiaciones, y quizá dentro de poco tiempo con la energía atómica, tanto ha aumentado el valor terapéutico de los antiguos procedimientos fisioterápicos, logra y logrará éxitos aún más evidentes.

Mas no se ha logrado, ni probablemente se logrará, la «terapia sterilisans magna», ni la «terapia sterilisans fractionata» alcanzará la curación específica de una enfermedad en todos los casos clínicos. No olvidemos, cuando de curaciones se habla, que las panaceas universales serán siempre una utopía, que no hay enfermedades, sino enfermos, y que con los más ideales fármacos, se logrará, en unos casos, la evolución favorable del proceso en un plazo más o menos breve, y en otros, tan sólo paliar. Pero ya es bastante que poco a poco, si no es posible curar siempre, se ayude a curar en muchos casos, y cuando menos se alivie en bastantes.

Siguiendo la pauta marcada en este capítulo, comenzaremos el hilo de la revisión actual por los *fármacos antiinfecciosos*. Nada menos que todos los antibióticos, salvo la penicilina que ya estaba, figuran como nuevos en este lapso de tiempo a que nos hemos referido. Aparte otros antiinfecciosos no antibióticos, como quimioterápicos y medios biológicos que también reseñaremos.

En la propia penicilina han aparecido también novedades, como son las penicilinas lentas y las penicilinas sintéticas. En las penicilinas lentas, después de abandonarse las primeras a base de penicilina en aceite y cera, vinieron, en 1948, las penicilinas insolubles, a base de penicilina-procaína (novocaína), que se absorben con lentitud inyectadas intramuscularmente en suspensión acuosa y mantienen niveles activos durante veinticuatro horas. Más tarde esta penicilina-procaína se aplicó en suspensión en aceite con monoestearato de aluminio para administrar altas dosis, como en el P. A. M., que prolongaba los niveles hemáticos hasta quince días y se usó durante algún tiempo en la sífilis.

En 1952, se obtuvo la penicilina-benzatina, anagrama D. B. E. D., derivado más insoluble que los otros y que a altas dosis puede mantener niveles de hasta veinticinco días.

La penicilina-procaína ha sido, no obstante, el preparado más usado hasta ahora en que por los accidentes de sensibilización, debido al parecer a la procaína, tiende en parte a sustituirse por otros, como las penicilinas con antihistamínicos y las penicilinas sintéticas. Entre éstas está la V, que obtenida primero natural de un hongo distinto al «peniciliun notatun», se obtuvo después por síntesis, y de ella, y también por síntesis, se han obtenido otras penicilinas y algunas más que no son derivadas de la V. Estas penicilinas sintéticas son resistentes a los ácidos, por lo que son activas por vía oral, y además son resistente a la penicilinasa que segregan los estafilococos resistentes, por lo que son más o menos activas contra las cepas resistentes de estafilococos. Sin embargo, a pesar de estas ventajas, no se han extendido mucho, quizá porque en lo general no son tan activas como la penicilina parenteral y además por los trastornos digestivos que producen y que

ahora se intenta evitar por diversos medios. Entre estas penicilinas sintéticas están la V, conocida comercialmente con el nombre de «Ospen», y además el Bendralán, Celbenin, Calcipén, Pembritin, Prostafilín. Dice VELÁZQUEZ: «Se está en el período febril de las penicilinas semi-sintéticas, pero habría que dejar sedimentar el problema y restar el empuje de la propaganda que sea demasiado interesada».

Y además todos los demás antibióticos que han ido surgiendo tras la penicilina: la estreptomicina, que al estado de estreptomicina base o de sulfato de dihidroestreptomicina o de pantotenatos de estreptomicina obtenidos más recientemente, es activa contra distintos gérmenes, si bien lo que le ha dado fama es su actividad contra el bacilo de Koch, por lo que fue el primer cuerpo verdaderamente activo en la tuberculosis y ha hecho, juntamente con otros antibióticos y quimioterápicos, realidad la esperanza de una quimioterapia verdaderamente activa en tuberculosis, que nosotros anunciábamos en nuestro discurso de ingreso. Hoy tenemos además de la estreptomicina otros antibióticos antituberculosos, como la neomicina, viomicina y cicloserina, que tienen el inconveniente de ser más tóxicos que la estrepto, la cual a su vez tiene los tan conocidos efectos oto-tóxicos.

Mejor tolerados son los nuevos quimioterápicos antituberculosos, las hidrázidas, tan conocidas, y de las que sólo diremos que pueden producir polineuritis, que se pueden evitar con administración de vitamina B_6, y el PAS, que hoy se emplean asociados a la estreptomicina o entre sí. La asociación ha permitido disminuir las dosis de estreptomicina a un gramo cada tres días, a excepción de las formas agudas, en que se puede dar diariamente. Sin embargo, y a pesar de las asociaciones, hay formas de resistencia, por lo que se intentan vencer con nuevos compuestos, como la pirazinamida y etionamida, y aún volviendo a otros que se habían abandonado algo, como el TB-1. Otros medicamentos que se emplean en formas resistentes son: hialuronidasa, ACTH y cortisona, somatotrofina, fenilbutazona, tetraciclinas y los otros antibióticos antituberculosos.

Los antibióticos de amplio espectro son también una gran adquisición; el primero de todos, el cloramfenicol o cloromicetina, ha hecho realidad la terapéutica de las salmonelosis, que nosotros también anunciábamos que se lograría. Es el más activo de los antibióticos de amplio espectro.

Otros antibióticos de amplio espectro son las llamadas tetraciclinas, que son tres: clorotetraciclina, oxitetraciclina y tetraciclina propiamente dicha, conocidas comercialmente con los nombres respectivos de aureomicina, terramicina y bristaciclina. Son activas por vía oral y se pueden dar también en inyección y en aplicación local. Pueden producir trastornos digestivos por disbacteriosis intestinal y moniliasis. Otros antibióticos, los polipeptídicos, bacitracina, polimixinas y tirotricina, se usan en aplicación local, en especial la tirotricina, que sólo se usa localmente. Las otras dos, que también son tóxicas, aunque menos, se pueden dar en inyección intramuscular en casos resistentes a la penicilina. Hay que cuidar el riñón. En casos resistentes a la penicilina están también la eritromicina, maf-namicina, oleandomicina, espiromicina, novobiocina, alfamicina, etc.

También hay antibióticos anticancerosos, con escaso resultado: citemos la sanamicina, que también se emplea en Hodgkin y leucemias, y la sarcomicina japonesa.

Los antibióticos han supuesto en el tratamiento de las infecciones el avance más trascendental conocido hasta ahora. Además su actividad terapéutica se ha logrado aumentar por la asociación entre ellos y con quimioterápicos, especialmente con las sulfas. Dice VELÁZQUEZ de los antibióticos: «Los antibióticos son la maravilla terapéutica del siglo; ellos solos han aumentado considerablemente el nivel de vida. Pero ojo a querer ahogar las infecciones con antibióticos».

En las virasis, que también decíamos que se lograrían sustancias activas, tenemos ya iniciado el camino con la xenalamina, y se anuncia ya otro nuevo, el interferón, que por ahora aún no se ha difundido en la clínica. Pero el camino está abierto y es probable que se avance mucho más.

Y pasamos a los quimioterápicos propiamente dichos. Ya hemos dicho los antibióticos. Digamos también algo de otros nuevos, como los nitrofuranos y los nuevos antipalúdicos, y también de los ya conocidos, como las sulfamidas con sus recientes avances.

Las sulfamidas, además de por el lado de las asociaciones, que disminuyen la probabilidad de cristalurias y aumentan la acción terapéutica, han progresado por el lado de las sulfamidas lentas, que absorbiéndose rápidamente se eliminan con lentitud, por lo que pueden darse en una sola dosis en vez del clásico fraccionamiento horario; son principalmente la sulfametoxipiridazina (kinex, aseptilex, altezol) y la sulfa-fenilpirazólicas, que circulan comercialmente con los nombres de «Orisul», etc., y las sulfa-dimetoxinas con el nombre de «Madribón». Pero además tenemos los progresos de las sulfas por otros caminos, que han dado los ya famosos antidiabéticos orales, sulfanil-ureas, el primero conocido con los nombres genéricos de BZ55 y carbutamida y difundido con el nombre de «Nadisán»; el segundo, tolbutamida de nombre genérico y difundido con el nombre de «Rastinón», y estudiados entre los primeros en España por el Académico y profesor doctor CIVEIRA.

Estos antidiabéticos orales no cabe duda que ocupan hoy un lugar importante en la terapéutica de la diabetes, después de la insulina, y les ha cabido mejor suerte que a los primeros antidiabéticos orales conocidos, aquellas también famosas, aunque por poco tiempo, sintalinas, derivadas de la guanidina. Por cierto, que ahora renacen en los diguanidos tipo Diabis, que parecen tener actividad incluso en diabetes juveniles.

Otro camino nuevo en las sulfamidas ha sido el de los derivados sulfamídicos inhibidores de la carbónico-anhidrasa y que tanto se han extendido como diuréticos. Los primeros, azetazol-amida, en el comercio «Diamox» y «Edemox», y clortalidona, en el comercio «Higrotona», son diuréticos que eliminan agua y bicarbonato sódico y producen acidosis. Los otros, clorotiazida, hidroclorotiazida, «Esidrex» del comercio, y derivados, eliminan agua y cloruro sódico (como los mercuriales), por lo que se les llama saluréticos. La clínica utiliza estas diferencias en diferentes indicaciones. Los diuréticos derivados de la hidroclorotiazida son hoy tan numerosos que sólo hemos citado los iniciales del grupo.

No olvidemos tampoco en el capítulo de las sulfamidas a las sulfonas, que dieron ya hace tiempo el Promín y la Tibatina contra la lepra, y después otras nuevas sulfonas de acción prolongada, como la Hyrgathione (D. D. S.).

Pasamos a los nitrofuranos, que tienen varios empleos terapéuticos. Como antiséptico externo, la nitrofurazona, en heridas, quemaduras, piodermitis, etc., y también en ulceraciones y eczemas, bajo forma de pomada, y en gotas y colirios, en otorrino y oculística; como tricomicidas en triconomas vaginales se emplea la furazolidina, y en preparados absorbibles, como la nitrofurantoína o furadantina, que se elimina rápidamente por orina, se emplea como antiséptico urinario; otro preparado, la furaltadona, es quimioterápico y se emplea, sobre todo, en gérmenes resistentes a la penicilina y otros antibióticos. La propia furazina o nitrofurazona es activa también como quimioterápico en salmonelosis (sinergiza a la cloromicetina).

Decíamos antes que había nuevos antipalúdicos sintéticos; en efecto, a los ya adquiridos antes, plasmoquina y atebrina, pueden añadirse ahora la primoquina, de acción gametocida, derivada de la 8-aminoquenolina; cloroquina o resochin (resoquina) y el camoquín o camoquina, y otros, derivados de la 4-aminoquinolina y que se llaman nivaquinas; son esquizonticidas. La cloroguanida (diguanil) o paludrina, preferentemente esquizonticida, y la piremetamina o daraprín, o daraprina, el más moderno, que además de esquizonticida también actúa sobre gametos; es de acción lenta, ejerciendo sus efectos después de un período de latencia, y es anemizante por inhibir el ácido fólico; en las formas agudas se asocia a otro de acción rápida. El paludismo, por la profilaxis y los nuevos tratamientos, ha dejado de ser el inmenso problema mundial que era antes. En 1945, una tercera parte de los habitantes del mundo lo padecían (unos 800.000.000); después, en 1950, había 250.000.000, y hoy, 1961, se calcula en unos 100.000.000.

Y ya que hablamos de antipalúdicos antiparasitarios, citemos el Camoformo y la Fumagilina amebicidas; el Hetrazán, derivado de la piperacina, que tan buen resultado da en filariosis, y la propia piperacina, que después de emplearse contra el ácido úrico ha pasado a emplearse con buenos resultados contra los áscaris y oxiuros, y la Cestocida, de origen alemán, producida por la Bayer, que al fin resuelve bastantes veces el tratamiento de las teniasis, antes tan laborioso y también peligroso por la toxicidad de los fármacos empleados. También contra los anquilostomas hay un nuevo medicamento activo, el Befeniun, de origen británico.

De particular interés es en quimioterápicos y antibióticos su mecanismo de acción, que se realiza por interferencias competitivas de los fármacos en los procesos vitales de los gérmenes. Los fármacos serían antimetabólitos de los metabólitos microbianos y por ello inhibirían el poder de desarrollo de los microbios. El PABA, ácido para-amino-benzoico, vitamina H', inhibidor de las sulfamidas, es el mejor ejemplo de estos mecanismos, que tienen interés científico y práctico para la obtención de nuevos medicamentos.

En los medios biológicos contra las infecciones, aparte del descubrimiento cumbre, la vacuna antipolio, que no necesita más comentario para expresar su importancia, las globulinas gamma ya citadas en mi trabajo anterior, han adquirido un nuevo relieve por el estudio de los síndromes de agammaglobulinemia e hipogammaglobulinemia, y también por el descubrimiento de una nueva globulina, la properdina, a la que se concede una gran importancia en la inmunidad, no sólo contra las infecciones, pues SANZ IBÁÑEZ, en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Madrid, «Los procesos inmuno-biológicos en el cáncer», la cita también, concediéndole importancia en la investigación de la inmunidad en relación con el cáncer. Más adelante comentaremos la terapéutica anticancerosa, y ahora, siguiendo el hilo de lo biológico no podemos dejar de citar, sobre todo por el sensacionalismo que la ha rodeado, por haberse empleado, según se dice, en ancianos ilustres, la celuloterapia del suizo NIEHANS. Este proceder se basa en la inyección de extractos de células crudas, preferentemente de tejidos embrionarios. Algunas corporaciones científicas han condenado este proceder por ineficaz, salvo la sugestión, y peligroso. Citaremos a la Cámara de Medicina alemana, que por su consejo científico manifestó su disconformidad en 1961, y la Academia de Medicina de París, que lo hizo en 1958. En todo caso, en nuestro entender, la celuloterapia es una terapéutica de estímulo, como lo es la de Filatow, y probablemente si no se la hubiera rodeado de aureola tan sensacional tampoco se hubieran provocado las fuertes reacciones en contra.

Dejamos ya el capítulo de la farmacoterapia antiinfecciosa, el más importante en brillantes consecuciones y espectaculares resultados, y pasamos a otro capítulo, en el que también anunciábamos nosotros que habría nuevas adquisiciones. Decíamos: Singularmente en las *enfermedades del grupo endocrino-metabólico y en las alérgicas*, aunque la realidad es ya bastante eficiente, se puede prejuzgar que cuando se logre identificar en esos procesos el trastorno físico-químico originario, o cuando menos otros que, aun situados en estratos más superficiales en cuanto a valor patogénico, sean, no obstante, importantes, se podrá lograr fármacos más eficaces aún. En efecto, ya hemos citado los nuevos antidiabéticos orales, y citamos los nuevos antitiroideos que sumados a los uracilos que ya estaban, hacen una quimioterapia antitiroidea, que si no puede catalogarse entre las eficaces, sí supone un avance; estos nuevos antitiroideos son los derivados del metimazol, comercialmente conocido con el nombre de «Tapazol»; la dimetil-hidantoína, comercialmente «Vincidol» (que también es antiepiléptico), y el yodo-tiouracilo, comercialmente «Itrumil». Citemos también la nueva orientación de las anfenonas, que se parecen químicamente a los estrógenos de síntesis.

Por el lado propiamente hormonal, el descubrimiento en el tiroides de nuevas fracciones hormonales que son amino-ácidos yodados y que tienen más actividad tiroidea que la tiroxina: son la triyodo-tironina y la diyodo-tironina.

Además, y por similitud a estos aminoácidos yodados naturales, se han yodado artificialmente proteínas, como la caseína yodada, que también tienen actividad terapéutica; también debemos citar la hormona tireotropa de la hipófisis (T. S. H.). Terapéuticamente se utilizan: el tiroides desecado (tiroides Leo, Welcome, etc.) y los extractos ya flúidos, lo más corriente, o secos, y que son conocidos con el nombre comercial de tiroidinas; la tiroxina, que se designa habitualmente con ese nombre y el añadido del laboratorio preparador; la diyodotirosina, con los nombres de diyodotirosina Roche, Normotiroides, etc.; la triyodo-tironina, comercialmente con el nombre de Cynomel, y con sus derivados acéticos con los nombres comerciales de Triac y Tetrac; la caseína yodada, como el preparado Caseoyat Ifabi; finalmente, la hormona tireotropa, como el preparado Pretiron Schering (parenteral) y otros.

Por el lado del páncreas tenemos la ampliación de las insulinas retardadas (en especial las de tipo N. P. H.) y el glucagon de las células alfa, que se prepara en viales de 10 c. c. para inyectar 20 gammas por kilo de peso en síndromes hipoglucémicos, además de otras indicaciones. La fructosa, inulevan y la cocarboxilasa son también nuevos avances en acidosis y coma diabéticos.

En las paratiroides seguimos igual. Un producto obtenido por irradiación de la ergosterina, la taquisterina, T.T-10, sigue vigente como casi el único activo en hipocalcemias, no siendo antirraquítico.

Por el lado de las hormonas sexuales tenemos, en cambio, novedades. Tenemos el incremento en número de los estrógenos sintéticos y la obtención de los progestógenos sintéticos o gestágenos tipo Norluten, que a la par que interés terapéutico en ginecología, tanto interés y controversia han provocado fuera de la medicina, pues por ser inhibidores de la ovulación se han utilizado para impedir la gestación. Aparte de la cuestión moral, señalemos desde el punto de vista exclusivamente médico, que tienen propiedades androgénicas, que aun cuando en la mujer adulta no dan sino rara vez signos de virilización pronunciada, sin embargo hay que tenerlo en cuenta; pero lo más importante es que pueden dar lugar a trastornos en los fetos hembras con virilización e incluso cambio completo de sexo. Se han procurado obtener nuevos preparados tipo Nilevar, etc., que no tuvieran este serio

inconveniente; pero, como dice GARCÍA VALDECASAS, de quien tomo estos datos, «aunque en estos nuevos preparados se alega el que no tienen la acción androgénica mencionada, es prematuro por ahora hacer un juicio definitivo». Por el lado masculino está la obtención de los derivados de la testosterona, metil-testosterona, de los que después hablaremos. De la testosterona propia bien conocidas son ya sus aplicaciones (climaterio masculino, hipertrofia prostática, úlcera gástrica, criptorquidia y en los trastornos vasculares periféricos).

Pero indudablemente lo más nuevo y lo más importante ha sido la utilización de las hormonas sexuales por sus efectos anabolizantes, y por su acción contra los cánceres de mama y próstata, además de otros efectos, como los inhibidores de la ovulación ya señalados, y los sedantes nerviosos que mencionaremos ahora, continuación de los anabólicos y anticancerosos.

Los estrógenos y andrógenos, sobre todo estos últimos, han sido utilizados como anabolizantes, principalmente los derivados metilados, metil-androstendiol, y, sobre todo, la nandrolona o Durabolín, que resulta de otra modificación química de la anterior, y la etil-nortesterona. Otros más modernos por sucesivas variaciones químicas son el Dianabol, el Primobolán y la Anasterona. Capítulo muy interesante éste de los anabolizantes, que están dando mucho juego en clínica por sus efectos sobre nutrición, especialmente mejorando la síntesis proteica.

Como anticancerosos han dado resultados los estrógenos principalmente en el cáncer de próstata, y los andrógenos, en el cáncer de mama. Se emplean altas dosis; de estrógenos principalmente el estilbestrol difosfato (Asta), el Progynón Depot (100 mgr.). De andrógenos, la testosterona, a dosis de 3.000 a 4.000 miligramos, en el tiempo más corto posible (unos tres meses).

Otro uso de las hormonas sexuales es en virtud de su acción lipodiática, es decir, modificadora del cociente colesterina-fosfolípidos, e impidiendo la fijación exagerada del colesterol. Está basada esta investigación en el hecho de que las mujeres no padecen ateroma. Se ha intentado disociar en los preparados para uso clínico la calidad estrogénica, pero no se ha logrado del todo, por lo cual estos preparados tienen todos acción feminizante, lo cual hay que tenerlo muy en cuenta, pues son para uso en el varón. Se han obtenido ya varios con este fin; son principalmente derivados del estriol, como el Mambene.

Finalmente, digamos que las hormonas esteroides o esterónicas tienen una acción nerviosa que se ha intentado utilizar terapéuticamente en preparados de acción nerviosa sedante de tipo ataráxico, como el Cetovister, empleado como antidepresivo, y preparados de acción anestésica, como el Viadril, que tiene inconvenientes importantes, como el poder producir intenso dolor en la vena y trombosis.

Citemos también la acción antialdosterónica de algunos andrógenos, como los derivados espiro-lactónicos tipo Aldactona, y que asociados a la clorotiazida constituyen la aldactozida, con lo que se potencializan, pues la causa del fracaso de muchos diuréticos es la Aldosterona. Los anti-aldosterónicos han penetrado en clínica en todos aquellos procesos en relación con la eliminación de sodio y retención de potasio. Otros anti-aldosterónicos son la anfenona, metopirona y triamtereno.

Pero el avance más trascendental en el capítulo hormonal lo tenemos en las nuevas hormonas suprarrenales y los preparados sintéticos afines. Tenemos los siguientes corticoides: la DOCA, que ya estaba (preparados comerciales Percortén, Cortirón, etc.); la córticoesterona, que es uno de los principales componentes de la hormona cortical, pero que no se ha comercializado; la cortisona, que deriva de la DOCA; la hidrocortisona, otro componente fundamental de la hormona; prednisona, sintética, que deriva de la cortisona; prednisona, sintética, que deriva de

la hidrocortisona; aldosterona (tan estudiada entre nosotros por el Académico y profesor LA FIGUERA), compuesto natural de la hormona; metil-prednisolona, sintética; triamcinolona, sintética; dexametasona, sintética; los tres derivados de la prednisolona; beta-metaxona y para-metaxona, sintéticos, a su vez derivados de la dexa-metazona (la química de estos esteroides fue estudiada en su discurso de ingreso por el Académico farmacéutico doctor OCA). Aparte de éstos, la flucinolona, sintético, derivado de la prednisolona, con fluor, antiflogístico local (tópico). Se llama comercialmente Synalar.

Como es sabido, los corticoides se clasifican en mineralcorticoides y glucocorticoides, según su acción sobre el metabolismo mineral o el hidrocarbonado, pero esta distinción es más teórica que real. Los mineralcorticoides DOCA y Aldosterona se emplean, sobre todo, en Adisson, asociando también algún glucocorticoide. El Adisson ha mejorado mucho, no sólo por el tratamiento hormonal, sino también por el de la tuberculosis.

Los glucocorticoides, además del Adisson, se emplean como antiiinflamatorios en procesos reumáticos, colagenosis, etc., y también asociados a quimioterápicos y antibióticos, los potencializan; también tiene una acción anti-schock. Por eso, aunque como antirreumáticos han sido muy discutidos, se trata, no obstante, de una conquista terapéutica. Respecto a la artritis reumatoide, en un informe del Empire Rheumatism Council británico, y de la deducción de enfermos tratados, unos con cortisona y otros con aspirina, se ha llegado a la conclusión de que más o menos son de idéntica acción la cortisona y la aspirina. Dice GARCÍA VALDECASAS sobre esto: «Sólo un alto organismo como el citado, se habría atrevido a emitir semejante informe». A pesar de esto repetimos que son una gran adquisición terapétiica, y a pesar de los accidentes secundarios y del excesivo costo, aunque esto del costo excesivo quizá les haga más atrayentes para los enfermos, se han difundido mucho. En algunos preparados se asocian a los salicilatos y fenilbutazona.

En relación con los glucocorticoides, ha sido también muy importante la obtención de la hormona córticotropa o ACTH, de acción más rápida. No actúa en el Adisson.

Finalmente, señalemos los frenadores suprarrenales, el D. D. D., Pertano y las anfenonas, que son tóxicas, y las espiro-lactonas, las específicas anti-aldosterónicas y que ya han sido citadas.

En la hipófisis también hay novedades; en la extensión terapéutica de la gonadotropina sérica y coriónica, aunque no siempre dan buenos resultados (hipogenitalismo, Frölich, Simmons, criptoquidias, aborto habitual, dismenorrea, etc.). La somatotrofina (S. T. H.), hormona del crecimiento, que se usa como cicatrizante, y también en fracturas y en enfermos gastrectomizados para estimular las glándulas digestivas. El ACTH ya lo hemos citado. En la retrohipófisis, tenemos la identificación de la pituitrina en sus dos factores, el occitócico y el vasopresivo-antidiurético. Se han obtenido la occitocina, que circula comercialmente con el nombre de Pitocina, y un preparado sintético de ella que se llama Syntocinón. La vasopresina con la antidiurética van juntas en preparados como la Pitresina, con fundamental indicación en diabetes insípida; la vasopresina se indica también en íleos y atonías intestinales, retención urinaria y en radiología. Además tenemos los clásicos preparados de extractos totales de retrohipófisis de buey, y que se conocen comercialmente con los nombres de Pituitrina, Hipofisina, etc. En cuanto a los frenadores sintéticos hipofisarios, valen poco hasta hoy (Frenantol, etc.). La hormona melanófora del lóbulo intermedio tiene importancia en la pigmentación en peces, reptiles, anfibios, etc.; en clínica se puede usar en discromías, vitiligo, etcétera. Las porfirinas estimulan a la hormona melanófora. En cambio, la melanotonina, derivada de la serotonina, tiene acciones antimelánicas.

La hipófisis está actualmente en una fase de revisión, como lo demuestra que en las próximas Jornadas Bioquímicas Latinas del próximo mayo, van dos ponencias sobre hormonas hipofisarias.

Por último, digamos que está en estudio el capítulo de las fito-hormonas (hormonas vegetales), y recordemos, porque también es nuevo, las dosificaciones hormonales de acción prolongada en implantación o depot.

El *capítulo de las vitaminas*, ya bastante avanzado antes, se ha redondeado, y podemos citar este grupo bastante completo hoy por hoy. Vitaminas: A, que sigue la línea clásica. B (B_1 y complejo B_2), la lactoflavina o B_2 propiamente dicha, y las otras del complejo B_2; la P. P. o ácido nicotínico, la B_4 y B_3 y la B_5, factores del crecimiento de la rata y paloma, respectivamente; la B_6, adermina o piridoxina, tan interesante en polineuritis, y también asociada al ácido glutámico en oligofrenias, y sobre el metabolismo neuronal en preparados derivados, como el Bonifén, en epilepsias, trastornos vasculares cerebrales, traumatismos craneales, etcétera; la B_x o ácido pantoténico, empleado como protector de la canicie, y protector hepático y suprarrenal; la mesoinosita, factor antialopecia, factor bios-universal y factor lipotrópico, usado en trastornos hepáticos y del metabolismo de las grasas y de la colesterina, y en alteraciones cutáneas y de mucosas; la B_{15} o ácido pangámico, biocatalizador, usado en afecciones miocárdicas, hepáticas, diabetes, etc.; la vitamina H', ácido para-amino-benzoico o PABA de acciones antisulfamidas y de empleo en clínica en las intoxicaciones sulfamídicas, y, sobre todo, la vitamina B_{12}, cianocobalamina, principio antianémico del hígado, cuya indicación fundamental es la anemia perniciosa. También en la B_2 se encuentran rastros de ácido fólico, factor o vitamina M, muy difundido hoy en terapéutica de las anemias, y también muy difundido en la naturaleza, sobre todo en las hojas de las plantas, de donde deriva su nombre. Del ácido fólico, se ha derivado un nuevo factor, el ácido folínico o factor citrovorun, que se usa como protector del ácido fólico cuando se hacen tratamientos antineoplásicos con la aminopterina y ametopterina, que son inhibidoras del ácido fólico.

En la vitamina C, digamos que se ha extendido mucho hoy, bajo forma de los preparados efervescentes a dosis masivas.

La vitamina D, que bajo forma de D_2 y D_3, sintéticas, tanto se utilizan hoy en dosificación normal, 12.000 unidades por centímetro cúbico, y masiva, 600.000 U., de la cual no debe repetirse. En asociaciones de A + D, suelen llevar 25.000 U. de A y 2.500 U. de D por cápsula, la normal, y 100.000 + 150.000 D, la masiva.

La vitamina E se utiliza bajo la forma de tocoferol sintético o de vitamina E natural. El tocoferol se puede administrar parenteralmente, la natural bajo forma de aceite de germen de trigo, sólo por vía oral. Sus aplicaciones se han extendido en la esterilidad, aborto habitual, menarquia y en enfermedades neuromusculares (distrofias nerviosas y musculares).

La vitamina H biotina o factor cutáneo se extiende hoy, sobre todo, en derma tología.

La vitamina P, citrina o hesperidina, es, como sabemos, la vitamina de la permeabilidad capilar y se emplea en estos trastornos. También se utiliza mucho un glucósido de ella, la rutina.

La vitamina K es la vitamina antihemorrágica. Se conocen la K_1, la K_2, naturales; la K_3, derivado simplificado, es la metil-2-naftoquinona, conocida con el nombre de menadiona, que se utiliza como menadiona difosfato sódico y menadiona

bisulfato sódico. Se emplea en diátesis hemorrágicas y en las hipoprotrombinemias. En hemorragias agudas se da la vitamina K a altas dosis, sobre todo la K_1, que es la de acción más rápida.

Sobre la vitamina T, termitina o torulutina, vitamina del crecimiento, poco hay que decir, pues no ha confirmado las esperanzas del principio.

Finalmente diremos, que además de las dosificaciones de choque vitamínicas, en A. D. y otras ya enumeradas, se emplean hoy mucho como antiálgicas la B_1 y la B_2.

Siguiendo con el capítulo endocrino-metabólico, que como se ha visto por lo ya dicho, ha respondido a las predicciones optimista sobre él, aún tenemos que señalar las nuevas adquisiciones de acción sobre metabolismo intermediario, y también los nuevos fármacos basados en inhibiciones de mecanismos enzimáticos bioquímicos, y también los nuevos enzimas de acción terapéutica que constituyen un nuevo e interesante capítulo que bien puede definirse como enzimoterapia.

Citaremos primero los principios minerales que, sobre todo a través del sodio y del potasio, tanto interés han adquirido (el potasio, que bajo forma de preparados, como el Celeka, se puede dar en hipopotasemias). Pero el balance electrolítico, relación sodio-potasio, equilibrio ácido-básico, que tantas veces se altera, puede regularse también por medio de los sueros hidrosalinos, que a los clásicos isotónicos cloruradosódicos tipo Hayen, se unen hoy los de tipo Ringer-Locke, y otros con lactato sódico (con más sodio y menos cloro). En ocasiones son necesarias proporciones adecuadas de sodio y potasio, y se necesitarían sueros preparados específicamente para algunos casos en particular.

En aminoácidos y proteínas ya hablábamos en nuestro discurso del año 1946, de su infusión venosa en hipoproteinemias; hoy se ha generalizado esta terapéutica con preparados bien contrastados y además se han aumentado las posibilidades terapéuticas de algunos aminoácidos en particular: así la metionina entra como factor lipotrópico junto a la colina, el inositol y la B_{12}. Antilipotrópicos son la cistina, la biotina (vitamina H) y las grasas y colesterinas.

Otro aminoácido interesante es el ácido glutámico, por su acción psíquica; asociado a la B_6 en forma de glutaneurina, derivado suyo, se emplea en oligofrenias y mejorador del funcionamiento mental; también se da en coma hepático (de aminoácidos y protección hepática ha tratado varias veces en esta Academia el Académico doctor ECHEVERRÍA).

Entre los fármacos de acción íntima metabólica, o sea, bioquímica, ya hemos citado algunos inhibidores de enzimas al hablar de las sulfamidas, y también inhibidores de la carbónico-anhidrasa (diuréticos), y las hidrázidas de acción nerviosa inhibidoras de las mono-aminooxidasas (MAO), que modifican a la adrenalina y la serotonina, y entre las que se encuentra la iproniazida o marsilid, antidepresivo nervioso.

Otros inhibidores son los de la adrenalina, los llamados simpaticolíticos o adrenolíticos, según como actúen, tan numerosos hoy: Priscol, vasodilatador; Regitina, prueba del feocromocitoma; Dibenamina y Dibencilina, vasodilatadores y diagnóstico feocromocitoma (ojo a la hipotensión ortostática y a otros inconvenientes, por lo que no han entrado de lleno en la clínica); Piperosano y Prosimpal, diagnóstico feocromocitoma; el Ilidar, que se recomienda en espasmos vasculares y en insuficiencia renal aguda; la Ergotamina, el más antiguo adrenolítico que es vasoconstrictor; una mezcla de alcaloides hidrogenados del cornezuelo da el preparado Hydergina, que en inyección y por vía perlingual en lingüetas se usa bastante en trastornos periféricos y cefalea vascular; otro adrenolítico y simpaticolítico a la vez, o sea, inhibidor de la adrenalina, (adrenolítico) y bloqueador de las terminaciones nerviosas adrenérgicas (simpaticolítico), es la Hidralazina o Apresolina, que tiene también acciones centrales, por lo que produce su administración, además de hipotensión, a veces con colapso ortostático, mareos, etc.; en la Hidralazina hay que señalar también los cuadros semejantes a artritis experimentales, también estudiados entre nosotros por PÉREZ GIL.

También tenemos inhibidores de la colinesterasa, fermento destructor de la acetilcolina, que como sabemos es el mediador químico nervioso en el parasimpático y también en sinapsis ganglionares y centrales. Los inhibidores de la colinesterasa son, pues, estimulantes del parasimpático, o sea, parasimpaticomiméticos indirectos. Son la eserina, ya conocida de antiguo, y sus derivados sintéticos, prostigmina (neostigmina) y piridostigmina, útiles en íleos, miastenia y también antagonistas del curare. El Edrofoniun o Anticude, parecido a la prostigmina o neostigmina, es el más anticurarizante, por lo que se emplea en los accidentes curáricos. También tenemos el DFP. Floropyl o isoflorofato, anticolinesterásico muy potente, pero tóxico, que se emplea localmente en el glaucoma refractario a otros parasimpaticomiméticos.

Otro inhibidor enzimático muy reciente, y muy interesante, es el Trasylol, inhibidor de la kalicreína pancreática, preparado por la casa Bayer con 2.000 unidades de kalicreín-inactivador por ampolla. Se administra en pancreatitis aguda, cuyo pronóstico con los otros medios médicos empleados, sueros, sondaje gástrico y duodenal, dieta rigurosa, fármacos anti-shock, etc., tanto ha cambiado, hasta el punto que hoy en la pancreatitis da mejores resultados el tratamiento médico que el quirúrgico.

Entre otros inhibidores debemos citar los inhibidores de la síntesis de la colesterina, triparanol; preparados Merck-29, T-Hermes, etc., que después de un corto tiempo han desaparecido del uso por su toxicidad.

Y pasamos al importante y moderno capítulo de la *enzimoterapia*, una parte de la enzimología, que tan importante es hoy en fisiología, en fisiopatología y en el diagnóstico. Tenemos la tripsina y alfa-quimotripsina, que se emplean localmente en limpieza de cavidades infectadas (se les ha llamado bisturí enzimático). También se emplean como antiflogísticos en el reumatismo, localmente o en inyección. Una aplicación interesante y curiosa de la alfa-quimotripsina, es en la zonulolisis enzimática del cristalino, proceder debido al oftalmólogo barcelonés JOAQUÍN BARRAQUER, que en una aplicación de la alfa-quimotripsina para tratar una hemorragia del vítreo, se encontró a los dos o tres días con el cristalino luxado.

Otros enzimas son la ribonucleasa y dexosirribonucleasa, que también se encuentra en el páncreas. Se asocian a la tripsina y quimotripsina para aplicación local en limpieza de cavidades infectadas. Por su acción sobre los ácidos nucleicos, es inhibidor de las mitosis y se piensa pudiera ser anticancerosa, sobre todo la ribonucleasa (RN-asa), pero no ha pasado aún a la terapéutica.

Otro enzima es la hialuronidasa, factor de difusión de DURÁN-REYNALS, investigador de origen español del Instituto Rockefeller. Se utiliza en viales, para facilitar la absorción de los sueros, de medicamentos y anestésicos locales; también para favorecer la fecundación, sobre todo en veterinaria.

Las elastasas, nuevos enzimas pancreáticos, parecen desintegrar la capa elástica arterial haciendo posible la infiltración ateromatosa, desde la íntima hasta el resto de la arteria. Sería preciso encontrar unas antielastasas.

La hepatocatalosa hepática, anticolesterínico, según PUIG MUSET. Otro enzima moderno es el ácido tióctico, importante biocatalizador, en protección hepática, junto a otros ya citados, como el ácido pangámico y el ácido orótico.

Otro enzima es la lisozyma de FLEMMING, antihemorrágica, y las hemocoagulasas de serpiente (reptilase), que también se emplean como antihemorrágicos por su acción sobre la fibrina. Otro enzima, éste de origen microbiano (de estafilococos y estreptococos), es la estrepto-quinasa y su derivado, la estrepto-dornasa; se emplean como fibrinolíticos en trombo-embolias. También tenemos la fibrolisina, anticoagulante, de la que luego volveremos a hablar.

Citemos finalmente, como apéndice del capítulo endocrino-metabólicos, a los antimetabólicos adelgazantes tipo Minvitín y Metrecal, y añadiremos también que la bromatoterapia se encauza cada vez más científicamente.

Bien podemos decir ahora que el capítulo de fármacos endocrino-metabólicos ha dado un paso gigantesco desde el año 1946, cosa que ya se preveía. Puede decirse que después de la farmacología de las infecciones, la más importante viene en orden de importancia, por lo que a progresos terapéuticos se refiere, esta farmacología endocrino-metabólica que acabamos de estudiar. Y después viene la farmacología del sistema nervioso, que con las anteriores suman un gran progreso terapéutico.

Citaremos, en primer lugar, la ampliación del número de los antihistamínicos de síntesis que mencionamos primeramente al iniciar la farmacología nerviosa, pues por su acción bioquímica inhibidora de la histamina y por sus efectos sedantes nerviosos, pueden considerarse como de enlace entre la farmacología metabólica y nerviosa. La lista de los antihistamínicos es hoy tan numerosa que no se puede pensar en su reseña en una síntesis como la que estamos haciendo; sí indicaremos que sus indicaciones han aumentado, además de las alergias, en el mareo, como antifibrilares, y aún como antigripales y anticatarrales.

Y ahora haremos un resumen de la *farmacología del sistema nervioso*, sobre cuya significación actual la hicimos en una comunicación, hace dos años, a las Sesiones Clínicas de la Facultad de Medicina y en un trabajo, «Orientaciones terapéuticas actuales», publicado en la revistas «Archivos de la Facultad de Medicina». Anteriormente, y para tratar del suero de la verdad, intervinimos en una Sesión de la Real Academia de Medicina, juntamente con los profesores PÉREZ ARGILÉS, GUALLART y GIL ULECIA. Para mí es, pues, un tema, digamos, que muy tratado, pues también más recientemente, en las últimas Jornadas Médicas celebradas en Teruel, en julio de este año, presenté una comunicación sobre «Farmacología del parasimpático».

Comenzaremos, pues, la revisión, precisamente por el parasimpático. Ya hemos dicho algo de anticolinesterásicos parasimpaticomiméticos y ahora seguiremos con otros nuevos fármacos del parasimpático. Hablaremos preferentemente de los parasimpaticolíticos, entre los cuales hay numerosos cuerpos sintéticos de acción atropínica, y de ellos los más conocidos son, quizá, la Banthina y Buscapina (amonios cuartenarios), que se emplean como antisecretores y espasmolíticos en úlcera gástrica, cólicos hepáticos, etc.; pueden producir retención urinaria y digestiva, lo cual hay que tener en cuenta para las contraindicaciones.

También hay atropínicos usados en oculística, como midriáticos, homatropina y eumidrina, ya no muy recientes.

Otros atropínicos se emplean como antiparkinsonianos: Arthane, Pagitane, Kemadrín, etc. Y ya que hablamos de antiparkinson, citemos también otros antihistamínicos y antiparkinson: Diparcol, Parsidol, Multergán, Lisivano, etc.; otro antiparkinson reciente es el Akinetón, y la mianesina o Mianesín (Tollerol), derivado de los ésteres glicéricos, relajante muscular, empleado en el Parkinson, y además en el tétanos, y como coadyuvante en la anestesia general (otro más moderno es la mefenosalona).

Entre los que actúan sobre el simpático, ya hemos hablado de los adrenolíticos y simpaticolíticos. De los adrenérgicos propiamente dichos, importa señalar la utilización de la nor-adrenalina bajo la forma de preparados, como el Reargón y Levofed, administrados en inyección endovenosa lenta gota a gota en suero, como medicación anti-schock. Otro adrenérgico nuevo que tiene interés en el asma es la Aleudrina en inyección subcutánea y más eficaz, al parecer, en aerosol.

Una serie nueva la constituyen los ganglioplejícos, que paralizan los ganglios vegetativos y desarrollan acciones mixtas, pero preferentemente paralizantes del parasimpático. Entre ellos está la nicotina, algunos de los citados como anticolinérgicos, la banthina concretamente, y otros que citaremos a continuación: tales los amonios, tetraetilamonio, vasodilatador y antiálgico, y los metonios, hexametonio y pentametonio, vasodilatadores e hipotensores, bruscos en ocasiones, que pueden producir acentuada hipotensión postural; también alteran la evacuación digestiva y urinaria.

También el curare y los curarizantes sintéticos se incluyen por algunos entre los ganglioplejícos, pues en realidad paralizan la placa motriz. El curare ha adquirido modernamente un gran relieve, debido a su aplicación a la anestesia por su efecto miorrelajante, tan necesario, sobre todo, en intervenciones abdominales; el curare es, pues, resolutivo muscular, no es anestésico, pero ahorra anestesia. Algunos anestésicos, el éter concretamente, potencializa al curare. El curare debe darse en inyección intravenosa, siempre cuando el enfermo esté ya anestesiado. Puede provocar accidentes: hipotensión, laringo-espasmo y bronco-espasmo, y el antídoto es la prostigmina, o el anticude, y la respiración artificial. Cuando se emplee curare debe inyectarse previamente atropina, que disminuye los accidentes de tipo de colapso. Se emplea la tubo-curarina, 15-30 miligramos, o más aún los curarizantes sintéticos derivados de la succinil-colina, anectine, y otros, como el decametonio y flaxedil; son los llamados curares de acción corta, y la neostigmina no actúa como antídoto de éstos, salvo en el flaxedil, siendo la medida antitóxica fundamental la respiración artificial. El curare se emplea también fuera de la anestesia en psiquiatría y neurología como relajante muscular, y también en traumatología y en exploraciones endoscópicas.

Y pasamos a los fármacos nerviosos centrales. Aquí tenemos el nuevo y gran grupo de los psico-fármacos, el más importante de la farmacología nerviosa moderna. De ellos se ha hablado y escrito mucho, y precisamente en esta Real Academia de Medicina el académico doctor REY ARDID habló de psico-fármacos posiblemente de las primeras veces que se trató este tema en España. Hoy hay ya mucho sobre este capítulo, por lo cual sólo una síntesis breve podemos hacer aquí.

Los psico-fármacos pertenecen a dos grupos: los sedantes-tranquilizantes y los estimulantes. Entre los tranquilizantes tenemos los menores y los mayores. Los menores son los ataráxicos propiamente dichos: derivados del benzidrol, entre los cuales está el Frenquel, Hidroxicina o Atarax, Benacticina o Destendo, Covatín, etcétera. Y los meprobamatos, tan difundidos: Dapaz, Ecuanil, etc. Los ataráxicos son fundamentalmente sedantes psíquicos en las neurosis, y algunos de ellos son también tranquilizantes-relajantes musculares, sobre todo los meprobamatos, que quizá es por esto por lo que se han difundido tanto,

Los tranquilizantes mayores son también llamados neurolépticos y son activos en las psicosis graves; entre ellos están la Reserpina y derivados y la fenotiazina y derivados. La Reserpina es alcaloide de las Rauwolfias, planta medicinal usada empíricamente en la India, y de la cual, Rauwolfia serpentina, se han obtenido diversos alcaloides hipotensores, el principal la Reserpina, que circula también comercialmente con los nombres de Serpasil, Serpasol, etc.; además de hipotensor es tranquilizante psíquico, sobre todo a altas dosis, en especial en esquizofrenias y psicosis graves, en que se dan dosis superiores a las de 5 a 10 mg. al día. Como hipotensor se emplean menores dosis.

De los derivados de la fenotiazina, el principal es la clorpromazina o largactil, uno de los fármacos más importantes de la moderna farmacología nerviosa. El largactil es tranquilizante psíquico intenso, hipnótico, y es también antitérmico antiemético, antiálgico e hipotensor, y potencializa a los hipnóticos y anestésicos. En psiquiatría se maneja a dosis tan altas que asustarían a la generalidad de los médicos; dosis, por ejemplo, de hasta 500 y más miligramos diarios, sobre todo en las curas de sueño; a veces se asocia a la Reserpina. Los otros derivados de la fenotiazina, de acción semejante, se usan menos: promazina, pacatal, meleril, etcétera. Otros nuevos y diferentes son el Truxil o Taractán y el Haloperidol, de distinto origen químico que las fenotiazinas. No parecen desplazar al largactil, cabeza todavía de todos ellos.

El largactil fue también la base del «cok-tail lítico» de LABORIT, con lo cual este ilustre farmacólogo francés intentó la hibernación farmacológica, que si no ha sido terapéuticamente lo que en principio fue, ha abierto camino para otras técnicas, como la anestesia potenciada y la hipotermia controlada en cirugía. LABORIT, con su hibernación farmacológica, no sólo aportó una nueva técnica, sino también una nueva ideación. Y es por esto por lo que más hay que rendirle tributo de gratitud, porque ha sido inspiración para otras asociaciones farmacológicas múltiples, que sobre todo forman la base de ciertos tratamientos médicos de urgencia (en realidad, la especialidad de reanimación utiliza numerosas asociaciones farmacológicas). Pero fue LABORIT el primero que ideó asociaciones farmacológicas múltiples en un complicado y encontrado juego de sinergismos y antagonismos.

Ahora diremos algo de los psicofármacos estimulantes, o sea, de los llamados psicoactivos. Tenemos, además de las aminas simpático-miméticas, bencedrina, pervitina, simpatina, ya conocidas anteriormente, y que se llaman fármacos antifatiga, energizantes o euforizantes, están los timolépticos, antidepresivos, usados en psiquiatría en todos los enfermos mentales deprimidos; forman un grupo ya numeroso y algo complejo, entre los cuales tenemos hidrázidas (hidrázidas aromáticas), entre las cuales está la iproniazida o marsilid, que es inhibidor de las mono-amino-oxidasas, como ya sabemos, y otros más, como la nialamida (niamid), cavodil, etc.; la mejor conocida es la iproniazida, que se emplea en enfermos depresivos de mediana a gran intensidad; no da resultado en esquizofrénicos; las dosis son de 10 a 50 mg. diarios, y en enfermos internados, hasta de 150 mg. (todas las altas dosis de psicofármacos sólo deben emplearse en enfermos internados u hospitalizados, pues las circunstancias ambientales pueden influir en estas técnicas; eso sí, conviene consultar a la familia). Otros antidepresivos de distinto origen químico que la iproniazida y similares, son el dinitrilo-succínico, dicián, piperador, ritalina, y, sobre todo, la centrofenosina o luncidril, que se emplea también por sus acciones estimulantes corticales, en el tratamiento de los comas. Como antidepresivo propio, es importante también la imipramina o tofranil, que no inhibe las amino-oxidasas, ya que tiene cierta semejanza química con la fenotiazina y, por

tanto, con el largactil, si bien tiene acciones psíquicas algo distintas, pues es antidepresivo, uno de los primeros que se obtuvieron con esta finalidad. Otro antidepresivo y tranquilizante moderno es el librium, que en contraste con este bonito nombre, químicamente se llama metaminodiazepóxido, y que parece tener éxito más bien como ansiolítico (tranquilizante en fobias y estados de ansiedad).

Lo que han supuesto los psicofármacos para la psiquiatría es algo tan extraordinario que es quizá por esto por lo que principalmente se considera a la farmacología del sistema nervioso como una de las que más han avanzado.

Y aún tenemos unos fármacos o, mejor, tóxicos, los alucinógenos —mescal, cannabis, dietil-amida del ácido lisérgico, silobicina, etc.—, que reproducen modelos psicóticos, por lo que han de contribuir indudablemente, por ese camino, al progreso de la psiquiatría experimental.

Y ya que hablamos de estimulantes centrales, digamos que además de los convulsivantes clásicos se habla de uno nuevo, el indoklón, convulsivante experimental, que es probable que pase algún día a la psiquiatría clínica.

También entre los sedantes clásicos del sistema nervioso, narcóticos, hipnóticos, analgésicos, hay novedades. En primer lugar, la anestesia con los anestésicos gaseosos y alguno nuevo derivado del flúor, como el fluothane o flothano; pero, sobre todo, con las nuevas técnicas anestésicas especializadas, con aparatos para la inhalación gaseosa, y el empleo de medios farmacológicos que constituyen la medicación preanestésica, la anestesia de base y la curarización.

La medicación preanestésica está constituída por fármacos como atropina, escopolamina, opiáceos, morfina, o productos sintéticos como la meperidina, metadona, etcétera; también entra en la preanestesia la clorpromazina o largactil.

La anestesia de base la constituyen, sobre todo, los anestésicos intravenosos de acción ultracorta; son hipnóticos barbitúricos tipo del evipán (hexobarbital), bastinal y tiopental (pentotal), sódicos. La anestesia de base se llama también inducción anestésica, y los medicamentos de la preanestesia la potencializan; también la aumentan los antihistamínicos. Cuando se emplea la clorpromazina con otros fármacos analgésicos y de acción vegetativa («cok-tail» lítico), se obtiene la anestesia potenciada, que ahorra anestésico, pues se consigue la anestesia con pequeñas dosis de anestésico. La clorpromazina asociada al enfriamiento externo por medios físicos constituye la hibernación artificial, que necesita menos anestésico aún y que, modificada, ha dado lugar a la técnica de hipotermia controlada, tan importante en cirugía cardíaca.

De la curarización, otro gran avance de la anestesia, ya hemos hablado. Hoy la anestesia es especialidad médica, lo que dice de su progreso.

También los anestésicos locales han seguido aumentando en número y extraordinariamente por el camino de los sucedáneos sintéticos de la cocaína, y son tantos, que resulta materialmente imposible su reseña. Sin embargo, parece que no han logrado superar a la novocaína.

Los hipnóticos siguen aumentando, especialmente los barbituratos, y, aparte su indicación hipnótica y anestésica, son interesantes sus indicaciones psiquiátricas: narcoanálisis, narcoterapia y para el diagnóstico de ayuda a la electroencefalografía. Otros hipnóticos nuevos, de otros grupos químicos distintos, son el doridén, noludar (metiprilón). Y la talidomida, imida del ácido N-ftalil-glutámico, que con nombres de Contergán, Softenón, Kebadón, etc., ha producido el grave conflicto por todos conocido.

También el capítulo de los antiepilépticos ha aumentado, y los resumiremos sólo en enumeración. Gran mal: bromurnos, Luminal. Difenil hidantoína (Dilantín,

Epantutín). Mefenetoína (mesantoína) y Vincidol (también hidantoínas); el Vincidol es también antitiroideo y también activo en el pequeño mal. Finalmente, la fenecemida o fenurona, y la primidona o mesolina, que son acil-ureidos. En el pequeño mal: trimetadiona (tridiona). Parametadiona (paradiona) y fensuximida (milontín) y el celontín.

En el grupo de los analgésicos propios hay un grupo de opiáceos constituídos por alcaloides semisintéticos o sintéticos, entre los cuales están el Eucodal, el Dilaudid y el Dromorán, morfínicos, y el Romilar, codeínico. Además, otros sintéticos no fenantrénicos; es decir, de grupos distintos al fundamental de la morfina y que son la Dolantina (petidina, demerol, dolantal), que ya no es nueva, pero que la citamos en el orden expositivo; la metadona (metasedín), palfium, cliradón, alfaprodina, fenazosone (fenazocina, prinadol, narfén) y proposifeno (algafán, doloxene). Son de citar también los antagónicos morfínicos, nalina, levalorfano y daptazol.

Entre los antitérmicos analgésicos tenemos nuevos salicilados, salicilamida y gentisato; nuevos derivados de la anilina, o sea, del grupo de la fenacetina, como el Pandigén, y nuevos derivados de la pirazolona, o sea, del grupo del piramidón y antipirina, como la Neomelubrina y, sobre todo, la fenilbutazona o butazolidina, y derivados o asociados a la prednisona (delta-butazonas) y al piramidón, que da la irgapirina; excelentes analgésicos y antirreumáticos las fenilbutazonas, si no fuera por sus accidentes secundarios; sobre ellos presentó una comunicación el académico corresponsal doctor FRANCISCO ECHEVERRÍA.

Y con esto terminamos la esquemática relación de la farmacología nerviosa, tan interesante, tan importante y tan prometedora también para el futuro.

El cuarto capítulo, que reseñaremos y que sigue en importancia a los anteriores, es el capítulo de nuevos *fármacos del aparato circulatorio y de la sangre*, que también merece una actualización algo detallada. Comenzaremos por el corazón, que en estos años período 1946-62, al cual nos referimos en toda esta revisión, ha progresado, más que en los tónicos cardíacos que siguen la línea tradicional, aparte de alguno nuevo de origen vegetal como la folinerina y nerifolina, y de la glucosa y levulosa, como mejoradores del funcionamiento cardíaco, ha progresado, repetimos, más en la línea de los antifibrilares, que además de la quinidina, se han enriquecido con la procainamida y otros de interés más bien experimental. Los antifibrilares cardíacos deben manejarse con cuidado. De todo este capítulo en relación con el metabolismo cardíaco habló, en una comunicación a esta Academia, el académico doctor JOAQUÍN AZNAR. Finalmente diremos que también el capítulo de la farmacología del paro cardíaco ha sido interesante para la cirugía cardíaca, y por cierto que experimentalmente ha sido estudiado, entre nosotros, por el académico corresponsal doctor MALUMBRES LOGROÑO.

En la farmacología de los vasos tenemos en los vasoconstrictores el empleo clínico de la noradrenalina, ya citada, bajo forma de Reargón o Levofed gota a gota en suero endovenoso, como medicación anti-shock. Los cortisónicos a altas dosis constituyen también una buena medicación anti-shock; y la transfusión sanguínea repetida, bajo neuroplejía, con arreglo a la técnica de Placa. Otros hipertensores adrenérgicos son corbasil, aleudrina (ésta, antiasmática), simpatol, veritol, efedrina, etc. Entre los analépticos, además de los clásicos cardiazol, coramina, estricnina, lobelina, tenemos la hipertensina Ciba, Megimida, Ascensil, etc. Merecen citarse también los vasoconstrictores locales de mucosas, las imidazolinas tipo Privina, Otriven, etc. En los vasoconstrictores venosos, para terminar ya la enumeración de vasoconstrictores, sólo podemos decir que siguen lo mismo.

No olvidemos que los adrenérgicos en general determinan taquifilaxia, es decir, disminución y aun anulación del efecto a medida que se repiten las dosis. Por último, y por la importancia que tiene, no sólo en farmacología, sino también en fisiología, citaremos destacadamente a la serotonina, 5-hidroxi-triptamina, vasoconstrictor capilar y de tanto interés, además, en fisiología nerviosa.

Pero el capítulo circulatorio que más se ha ampliado es el de los vasodilatadores, de tal forma, que es imposible casi centrarlo resumidamente; digamos que, además de los amonios y pentonios ya citados en ganglioplejicos, tenemos los adrenolíticos tipo Priscol, Dibenaminas y la Hydergina, derivado de los alcaloides del cornezuelo de centeno y ya citados antes también; los más nuevos de este grupo adrenolítico son el Bretilio y Darentín y la Guanetimida o Ismelín. De las rauwolfias y de sus alcaloides, ya hemos hablado, y de otras plantas que se citan ahora como hipotensores y que se suman a los antiguos hipotensores vegetales —ajo, muérdago, olivo—, tenemos ahora los nuevos, también vegetales, en los que, además de las rauwolfias, están los veratros, y la biznaga, que se parece a la zanahoria y de la cual se obtiene el Khellín o Visamín, que se recomienda en la angina de pecho, y como espasmolítico, en el asma y cólicos hepáticos y nefríticos. También por el lado de los vegetativos acetilcolínicos hay algún derivado de ésta, como la acetil-β-metil-colina y carbaminoil-colina, de más prolongada acción, pero tampoco muy efectiva. En conjunto, del capítulo de los vasodilatadores puede decirse que es muy dilatado, pero poco dilatador.

Sobre la sangre ha progresado bastante la farmacología de la coagulación, lo mismo por el lado de la hemostasia que por el de los anticoagulantes. Seguramente que el mejor conocimiento de los factores de la coagulación fisiológica no ha sido ajeno a este progreso terapéutico.

En los hemostáticos tenemos los locales, fibrina, película y tubos de fibrina, la esponja de fibrina, la trombina local, etc.; los generales protrombina purificada o tromboquinasa hística (extractos de tejidos), anthema, globulina antihemofílica —reciente novedad— (200 a 400 miligramos por inyección) y ACTH (que disminuye el tiempo de protrombina), esto en los naturales; y en los químicos, la naftionina, la ciclonamina, sintéticos poco conocidos que se asemejan al rojo Congo; el adrenocromo y el socorrido calcio. Finalmente, en los encimas coagulantes volvemos a nombrar a las hemocoagulasas (Reptilase) y el lisozima hemostático de FLEMING, y también, y por didectismo expositivo, recordamos de nuevo a la serotonina.

En cuanto a la transfusión sanguínea y plasma, tenemos la transfusión gota a gota continua, la exanguino-transfusión y la transfusión arterial retrógrada, tan bien estudiada por BERNARD CLAVERÍA en el Laboratorio de Farmacología de nuestra Facultad.

No comentamos, por ceñirnos exclusivamente a lo terapéutico, el avance en el conocimiento de los nuevos factores sanguíneos aglutinógenos, tan interesantes en fisiología y patología, y también para la transfusión, pues con los anteriores factores ya conocidos contribuyen a un mejor estudio de las compatibilidades sanguíneas.

En cuanto al plasma, se ha progresado también en su preparación, por medio de la desecación y concentración y por liofilización. En cuanto a los plasmas irradiados con ultravioleta, no han dado el resultado que se esperaba. En cambio, la conservación de los plasmas por congelación es un auténtico progreso. Como lo es también la obtención de plasma animal y los otros sustitutivos sintéticos del plasma, como el peristón y el dextrán, etc.

Y en la farmacología anticoagulante tenemos también novedades, incluso en las formas de preparación de la heparina y nuevos heparinoides sintéticos. Hay, además de la heparina soluble normal, heparina liofilizada, heparina lipocaica, heparina prolongada (heparina-procaína). En hiperdosificación heparínica puede darse el sulfato de protamina o, mejor el Polybreno, que la neutralizan, y también vitamina K. Como sucedáneos de la heparina están los heparinoides sintéticos: Trombocid, Liquoid, Treburón, Paritol, Fibrocid, etc., que no logran desplazar a la heparina. También el grupo del dicumarol ha aumentado con el tromexano y otros, que tienen también los ya conocidos peligros de la incoagulabilidad sanguínea y provocación de hemorragias. Estos dicumaroles son antivitamina K, por lo cual en los accidentes hemorrágicos se dará vitamina K, transfusión, etc. Lo más nuevo en anticoagulantes son las fibrolisinas en viales con 50.000 U. fibrinolíticas Actase (Lab. Ortho), Trombolysín (Merk) y Fibrolisina (Parke-Davis) para inyección endovenosa en trombosis y tromboembolias. Localmente se emplean más las ya mencionadas Varidasa y Elasa, en desbridamientos, exudados fibrinosos; últimamente también éstas se preparan para inyección intramuscular.

En farmacología globular, y para terminar el capítulo de la sangre, digamos que por el lado de los hematíes la terapéutica de las anemias se ha completado con la vitamina B_{12} y ácido fólico, junto a los clásicos extractos hepáticos, y en los minerales, el hierro, incluso parenteral, y cobre y cobalto. Como destructores de hematíes tenemos nuevos el Daraprim (ya citado como antipalúdico) y el radiofósforo. En leucocitos, seguimos con los nucleótidos como formadores, y como destructores se extienden las mostazas nitrogenadas y aparecen otros nuevos derivados, que inician un capítulo importantísimo que algún día dará verdaderos resultados en el tratamiento de las leucemias.

Terminamos los fármacos de sangre y, siguiendo el hilo expositivo, nos viene de la mano la quimioterapia anticancerosa, la cual se orienta hoy hacia la inhibición de los mecanismos bioquímicos de la célula cancerosa, orientación a que nos referíamos ya en nuestro discurso inicial. Esta quimioterapia anticancerosa sólo la enumeramos sintetizándola en varios grupos: mostazas nitrogenadas, llamadas también sustancias alquilantes, y entre las más recientes tenemos el endoxán o citoxán o ciclofosforamida, el dopán y la sarcolisina; los antimetabolitos del ácido fólico, entre los que están la aminopterina y la ametopterina o metotraxato; antibióticos, la actinomicina D, sarcomicina, azaserina, mitomicina C, carcinofilina, etcétera; los antimitóticos, etil-uretano, colchicina; las hormonas sexuales, de las que ya hemos hablado, y los remedios inmunitarios por el lado de las globulinas y la properdina. Respecto a lo que estos fármacos suponen hoy, transcribo la opinión de VELÁZQUEZ: «Vemos que, hoy por hoy, el Hinmalaya de la cancerología no se ha superado, pero se puede tener la seguridad de que un día, y no muy lejano, esta conquista, por medios no quirúrgicos, se conseguirá». Por mi parte, pienso que durante cierto tiempo aún, la terapéutica anticancerosa estará en la cirugía, primero, y en las radiaciones, después, como terapéuticas fundamentales, y en la quimioterapia, sólo como coadyuvante de la cirugía, para evitar metástasis y recidivas, administrando fármacos ya en el mismo momento de la operación, pues es posible que durante ella pasen células cancerosas a la sangre; también como radiomiméticos o sensibilizantes a las radiaciones, y, por último, en casos no tributarios ya de la cirugía ni de radiaciones, pues en estos casos algo hay que hacer, no sólo por psicoterapia, sino también pensando que hay que adquirir experiencia clínica con estos fármacos, pues no cabe duda que la experiencia clínica con los fármacos abre nuevas rutas y posibilidades. Reconozco que

estos fármacos, por su costo, y sobre todo por sus acciones secundarias, que no son compensadas por las excelencias de sus efectos, están frenados en su utilización. Pero esto podría superarse encargándose de su administración y utilización personal técnico adiestrado, y por ello, y como los cirujanos ya tienen demasiadas cargas, podían encargarse, transitoriamente, los radioterapeutas, que están acostumbrados a técnicas meticulosas y peligrosas. También los especialistas en reanimación están acostumbrados a técnicas meticulosas y activas, pero siguen otros derroteros que los del cáncer, por lo cual creo que será mejor que se encarguen de la quimioterapia anticancerosa los radioterapeutas. Esto, hoy por hoy; porque el día que aumenten sus posibilidades y que disminuyan sus inconvenientes, estará al alcance de muchos otros médicos. Pero para abrirle camino en clínica, y en su estado actual, es mejor buscar personal técnico especializado, que indudablemente el más cercano y apto, por el momento, es el de los radioterapeutas.

Con estos capítulos se cierran las más importantes adquisiciones farmacológicas en estos quince años últimos; pero también tenemos que dedicar un bosquejo a lo acaecido, aunque no sea tan importante, en los otros apartados: respiratorio, digestivo, urinario —del que ya hemos dicho algo al principio— y de la piel.

En el *aparato respiratorio*, que sigue en su línea tradicional aunque constantemente los laboratorios lancen nuevos preparados espectorantes y antitusígenos, lo más nuevo son los aerosoles, que con antibióticos, quimioterápicos, corticoides, dan un camino nuevo para el tratamiento de supuraciones e infecciones broncopulmonares. También se emplean los aerosoles de antiasmáticos y de fármacos de acción circulatoria. Los otorrinolaringólogos y especialistas de aparato respiratorio son los más interesados en este problema; concretamente, sobre aerosoles en afecciones broncopulmonares, presentó una comunicación el académico corresponsal doctor SUÁREZ PALACIOS. Citemos también, a título de curiosidad, que existen aerosoles letales que con un fin mortífero podrían ser utilizados en caso de guerra.

Por último, nuevas técnicas de oxígenoterapia y carbonoterapia amplían la terapéutica y las indicaciones del O_2 y CO_2. La respiración artificial también hoy es una técnica más manejada que antes.

El *aparato digestivo*, también, a pesar de algunas novedades, está manteniendo su línea establecida hace quince años. En la medicación antiácida merecen citarse las resinas aniónicas y los nuevos preparados comerciales, tan propagados y propagandeados, valga la expresión, Rabro, Roter, etc. Además de los antisecretores espasmolíticos ya citados, Banthina, etc.

Por el lado del intestino, está la moderna terapéutica de asociaciones de quimioterápicos y antibióticos ya citados, para la antisepsia intestinal, y la terapéutica de protección hepática, basada en medicamentos ya mencionados también. En resumen, la farmacología del aparato digestivo se ha beneficiado por los avances de estos años, pero más que por los fármacos propios o exclusivos del aparato digestivo, por la aplicación a enfermedades digestivas de fármacos de acciones generales: antiinfecciosos, metabólicos, analgésicos, etc. Por último, no olvidemos, aunque no sean fármacos, que las técnicas de aspiración continua gástrica y duodenal tienen importante papel en ciertas urgencias abdominales.

En el *aparato génito-urinario* hemos citado lo más nuevo en lo referente a hormonas sexuales y diuréticos; digamos también que la irrigación peritoneal o riñón artificial es una nueva técnica de este capítulo.

En los occitócicos clásicos se ha avanzado en las aplicaciones y manejo de

los alcaloides del cornezuelo de centeno, en sus dos grupos fundamentales de ergotamina y ergometrina; los del primero, de indicación cuando parto y alumbramiento han terminado; los del segundo (methergina, partergina), como occitócicos antes del alumbramiento e inducción antes del parto. El académico doctor HORNO LIRIA presentó una comunicación a esta Academia sobre su experiencia clínica con los occitócicos, especialmente con la esparteína. También tenemos los preparados sintéticos de ergotamina, empleados en los trastornos vasculares periféricos y cefalea vascudar (hydergina, ya dicha, y otros derivados).

La espasmolisis uterina por el lado de los glicéridos, glicerofosfato sódico introducido en terapéutica por VELÁZQUEZ, y éter glicérico de guayacol, que entre nosotros fue estudiado, juntamente con otros espasmolíticos, por el tocoginecólogo RAMÓN ABELLO en su tesis doctoral. Respecto a la trompa, que no tiene farmacología propia, ha intentado entre nosotros el académico doctor RONCALÉS una nueva farmacología experimental de la trompa a través de su fisiología y respuestas farmacológicas, investigadas inicialmente en el Laboratorio de Farmacología de la Facultad de Medicina. Finalmente, la farmacología de la esterilidad está ligada también a fármacos nuevos como la arginina, hialuronidasa, hormonas, etc., en conjunción con las técnicas propias de la especialidad ginecológica. Finalicemos también lo referente al aparato urinario, aludiendo a la antisepsia urinaria, que tanto se ha beneficiado de los nuevos quimioterápicos y antibióticos. Citemos también los eliminadores del ácido úrico como el Probenecid (Benemid) y la colchicina, con sus derivados melcocina, etc. Por último, nombraremos también a los retardadores de la eliminación urinaria, Caronamida y Benemid.

La *farmacología de la piel* progresa en los excipientes modernos de polietilenoglicoles y siliconas, que han sustituído a los antiguos excipientes grasos. También se ha modificado la antisepsia de la piel por los quimioterápicos y antibióticos y por nuevos antisépticos externos, especialmente del grupo de los detergentes o modificadores de la tensión superficial del agua, como, por ejemplo, el Armil. Por el lado de los antiparasitarios, su principal progreso se debe a los fungicidas o antihongos; unos de ácidos grasos, como el ácido undecilénico, y otros antibióticos, como la gríseo-fundina, nistatina, etc. Y se inicia otro capítulo nuevo de la piel, que es el de los fármacos modificadores de la reacción de la piel a la luz y radiaciones. Conocido ya de antiguo, entra ahora en una fase científica, a la que contribuyen el estudio experimental de las respuestas fotoprotectoras y fotosensibilizadoras de los fármacos, y que en algunos aspectos ha sido estudiado por el académico doctor ZUBIRI y nosotros. Citemos la hematoporfirina como fotoprotector, y los psoralenos como sensibilizadores, que, en cambio, protegen de los rayos X.

Por último, en las especialidades concretas, como *oftalmología*, la farmacología ha progresado por el camino de los mióticos y antiglaucomatosos, así como también por la antisepsia y anestesia local. Lo mismo podría decirse de la *otorrinolaringología*, sobre todo por el lado de quimioterápicos y antibióticos. En especialidades amplias, como la *pediatría*, no es posible ir citando los avances terapéuticos modernos, pues sería repetir mucho de lo ya dicho.

Finalmente, terminaremos la reseña de fármacos mencionando la *farmacología antitóxica*, a base de los antimorfínicos ya citados, y del BAL antiarsenical, el Antabus antialcohólico, y el Edta antiplomo y también anticalcémico.

Por último, no digamos nada, puesto que se expresa por sí solo, de las asociaciones farmacológicas, que tanto han supuesto en los avances de la terapéutica, y también las nuevas técnicas de administración, que tanto han hecho, asimismo, por el progreso terapéutico.

Y llegando a los comentarios finales, no se habrá ocultado que por tratar de evolución terapéutica no se ha hecho más que mencionar fármacos, no entrando en su farmacología y terapéutica propiamente dicha, porque esto hubiera rebasado el motivo de la comunicación.

Y queremos terminar esta síntesis evolutiva terapéutica correspondiente a poco más de tres lustros, desde nuestro discurso de ingreso en 1946 hasta el momento actual, con un comentario final, semejante al que hicimos en aquel discurso sobre valor curativo de la terapéutica actual y orientación futura de la terapéutica. Decíamos en el capítulo de aquel entonces: «Hoy, ante los nuevos medicamentos de acción tan eficaz, no es posible sostener el abstencionismo terapéutico ni el escepticismo». Pues ahora, en 1962, cabe decir mucho más, pues el progreso ha sido tanto, que se demuestra en el descenso de la mortalidad y morbilidad y en el alargamiento de la edad media de la vida, todo lo cual se debe no sólo a la profilaxis, sino también, en mucho, a los nuevos fármacos curativos. Concretando un ejemplo, citemos la tuberculosis, que ha dejado de ser el gran problema médico-social que era hace unos pocos años, aunque, naturalmente, siga siendo problema importante.

Pero, además, no sólo se ha progresado en curar las enfermedades y evitando la muerte a la larga, sino también se ha progresado en combatir la muerte inminente, como lo demuestran los nuevos tratamientos en urgencias médicas y las medicaciones antishock y de reanimación, con las cuales se consiguen a veces verdaderas resucitaciones.

Estos avances terapéuticos son de tal magnitud, que, como hemos dicho al principio, bien puede afirmarse que son siglos en comparación con otros momentos evolutivos de la terapéutica. El que algunos de los fármacos químicos produzcan a veces efectos secundarios, no contradice el gran valor de las adquisiciones de la química sintética, pues también en las antiguas drogas de origen natural se daban accidentes secundarios.

Lo ocurrido con la talidomida, verdaderamente lamentable, es un hecho entre miles de fármacos y no debe restar calidad a la fe en los fármacos. Esto sí, conviene intentar un examen sobre el porqué, para evitar que nunca pueda darse tamaño accidente. Y dejando para otro momento la referencia a la toxicidad propia de ese fármaco, digamos que, desde hace algún tiempo, el proceso de producción de nuevos fármacos se lleva a veces con cierta prisa. Competencias de tipo económico —hasta a los representantes ha llegado el factor económico de los medicamentos en esa frase actual con la que muchos terminan su apología: «Y más barato que la competencia»—, pues los laboratorios llevan un gasto inicial a veces grande para la fabricación de un nuevo medicamento; citemos que para un antibiótico —no puedo comprobar en este momento si para la aureomicina o terramicina— el laboratorio preparador desembolsó unos ocho millones de dólares.

Los medicamentos son caros, pues su proceso de fabricación también lo es, porque en la búsqueda del fármaco activo se prueban a veces miles de sustancias inactivas. Además de que antes el gran público todavía no había entrado en curiosidad por las nuevas drogas; fue a raíz de las hidrázidas cuando la contagiosa alegría de unos enfermos tratados en unos sanatorios se transmitió fuera del ambiente clínico y trascendió a la Prensa. Hasta entonces, no es que las cosas de los medicamentos estuvieran secretas; pero, por lo menos, los medios de información común no se ocupaban hasta que el asunto era concluso. La estreptomicina, con ser lo que es, estuvo desde 1944 a 1946 casi encerrada en un estricto círculo investigador; después pasó a la clínica, y hasta 1947 no se empiezan a publicar

los primeros resultados en el *Brithis Medical Journal*, en el *J. A. M. A.* y, un poco después, en la *Presse Medical*. Y aún los sesudos británicos todavía encargaron a un subcomité especial que contrastara los resultados de la estreptomicina, y en 1948 emitió, al fin, informe favorable.

Hoy la curiosidad del gran público ha incitado a la Prensa diaria a hablar a veces de drogas que están en investigación, y esto lleva a los laboratorios a una emulación competitiva, tanto científica como económica, con la consiguiente prisa. Hoy, en efecto, los fármacos nuevos siguen investigándose previamente antes de pasar al uso clínico, pero, a mi parecer, más aprisa que antes, y creo que en los laboratorios preparadores, salvo excepciones naturalmente, hace falta más farmacología experimental, pues en general han dado más extensión a la investigación química, y su productividad ha sido tal y tan aprisa, que la investigación experimental en animales no ha alcanzado quizá a hacerse con minuciosidad para toda la producción química.

Todos los laboratorios preparadores de medicamentos deben tener una investigación farmacológica de comprobación de medicamentos suficientemente dotada y dirigida por biólogos, es decir, por médicos y veterinarios. Además, el control oficial de los medicamentos, que radica en casi todas las naciones, y concretamente en España, en un solo centro, debiera multiplicarse en controles regionales para así alcanzar mejor el control oficial de tantas nuevas especialidades (más de treinta mil hay actualmente en España).

En cuanto a la orientación futura de la terapéutica, somos optimistas, como también lo éramos en aquel entonces de 1946. También ahora seguimos creyendo que progresaremos. En las enfermedades infecciosas, por el camino de las virasis en drogas químicas, y también en los medios inmunobiológicos; pero creo que será en el camino de la terapéutica del metabolismo íntimo bioquímico en donde se ha de lograr más progreso, y no sólo en el tratamiento de las propias enfermedades del metabolismo, sino aun en otras del sistema nervioso o de la sangre, en donde la patogenia va penetrando hacia su *sustratum* bioquímico. Incluso puede preverse que enfermedades como la hipertensión y la úlcera de estómago tengan en su día una terapéutica eficaz por el lado bioquímico, pues indudablemente que su patogenia descansa, en su más profunda intimidad, en un proceso bioquímico aún no desentrañado. Y lo mismo puede decirse del cáncer, sobre el cual ya hemos opinado anteriormente, y repetidos ahora, que hay posibilidades en el camino de su tratamiento farmacológico futuro.

En el camino de las interferencias bioquímicas-metabólicas está ahora, a nuestro entender, una parte importante de las futuras consecuciones terapéuticas. Porque, además, el conocimiento mejor, a la hora actual, de la circulación y transporte de los medicamentos, a cuyo estudio ha contribuído entre nosoros V. PEG, dará extensión a las formas de administración de los medicamentos.

Por otro lado, se ha visto que algunos fármacos contribuyen a formar otros nuevos en el interior del organismo, como en la bradicilina, de ROCHA y SILVA, de acción vascular, y esto nos lleva al concepto de autofármacos, o sea, fármacos que se producirán en el organismo por la administración de sustancias que contribuyan a formarlos. De otra manera, las inhibiciones enzimáticas de unos con otros llevan al concepto de antifármacos, que ya ha dado juego terapéutico y que todavía dará más.

En resumen, la bioquímica terapéutica por las modificaciones íntimas metabólicas, por el transporte de los medicamentos en forma que circulen por el organismo selectivamente transportados hasta el lugar de acción, por la producción

de autofármacos y por otros medios que indudablemente se han de descubrir, es, repetimos, la terapéutica más prometedora, sin quitar con esto nada de su importancia a los quimioterápicos, antibióticos, medios biológicos, que también todos ellos irán progresando sin duda alguna, pero que es posible que tengan un reposo o descanso de producción durante algún tiempo.

Pero también decíamos en nuestro discurso de ingreso que la farmacoterapia actual, aunada a la cirugía y a la terapéutica física, lograrían nuevos horizontes. Ya lo hemos visto, sobre todo en la nueva cirugía del corazón y en terapéutica física con los isótopos radiactivos. Pero si antes habíamos dicho la farmacología aunada a la cirugía y terapéutica física, ahora, en la orientación futura de la terapéutica prevemos y decimos: farmacoterapia asociada a cirugía y terapéutica física; es decir, que creemos que el cirujano, además del bisturí, utilizará fármacos para esa cirugía funcional que se está iniciando. Ya lo estamos viendo en la cirugía cardíaca, pero lo veremos aún más en ella y en neurocirugía y otros tipos de intervenciones. El cirujano inyectará fármacos en órganos, los aislará circulatoriamente mediante perfusiones con fármacos, y esto hará progresar enormemente a la cirugía. En cuanto a terapéutica física, las técnicas de iontoforesis y otras como la esterotaxis, como ha hecho aquí el profesor ESCOLAR, harán penetrar los fármacos hasta intimidades orgánicas. Recordemos también lo dicho por el profesor FIGUERA en la lección inaugural de su cátedra de Patología Quirúrgica, cuando indicó que la úlcera de estómago se intentaba curar por enfriamiento del estómago «in situ».

Lo antedicho demuestra ostensiblemente que nuestra afirmación de que la farmacoterapia progresará también asociada a la cirugía y terapéptica física, está bien fundamentada.

Y terminamos como entonces: La terapéutica por los nuevos fármacos y las nuevas técnicas de administración, por la cirugía y los agentes físicos y psíquicos, va en ruta inexorablemente creciente hacia el fin supremo: curar o aliviar al doliente.

NOTA.—Además de bibliografía dispersa y comunicaciones académicas, he seguido las últimas ediciones de los libros de Farmacología de los autores españoles VELÁZQUEZ y GARCÍA VALDECASAS.

RESUMEN

Se da cuenta, en esta amplia exposición, de los avances terapéuticos conseguidos durante un período de tres lustros, comprendido entre la fecha de su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Zaragoza y el momento actual, en que revisa aquel mismo tema.

En este trabajo, con justo criterio didáctico, se hace una completa relación de los nuevos fármacos aparecidos en este lapso de tiempo y de la enorme influenia que han tenido en la evolución favorable de muchas enfermedades y afecciones, contribuyendo al descenso de la morbilidad y mortalidad y al progreso de la Medicina en todas sus ramas, en forma que ya no es posible ni el abstencionismo terapéutico ni el escepticismo.

Hoy, la terapéutica por los nuevos fármacos, la bioquímica y las nuevas técnicas de administración, asociadas a la Cirugía y a los agentes físicos y psíquicos, han de progresar cada día más en la curación de las enfermedades o en el alivio del doliente.

Dirección: General Mola, 40. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963

NOTAS SOBRE LA MIOPÍA

POR EL
DR. H. ARRUGA
BARCELONA

EL problema de la miopía es de los más importantes y trascendentales de la oftalmología, dado el gran número de individuos miopes y la gran diferencia que hay en la evolución de este defecto, pues hay miopes cuya graduación queda estacionada en pocas dioptrias durante muchos años, lo que podemos llamar miopía benigna, y otras, que podemos llamar miopía maligna, porque su graduación aumenta rápidamente en pocos años y además se complica a veces con lesiones de la retina, aparte de la complicación posible, cual es el desprendimiento de la retina, que puede precipitar la pérdida de la visión.

A pesar de los estudios clínicos y anatomopatológicos, no conocemos hoy los motivos por los cuales se rige la evolución progresiva de la miopía. La deformación del globo ocular en el sentido de alargamiento ánteroposterior hace suponer que se trata de una enfermedad de la pared del globo ocular (coroides y esclerótica), pero hoy día no sabemos cómo dominarla.

Un hecho curioso es la influencia de la raza. La raza latina y la amarilla son las más perjudicadas. En los países latinos existen muchos más miopes que hipermetropes; en los países anglosajones sucede lo contrario. Los chinos y japoneses también tienen una gran proporción de miopes.

Está fuera de duda que el factor congénito (herencia) es el que juega el mayor papel en la existencia y en el desarrollo de la miopía. Dos factores, a su vez, influyen en su evolución: el poder dióptrico del segmento anterior del ojo y el alargamiento del globo ocular. Las lesiones corneales consecutivas a úlceras pueden también determinar la miopía. También puede sobrevenir la miopía al formarse la catarata.

Influyen en el desarrollo de la miopía las condiciones generales de nutrición de cada individuo, así como también se admite que el trabajo excesivo y la hipertensión ocular pueden favorecer el progreso de la miopía.

PROFILAXIA DE LA MIOPÍA

Con estos antecedentes se comprende que la profilaxia de la miopía es de poca eficacia.

El *factor hereditario* no es influenciable, las estadísticas muestran la gran frecuencia con que se transmite, si no directamente de padres a hijos, a sobrinos

y a nietos y bisnietos, pero no es raro el caso en que ningún familiar es miope excepto un individuo.

La llamada *miopía escolar* ha sido muy discutida, para finalmente no ser admitida, pues el niño que no ha de ser miope, no lo será aunque se acerque mucho al mirar de cerca, y asimismo el que ha de serlo, lo será tanto si se acerca como si no.

Las *condiciones orgánicas* influyen en el progreso de la miopía; los niños débiles, raquíticos o enfermizos suelen seguir una evolución menos favorable que los niños robustos.

El *exceso de tensión intraocular* perjudica el curso de la miopía, por lo cual es conveniente examinar y controlar este factor en los casos dudosos.

ORIENTACIÓN PROFESIONAL

Un hecho que debe tenerse muy en cuenta es la *orientación profesional* de los miopes. Los niños miopes tienen mucha afición a leer, por lo cual sus padres dirigen su orientación profesional hacia las profesiones cuya base es el trabajo de lectura y escritura, y en las niñas además las labores de costura y bordado. Si la miopía es benigna y se mantiene dentro del límite de pocas dioptrias, no hay problema, pero si se trata de personas con una miopía fuerte o muy progresiva, a media edad disminuye mucho la capacidad para el trabajo de dichos individuos, creando un problema económico en aquel hogar.

En vista de ello es conveniente que los padres de los niños muy miopes no orienten a sus hijos hacia las profesiones que necesiten un trabajo constante de fijar la vista, y en vez de ser maestros, contables, dibujantes, sastres o modistas u obreros de labores minuciosas, sean vendedores, viajantes, agricultores, encargados, etc.

COMPLICACIONES DE LA MIOPÍA

Si la miopía no constituyera más que el defecto óptico, con la corrección de cristales se alcanzaría siempre la visión normal, tal como sucede en casi todos los casos de miopía de pocas dioptrías. Mas desgraciadamente en los casos desfavorables sobrevienen lesiones de la retina que disminuyen la agudeza visual.

Una de las lesiones más frecuentes es la hemorragia central o macular, que sobreviene en las miopías avanzadas y que deja siempre una zona central sin visión o con visión muy menguada.

Otra complicación, la más frecuente, es la degeneración miópica de la retina, afección progresiva, que desgraciadamente es poco o nada influenciable con los tratamientos. Sobreviene en miopías muy intensas.

La complicación más grave es el desprendimiento de la retina, que a veces es consecutivo a un traumatismo sobre el ojo o sobre la caja craneana, pero que en realidad depende del estado patológico de la retina, aunque el trauma es a veces el elemento determinante. Afortunadamente, hoy día se curan con operación un 80 por ciento de tales casos, pero todavía no sabemos curar un 20 por ciento de enfermos atacados de esta complicación.

OPERACIONES CONTRA LA MIOPÍA

Ya desde muchos años se ha pretendido neutralizar la miopía por medio de una operación. La más frecuentemente empleada es la operación de Fukala, consistente en la *extracción del cristalino* o su reabsorción por medio de discisiones.

Se puede utilizar en miopes de 14 a 20 dioptrías que no tengan graves lesiones de retina. Desde luego, no se puede precisar con exactitud el efecto de la corrección óptica. En los casos afortunados, los pacientes pueden prescindir de los lentes o usar lentes más flojos. El inconveniente mayor es el desprendimiento de la retina, que sobreviene en un 10 a un 15 por ciento de casos. Aunque la miopía de por sí predispone al desprendimiento, la extracción del cristalino aumenta esta predisposición. Además la operación de desprendimiento de la retina tiene menos probabilidades de éxito en los casos en que se ha extraído el cristalino, que en los casos en que no se ha extraído.

Otra operación contra la miopía es el acortamiento del globo ocular por medio de la extirpación de una porción de la esclerótica o por el repliegue de la pared escleral. Esta operación no es tan peligrosa como la extracción del cristalino, pero sólo útil en casos de miopía no muy acentuada.

Lentes de contacto

El uso de lentes de contacto, llamados también lentillas, constituye, en buen número de casos, la mejor solución para la miopía. Sin embargo, tiene el inconveniente que las personas con tendencia a tener los ojos irritados, no los toleran o los toleran pocas horas.

La mayor ventaja es, además de su inocuidad, el poder hacer la corrección óptica perfecta y ver los objetos en su tamaño natural, contrariamente a lo que ocurre con los cristales cóncavos, que disminuyen el tamaño de las imágenes.

Existe la impresión de que con lentes de contacto la miopía progresa menos, pero esto no se podrá manifestar con seguridad hasta que se cuente con una experiencia de gran número de casos y de bastantes años.

RESUMEN

La miopía sigue siendo uno de los mayores problemas de la oftalmología, y la profilaxis de esta afección carece de eficacia ya que el principal factor en su aparición viene determinado por la herencia, aunque, desde luego, también influyan las condiciones orgánicas del sujeto y el exceso de tensión intraocular perjudique el curso de la miopía. Se destacan sus principales complicaciones, como la hemorragia central o macular, la degeneración miópica de la retina y el desprendimiento de retina, que constituye la complicación más grave. Entre las operaciones para combatir la miopía se mencionan la extracción del cristalino y el acortamiento del globo ocular por medio de la extirpación de una porción de la esclerótica o el repliegue de la pared escleral. Finalmente, se señalan las ventajas e inconvenientes de las lentillas o lentes de contacto, de las que todavía no se cuenta con suficiente experiencia.

Dirección: Pasaje Méndez Vigo, 3. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963

LAS NEUMONÍAS

POR EL

DR. JOAQUÍN GRANDE PASAMANTES

INSPECTOR MÉDICO ESCOLAR DEL ESTADO

MADRID

Las inflamaciones pulmonares eran hasta hace unos años uno de los grandes terrores de la humanidad; actualmente siguen siendo muy frecuentes, pero gracias a las modernas terapéuticas, su mortalidad ha descendido notablemente, aunque siguen siendo un proceso serio para ancianos, niños pequeños y sujetos tarados (diabéticos, renales, cifoescolióticos, cardíacos, etc.), por lo que creemos siguen mereciendo aún estas afecciones gran atención por parte del médico.

Las inflamaciones pulmonares eran conocidas de los antiguos, pero hasta el siglo pasado, gracias a los trabajos de LAENNEC, no se aislaron de una forma tajante y definitiva de las pleuresías.

Años más tarde, ROKITANSKI separó las neumonías de las bronconeumonías.

Siendo FRIENLANDER y WEICHELBAUN los primeros que se ocuparon de la bacteriología de estos procesos, problema que hasta nuestros días no se ha acabado de aclarar definitivamente. La extensión de la exploración radiológica y la resistencia a los antibióticos, son los que más han contribuído a valorar adecuadamente el papel de algunos virus en la etiología de un grupo de inflamaciones pulmonares.

Los microorganismos capaces de producir inflamación pulmonar son muchísimos: neumococos (dentro de este grupo se distinguen no menos que treinta y dos variedades), estafilo y estreptococos, enterococos, bacilo de Friendlander, de Pfeifer, del carbunco, de la peste, tularemia, las brucelas, alguna espiroqueta, ritketsia (fiebre de varios virus de la gripe, del sarampión, de la neumonía atípica primaria, de la neumonía pseudoluética, de la neumonía monocítico-eosinófila de Magrasi, de la neumonía intersticial del lactante), el germen del paludismo, diversos hongos, procesos alérgicos, etc., muchos de ellos tienen un tratamiento específico eficaz; se puede comprender, pues, la enorme importancia que ha adquirido en nuestros días el diagnóstico etiológico de las neumonías.

Aunque esta larga enumeración de posibles agentes etiológicos pudiera hacer pensar que lo más importante es el germen patógeno, la realidad es muy otra; en pocos procesos el papel del terreno y de otras concausas, es tan decisivo para la iniciación y curso de la enfermedad como en las neumonías.

No podemos olvidar que muchos de estos gérmenes que acabamos de citar habitan en las vías aéreas superiores en gran número de personas aparentemente

sanas. Tampoco podemos olvidar el papel que de siempre se atribuye a los enfriamientos bruscos en la eclosión de las neumonías. También es indiscutible que el sujeto que ha pasado un proceso neumónico tiene muchas más probabilidades de volver a sufrir una inflamación pulmonar que uno sano. Asimismo se observa una cierta propensión familiar a estos procesos.

El papel de estas concausas es aún mucho más decisivo y evidente en las llamadas neumonías secundarias (de los comatosos, de los cardíacos y urémicos, postoperatoria, por deglución de cuerpos extraños, oleosas, etc.); el terreno influye también decisivamente en la forma clínica y curso de las neumonías en jóvenes sanos, bronconeumonías en niños y ancianos, neumonía asténica de la vejez, neumonía de un día, neumonías crónicas, etc.

La variedad de formas etiológicas y anatomoclínicas dan lugar a una sintomatología muy rica y variada.

El que espere a ver el cuadro clásico: escalofrío solemne, fiebre continua de 40, soplo bronquial, esputo herrumbroso, se le pasarán un gran número de casos sin diagnosticar.

El examen radiológico precoz en todas las enfermedades agudas de cuadro poco claro es muy recomendable por ello.

Bien conocidos de todos es el cuadro de la neumonía lobar (neumocócica) típica. Comienzo repentino, muchos pacientes señalan incluso la hora exacta, con un escalofrío que dura más de media hora y mueve incluso la cama, luego el paciente se pone rojo congestivo, la fiebre sube a 40 grados, continuando así durante todo el curso de la enfermedad. El pulso es rápido, suele haber aleteo nasal, el número de respiraciones está aumentado y ésta es superficial.

El dolor de costado es de tipo pleurítico, muy intenso y penoso; aumenta con los movimientos respiratorios profundos y la tos.

La tos al principio es seca, penosa, o falta totalmente. El esputo al comienzo es escaso, mucoso, pegajoso, o puede faltar totalmente. El esputo herrumbroso típico no aparece hasta el tercero o cuarto día. En el período de resolución la espectoración se fluidifica y aumenta notablemente de cantidad, hasta 50 centímetros cúbicos, en las veinticuatro horas. El herpes labial y la cianosis son otros signos típicos.

En los niños puede haber falta de apetito, vómitos, diarreas, epistaxis.

El hipo es un signo de mal pronóstico.

En la exploración encontramos ligeros retrasos del hemitórax enfermo, más tarde matidez, aumento de las vibraciones vocales —esto falta si hay al mismo tiempo derrame pleural— y apagamiento del murmullo vesicular. Los crepitantes pueden ser precoces, el soplo bronquial y la broncofonía sólo aparecen a partir del tercer día. Al final, vuelven los estertores húmedos, estertores redex.

Estas modificaciones de la auscultación se suelen percibir mejor en la espalda, si el lóbulo efectado es el inferior, y en la axila, si el proceso asienta en el lóbulo medio.

Una lengua muy saburral y seca es signo de mal pronóstico.

El hígado y el bazo están ligeramente aumentados de tamaño; suele haber meteorismo intestinal.

En sangre nos encontramos una fuerte leucocitosis, con neutrofilia acentuada, fuerte desviación a la izquierda y granulaciones tóxicas. La falta de leucocitosis es signo de mal pronóstico. La velocidad de sedimentación está fuertemente aumentada, salvo en los procesos debidos a virus, en los que la leucocitosis y la velocidad de sedimentación son poco acentuados. La cantidad de orina está muy disminuída, hay una retención acentuada de cloruro sódico, albuminuria y cilindruria ligera.

A rayos X encontramos una opacificación de límites netos, expansiva, con fuerte reacción hiliar, que suele asentar en los lóbulos inferiores, de gran extensión, muchas veces todo un lóbulo, pero otras sólo una parte, neumonías centrales, neumonías segmentarias. A partir del tercer día alcanza la sombra gran densidad.

Todo este cuadro, tan aparatoso y grave, cesa espontáneamente de forma brusca (crisis); a partir del séptimo u onceavo día sólo persiste la hepatización, demostrable clínica y radiológicamente, y la velocidad de sedimentación acelerada, varios días más; unos veinte días en total.

Durante este proceso el paciente puede perder mucho peso, hasta cinco kilos, en su mayor parte de proteínas corporales; por lo tanto, la convalecencia es larga.

Este es el cuadro clásico, pero además hay otras muchas formas que conviene conocer.

Hay formas breves, abortivas, que hacen crisis del tercero al quinto día espontáneamente, e incluso las hay que sólo duran veinticuatro horas, neumonías del primer días de los autores alemanes, que únicamente se pueden diagnosticar de forma segura con ayuda de rayos X.

Pero también existen formas prolongadas, que duran de catorce a diecinueve días sin complicaciones, y hay incluso casos que tardan cincuenta días en resolverse totalmente (diagnóstico diferencial con tuberculosis pulmonar).

A veces puede aparecer una pseudocrisis entre el quinto y el séptimo día, enmascarando el cuadro.

Muy difícil de diagnosticar son las formas mudas, centrales, es decir, sin sintomatología local (sólo rayos X).

Muy graves son las neumonías emigratorias; diversos nuevos focos van apareciendo antes que termine la curación total del primero.

Desde que se introdujeron los antibióticos, se ven con más frecuencia recidivas del proceso, después de varios días sin fiebre.

Muchas veces la neumonía comienza de forma solapada, con tos, molestias generales, fiebre que va aumentando lentamente. En otras ocasiones, una gripe epidémica facilita el comienzo de una neumonía lobar verdadera; falta también en este caso el comienzo brusco con escalofrío solemne.

Muy graves son las llamadas neumonías asténicas de los ancianos, que cursan con fiebre poco elevada, 37'5 grados, y sintomatología muy pobre, incluso la leucocitosis es poco marcada.

Algún autor ha descrito incluso neumonías con fiebre remitente.

Cuando el neumoníaco tiene una grave tara orgánica, la sintomatología del órgano enfermo puede resaltar tanto que condicione la total evolución del proceso. Los autores antiguos hablaban en estos casos de neumonías nerviosas, neumonías pseudo-apendiculares (frecuentes, sobre todo, en los niños), neumonías pseudocolecistíticas, neumonías biliosas, etc., para recordar la importancia del cortejo sintomático del órgano tarado, síntomas que incluso pueden dificultar el diagnóstico del proceso pulmonar, verdadero responsable de la situación.

Las neumonías en los diabéticos, enfisematosos y alcohólicos son sumamente graves.

Las complicaciones, hoy menos frecuentes gracias a los antibióticos, tienen gran importancia para el clínico, que debe procurar evitarlas, y si aparecen reconocerlas

y tratarlas rápidamente, y no dejarse engañar por lo abigarrado del cuadro y saber llegar al diagnóstico de neumonía como causa primaria de todo el proceso.

Abscesos y gangrenas pulmonares, derrames pleurales estériles, empiemas para y metaneumónicos, meningitis neumocócica pancisintomáticas en los ancianos, muy difíciles de diagnosticar con los simples meningismos. Abscesos neumocócicos metastásicos en diversos órganos: monoartritis purulentas; abscesos musculares, sobre todo en torno de una inyección de alcánfor; flemones perirrenales; mediastinitis purulenta; flebitis, etc.

Frecuentes, especialmente en la infancia, son las otitis y mastoiditis.

Como reliquia de una neumonía pueden quedar extensas zonas de fibrosis pulmonar o bronquiectasias.

Aparte de estas complicaciones, dependientes directamente del neumococo, para el clínico tiene suma importancia la respuesta del aparato circulatorio al proceso neumónico. CORVISART decía que la enfermedad estaba en el pulmón, pero el peligro en el corazón.

HEGGLIN, después de numerosos estudios electrocardiográficos, ha vuelto a insistir en esto.

En la pulmonía el pulso está acelerado, 110 - 120 pulsaciones por minuto, siendo la frecuencia del pulso un dato de gran valor diagnóstico y pronóstico. Muchas veces es discreto. El segundo tono en foco pulmonar está reforzado; el ventrículo derecho está dilatado frecuentemente.

En el electrocardiograma aparecen bastantes veces extrasístoles, aleteos auriculares, deformaciones del complejo QRS, alteración del espacio ST y de la onda T, alargamiento del espacio PQ y QT, etc.

La muerte puede sobrevenir por colapso periférico o por insuficiencia cardíaca central. El edema agudo de pulmón no rara vez es causa de la muerte de estos pacientes.

Algún autor ha descrito endo y pericarditis neumocócica, pero son rarezas que no tienen gran importancia en la práctica diaria.

El neumococo, además de producir la forma lobar clásica, puede originar también bronconeumonías multicéntricas, dependiendo del estado reaccional del sujeto el que aparezca una u otra forma.

El cuadro de la bronconeumonía no es tan definido y clásico como el de la neumonía lobar. Además los focos multicéntricos y pequeños escapan a menudo de la exploración física, siendo sólo reconocibles con los rayos X, que además nos proporcionan valiosos datos sobre tamaño (entre miliar y casi un lóbulo), forma, situación (proximidad a la pleura), número, etc.

A continuación, nos vamos a ocupar de los procesos neumónicos bacterianos no neumocócicos, que por su relativa frecuencia tienen interés práctico en nuestras latitudes.

Neumonías por Friedlander. — Sólo en 1 por ciento de todas las pulmonías son debidas a este germen. Aparece en forma esporádica, predominantemente en varones. Tiene una mortalidad elevada. Es unicéntrica, afectando grandes extensiones, e incluso varios lóbulos.

Clínicamente, el cuadro se parece algo a la neumocócica, pero falta el escalofrío solemne, el herpes y el típico esputo herrumbroso. Termina por lisis, lisis que a veces se prolonga mucho tiempo, siendo frecuente que aparezcan en estos casos intensa fibrosis pulmonar e incluso cavernas, por lo que el diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar es, a veces, dificilísimo. A rayos X, lo típico son sombras muy densas, incluso más que la sombra cardíaca.

La presencia masiva (aislados no tienen valor clínico) de bacilos de Friedlander, decide el diagnóstico.

Neumonías estreptocócicas. — Diversos tipos de estreptococos pueden originar alteraciones neumónicas; pueden ir precedidos de procesos estreptocócicos en otros órganos, sobre todo de vías aéreas superiores, o por una enfermedad viriásica. El comienzo atípico es paulatino, pequeños escalofríos, astenia, malestar general, dolores de cabeza, fiebre, tos, y más tarde disnea.

Se perciben abundantes estertores blandos, la respiración es indeterminada, pero falta el soplo bronquial y la matidez; sólo los rayos X ponen claramente de manifiesto los múltiples focos. Las complicaciones son frecuentes y graves: empiemas, sepsis, etc.

La mortalidad, si no se trata precoz y enérgicamente, es elevada.

Neumonía estafilocócica. — Puede ser primaria en el niño; en el adulto siempre sigue a otra infección: gripe, furúnculo, bronquiectasia, etc. La diabetes favorece grandemente su aparición.

El comienzo es paulatino, pero en pocas horas puede alcanzar gran gravedad.

Fiebre remitente, sudores, disnea, cianosis, tos y espectoración purulenta abundante. El dolor de costado falta o es poco intenso. Siempre hay alteraciones auscultatorias (en las neumonitis viriásicas, no), pero son atípicas. A rayos X se aprecian múltiples focos mal delimitados, que por edema colateral tienden a confluir. Tienen también gran tendencia a abscesificarse. Los empiemas y los abscesos de pulmón son complicaciones frecuentes; hay gran tendencia a recidivar. El pronóstico, si no se trata, es sombrío.

Neumonías por bacilo de Pfeifer (hemofilus influencae). — Siempre aparece asociado a otras bacterias o virus, por lo que el papel patógeno es discutible, y la clínica de los procesos a Pfeifer (si es que existen), muy mal conocida. Es sensible a la aureomicina, que es el tratamiento de elección en el caso de que este germen predomine en los esputos de un neumónico.

Se dice que los enterococos a veces producen procesos neumónicos prolongados y benignos.

El carbunco, la peste y la tularemia no tienen gran importancia clínica en nuestro país; en todos ellos además el grave cuadro general relega a un segundo plano el proceso pulmonar.

La neumonía por bacilo de Bang es poco frecuente.

Neumonías por virus. — Su cuadro clínico (predominio de los síntomas generales: malestar general, anorexia, vómitos, mialgias, artralgias, sobre los locales, muchas veces la participación pulmonar sólo se evidencia por el estudio radiológico; falta de leucocitosis), su anatomía patológica (las lesiones intersticiales son más importantes que las intraalveolares) y la resistencia a la mayoría de los antibióticos, justifica la agrupación de todos estos procesos en un apartado común. En esa sección estudiaremos, pues, alteraciones debidas a riketsias (fiebre), a virus gigantes (psitacosis) y a virus minúsculos.

La diferenciación de los distintos virus se puede hacer por cultivo, inoculación a animales, seroaglutinaciones y reacciones serológicas inespecíficas, pero son procesos engorrosos, difíciles y que requieren bastante tiempo, por lo que generalmente no son de utilidad clínica, pero sí epidemiológica.

Dentro de este amplio complejo de cuadros, podemos distinguir claramente por su evolución dos subgrupos, un tipo de procesos malignos (fiebre «Q», psitacosis) y otro que evoluciona mucho más benignamente.

La fiebre «Q» se transmite por el escremento de las garrapatas enfermas, por la leche y por las pieles de las vacas afectadas por este proceso; directamente de hombre a hombre, no. La incubación es de ocho a veintiocho días. Los prodromos son breves y poco intensos. Luego un escalofrío, sube la fiebre a 39 ó 40 grados y se prolonga en forma continua o remitente de tres a doce días. Dolores muy intensos de cabeza, incluso alguna vez delirio ligero y obnubilación. Rara vez vómitos, escasa cianosis de labios, irritación intensa de conjuntivas.

Falta todo signo de vías altas, en pulmón algún estertor de burbujas o nada. A rayos X, en el 50 por ciento de los casos, aparece un infiltrado pulmonar bastante homogéneo, que tarda unos treinta y tres días en desaparecer. A los diez días, reacción de complemento específica; la mortalidad es del 1 por ciento.

La psitacosis es frecuente en los países anglosajones y Alemania. Se transmite por papagayos, canarios, palomas y otras aves. Dolores de cabeza, malestar general, dolor de miembros durante uno a tres días. Después sube la fiebre en dos o tres días. Fiebre alta con cuadro tifoso, confusión, delirio, bradicardia, esplenomegalia, meteorismo y vómitos; persiste dos o tres semanas; incluso puede aparecer un exantema.

A partir de la segunda semana, tos seca y dolores torácicos no muy intensos, ligera disnea y nunca cianosis. Por auscultación, algún estertor de burbujas finas. A rayos X, infiltrado de forma variable e incluso bilateral, que se va corriendo desde el centro a la periferia y que termina por curar totalmente en dos o seis semanas. Al final de la segunda semana son relativamente frecuentes los colapsos. A partir del doceavo día la desviación de complemento específica es positiva. La mortalidad oscila entre el 30 y 40 por ciento.

Formas benignas. — Neumonía genuina por virus, neumonía atípica primaria o neumonitis.

Aparece en forma de pequeñas epidemias, pero no todos los afectados tienen lesiones pulmonares; algunas sólo sufren bronquitis.

Generalmente, la incubación se prolonga de siete a diecinueve días, pero se han descrito casos extremos de uno y veintiocho días.

Comienza gradualmente malestar general, tos seca irritativa, opresión torácica, dolores generales —parece un proceso gripal—, fiebre remitente, no muy alta, que termina por lisis; bradicardia relativa, respiración poco acelerada Auscultación: pocos signos y atípicos. A rayos X se ve desde una pequeña reacción hiliar, a infiltrados muy densos, aunque nunca tanto como la neumonía neumocócica. Se suelen localizar en las bases. No hay paralelismo entre la gravedad del cuadro clínico y la extensión del infiltrado. Las complicaciones son raras, y la mortalidad, escasa: del 0'1 al 2 por ciento. A los doce días de comienzo aparece, en el 60 por ciento de los casos, crioaglutinación de hematíes; más tarde, en el 70 por ciento de los casos, aglutinaciones inespecíficas del estreptococo MG.

Muy parecido a este cuadro es el producido por la fiebre eosinofilomonocítica de Magrasi (sólo se diferencian por la presencia de eosinófilos y monocitos en sangre). Y las neumonías con Wasserman positivo de Fanconi y Hegglin. Aparte de estas neumonías viriásicas específicas pueden aparecer alteraciones pulmonares en el curso de otras muchas enfermedades generales producidas por virus: varicela,

etc., sobre todo en el sarampión y en la gripe; en estos casos las lesiones pulmonares pueden ser debidas exclusivamente a la acción del virus, o, lo que es más frecuente, el virus abre la puerta a la penetración de diversas bacterias.

En la gripe pueden aparecer cuadros anatomoclínicos muy diferentes: desde la forma hiperaguda con gran tendencia a las hemorragias, al edema pulmonar y a los colapsos; a la neumonía neumocócica lobar clásica que sigue a un proceso gripal. Muy típicas son las neumonías gripales triangulares de la punta del corazón, que ceden muy bien a los antibióticos.

También se han descrito neumonías primarias reumáticas.

El infiltrado eosinófilo es un proceso neumónico de origen alérgico.

Neumonías secundarias

En estos procesos lo principal es el terreno, es la enorme baja de las defensas; los gérments son lo de menos; generalmente se trata de amplias asociaciones bacterianas.

Estos procesos aparecen en cardíacos, urémicos intoxicados, ancianos, cancerosos; en el postoperatorio de las grandes intervenciones abdominales o torácicas. La aspiración de alimentos y otras sustancias por alteración de la deglución es asimismo otro factor importante.

Como es fácil de comprender, el cuadro clínico de estos procesos neumónicos secundarios es muy proteiforme.

El diagnóstico diferencial de las neumonías

Como hemos podido ver, los procesos neumónicos se pueden confundir con multitud de otras alteraciones torácicas y extratorácicas, por lo que siempre que estemos ante un cuadro de cierta gravedad debemos pensar en la pulmonía y, si podemos, realizaremos un examen radiológico, con lo que adelantaremos muchísimo en nuestro afán diagnóstico. Con todo, hay unos cuantos procesos, como los infartos de pulmón y las neumonías gaseosas, en que se requiere un gran olfato clínico para reconocer la naturaleza real del cuadro. El examen bacteriológico del esputo es, desde luego, de gran utilidad en estos casos.

Tratamiento

Los antibióticos han facilitado mucho el tratamiento de estos procesos, habiendo acortado su duración y mejorado también su pronóstico.

Pero, aparte de prescribir el antibiótico eficaz para el germen causante de cada caso, y en la duda uno de amplio espectro, y darlo a dosis eficaces (es muy peligroso quedarse cortos en la dosis; podrían aparecer resistencias bacterianas), hay otras muchas cosas que hacer con un neumónico, si queremos descender de verdad la cifra de mortalidad por este proceso.

El enfermo debe guardar reposo en una habitación bien ventilada; muchos autores alemanes de la era preantibiótica colocaban a sus enfermos en cobertizos al aire libre, y obtenían excelentes resultados. Si hay disnea intensa o cianosis, especialmente en niños y ancianos, la inhalación de oxígeno produce gran alivio. La tos irritativa del comienzo se debe calmar con codeína, que se suspende en cuanto aparezca la expectoración, que conviene favorecer por todos los medios.

La agitación y la intranquilidad se calmarán con los sedantes oportunos. La dieta será nutritiva, de fácil digestión y rica en vitaminas. Es muy aconsejable la mermelada para evitar el estreñimiento. La vitamina C a grandes dosis, incluso directamente en vena, produce un gran alivio del malestar general. Los analépticos y cardiotónicos, por la grave afectación concomitante del aparato circulatorio, son utilísimos en un gran número de casos. Con la defervescencia no está terminada la enfermedad. La neumonía es un proceso grave, por lo que la convalecencia requiere gran cuidado por parte de todos, si queremos evitar recaídas y complicaciones de todo género.

RESUMEN

Aunque con las modernas terapéuticas las neumonías han perdido la gravedad y, por tanto, la importancia que tenían antes, todavía merecen la atención del médico, porque siguen siendo un proceso serio en niños, ancianos y sujetos tarados. Se revisa el cuadro clínico clásico de la neumonía y se describen a continuación los procesos neumónicos bacterianos no neumocócicos, que por su relativa frecuencia tienen interés práctico en nuestras latitudes: neumonías por Fliedlander, estreptocócicas, estafilocócicas, por el bacilo de Pfeifer, por virus, y otras benignas, como la neumonía atípica primaria o neumonitis. Para terminar se expone el diagnósntio diferencial de los procesos neumónicos, que siempre se pueden confundir con multitud de alteraciones torácicas y extratorácicas, y su tratamiento.

Dirección: Rey Francisco, 9. Madrid.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963

NUEVA TÉCNICA DE LA REHABILITACIÓN DE MUTILADOS

PRESENTACIÓN DEL «NEUMOTENSOR»

POR EL

DR. MARIO OLIVERAS DEVESA

BARCELONA

La rehabilitación física de los amputados se basa fundamentalmente en la aplicación de una prótesis idónea y correctamente adaptada, para continuar luego con la indispensable tarea de una positiva reeducación funcional. Ortopedia y fisioterapia están, pues, tan íntimamente ligadas que no pueden separarse una de otra, si ciertamente queremos alcanzar auténtica eficacia.

En esta comunicación vamos a limitarnos tan sólo a los amputados a través del muslo, en los cuales, como es obvio, la aplicación de un miembro artificial es el factor básico.

Nuestra experiencia en el ejercicio de la especialidad nos ha llevado a la conclusión de que, en este aspecto concreto de la ortopedia, el punto clave se centra en la exacta adaptación muñón-prótesis, mucho más que en los perfeccionamientos mecánicos que pueda tener ésta. En una palabra: camina mejor y con mayor rendimiento fisiológico un amputado usuario de una pierna artificial de mediana calidad, pero íntimamente ajustada al cuerpo, que otro en circunstancias análogas provisto de una prótesis excelente y modernísima, pero defectuosamente encajada al muñón.

Es una buena comparación recordar cuanto sucede con el calzado habitual; por propia experiencia, todos sabemos que se camina mejor y con más comodidad con calzado adecuado que con zapatos excesivamente holgados o, lo que es peor, demasiado apretados.

El ajuste de la prótesis debe ser perfecto, si bien hemos de reconocer que es difícil de lograr. Nosotros queremos presentar en esta comunicación el sistema que hemos ideado y que entendemos significa una innovación muy práctica, porque supone una gran simplificación en el logro de una perfecta adaptación, hasta el punto que el miembro artificial queda tan encajado, que puede prescindirse de los habituales elementos de fijación al cuerpo.

BREVE MIRADA RETROSPECTIVA

Durante muchos siglos, la prótesis empleada para sustituir la amputación de la extremidad inferior fue la prehistórica «pata de palo», de rudimentaria manufactura.

Nos consta que esta primaria prótesis era ya conocida en época remota, mucho antes de la era cristiana. Consistía en un simple soporte de madera que daba apoyo al muñón en flexión, tanto para amputados por debajo de la rodilla como para mutilaciones a través del muslo; así se ha visto representada en inscripciones funerarias del tiempo de los primeros faraones.

Transcurrieron decenas de siglos sin que se introdujeran modificaciones en estas arcaicas y rudimentarias prótesis, de las cuales todavía puede verse algún ejemplar en uso; pero es bien sabido que se buscaban elementos ortopédicos articulados que sustituyesen la primitiva *pata rígida* y facilitasen no sólo una deambulación más normal, sino que, a beneficio de sus articulaciones de hierro o acero, permitiesen sentarse correctamente, flexionando los segmentos de la extremidad mecánica.

Se buscaba también imitar la anatomía dando una forma de pie, pantorrilla, rodilla, etc., para disimular en lo posible la pérdida de la extremidad.

Fue en tiempos del gran cirujano PARÉ (al que podemos considerar padre de la ortopedia) cuando se aplicaron las *primeras piernas artificiales articuladas*. Ocurría ello por los años 1560, y estaban construídos aquellos aparatos con cuero reforzado con varillas de hierro, por lo que se le dominaba «cuero armado».

En realidad, es desde aquel entonces cuando podemos comenzar a hablar de *piernas artificiales*, y a partir de aquellas fechas la técnica ortopédica sale de su ostracismo y busca incesantemente nuevos sistemas y métodos para lograr una mayor eficacia en la fabricación y adaptación de prótesis, y es indudablemente en estas últimas décadas cuando hemos visto las mayores innovaciones, tanto en lo referente a materiales empleados como en toda suerte de artificios mecánicos; singularmente, las llamadas «rodillas fisiológicas», que, a imitación de la humana, giran, no sobre eje fijo, sino sobre superficie condílea, por deslizamiento.

En el año 1899, el cirujano VANGHETTI imaginó su famoso método de cinematización, que consistía en la formación de un asa muscular contráctil suturando cabo a cabo los músculos flexores y extensores. Esta asa muscular contráctil gobernaba, mediante un tensor, los movimientos de flexión y extensión de la rodilla; se trataba de aprovechar la fuerza muscular del muñón dotando a la pierna artificial de *movimientos activos*.

En el año 1916, SAUERBRUCH ideó la «tunelización» de los músculos, formando a través de la masa muscular un auténtico conducto que se desplabaza al contraerse ésta. Estas innovaciones, que inicialmente se practicaban en las mutilaciones de las extremidades torácicas, se ampliaron también en el miembro inferior, pero no dieron ningún resultado práctico y pronto cayeron en desuso.

PRÓTESIS LIVIANAS

El mayor defecto que hasta aquel entonces tenían todos los dispositivos ortopédicos era su excesivo peso, y fue en el año 1915 cuando aparecieron las llamadas «piernas tipo americano», construídas casi exclusivamente con madera ligera y homogénea (tilo y especies exóticas), de densidad no superior a 400 kilogramos por metro cúbico y reforzada con colas y pergamino.

Casi simultáneamente (1920) aparecieron las prótesis de duraluminio, que se generalizaron rápidamente, pues no hay que olvidar que se daba entonces la circunstancia de finalizar la primera guerra mundial, que dejó un lastre de muchos millares de mutilados en todos los continentes.

El duraluminio es una aleación ligera de alta resistencia, cuyas características mecánicas son análogas a las del acero, pero su densidad es tres veces menor, y, por tanto, sus ventajas ortopédicas son valiosísimas, singularmente nuevas aleaciones introducidas con posterioridad.

Más modernamente, las resinas sintéticas, las materias plásticas, el politeno, etcétera, son sustancias que han desfilado rápidamente por los laboratorios ortopédicos, sin lograr desbancar ni las aleaciones de metales ligeros (dural) ni la madera calificada.

EL PROBLEMA DE LA ADAPTACIÓN

El punto más importante en la recuperación de mutilados radica en el exacto encaje de la pierna artificial. Este es, a nuestro juicio, el mayor escollo en que tropieza el ortopedista y significa la piedra de toque que acredita la competencia de éste.

La naturaleza del material que integra una prótesis es evidente que tiene su importancia; pero nosotros estimamos mucho más trascendente y de mayor significación práctica su correcta adaptación. Hemos visto miembros artificiales mecánicamente perfectos, verdaderas maravillas, pero que, por no estar bien adaptados al usuario, hubieron de quedar abandonados; por el contrario, ciertos mutilados con aparatos de peor calidad mecánica caminan correctísimamente por haber logrado, un hábil ortopedista, la exacta adaptación. Esta comparación la establecemos, naturalmente, en casos de muñones análogos.

El ajuste debe ser siempre perfecto, exacto, sin angosturas excesivas ni holguras improcedentes; porque si la embocadura de la prótesis queda inadaptada, se producen roces y presiones extemporáneas, que hacen molesto el uso del aparato y conducen a su intolerancia. Por otra parte, una prótesis inadaptada proporciona un caminar inseguro, lento, notable cojera, fatiga prematura, etc.

Repetimos, pues, que la buena adaptación es el todo, hasta el punto que pensamos que más de las dos terceras partes de mutilados que no se habitúan al porte de la pierna artificial debemos atribuirlos a su defectuoso ajuste al muñón. Y sépase bien que en este aspecto tanto se peca por insuficiente encaje (prótesis estrechas) como por demasiada holgura.

Con el fin de obtener un íntimo maridaje prótesis-muñón, por los años 1940 comenzaron a aplicarse, y se difundieron rápidamente por todo el mundo, los aparatos «adheridos» al muñón mediante el sistema de «succión» o ventosa. Los millares de mutilados que en los cinco continentes dejó la última guerra mundial intentaron beneficiarse de este nuevo procedimiento, pero tan sólo una parte gozan de él, porque —hora es de que lo digamos— su técnica no es fácil; necesita de manos muy competentes, y no todos los ortopedistas consiguen el establecimiento de una eficiente ventosa.

El procedimiento es muy práctico, y se obtiene tal encaje del aparato, que se gobierna la pierna artificial con extraordinaria precisión, y no se necesitan correajes, cinturones ni tirantes para su fijación al cuerpo.

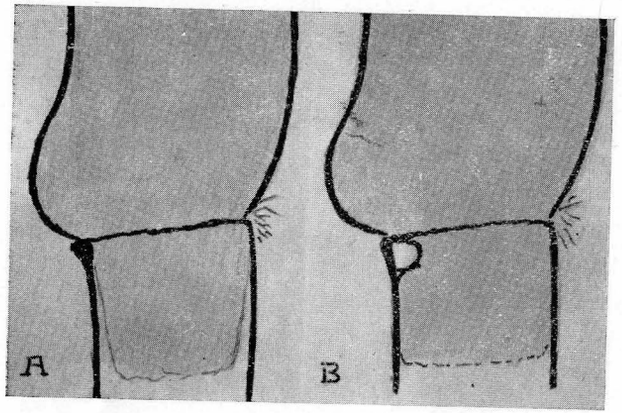
Hay que tener también en cuenta que el volumen del muñón no es un factor constante, porque desde el instante en que se aplica una prótesis se produce una regresión de las masas musculares residuales y tejido celular, de manera que durante algunos meses se reducirá sensiblemente su perímetro. Los aparatos con embocadura fija adolecen todos del mismo defecto: aunque bien ajustados al principio, no pueden seguir la involución del muñón y al cabo de cierto tiempo que-

dan excesivamente holgados, precisando modificaciones y reajustes. Estos cambios los vemos repetidamente quienes nos dedicamos a la recuperación de mutilados.

Fue este hecho el que motivó nuestros experimentos y trabajos buscando un medio que permitiese una más exacta y constante adaptación de la pierna artificial, y llegamos a la conclusión de que debíamos recurrir a la aplicación de una cámara neumática regulable; en este sentido encaminamos desde un principio toda la labor, y sinceramente hemos de manifestar que después de algunos tanteos y pruebas fructificó satisfactoriamente, concretándose en un pequeño adminículo que denominamos «neumotensor».

Descripción de nuestro sistema «neumotensor»

Como sea que pretendíamos ahorrar a los usuarios de piernas artificiales las modificaciones que éstas debían sufrir para mantenerlas ajustadas, y con ello también eliminábamos las ataduras de sujeción, nuestra idea era hallar un medio de autorregulación, de fácil manejo, que no sólo graduase el encaje de la prótesis, sino que, por un especial dispositivo, la mantuviese íntimamente unida al muñón, al igual que el sistema de «succión», pero por acción completamente opuesta.



A: Forma que adquiere el muñón en el interior de una prótesis normal. *B*: Morfología que adopta el muñón en el interior de una prótesis con cámara neumotensora.

En lugar de establecer una acción de «ventosa», aplicamos una tensión neumática que comprime el muñón en una zona selectiva y actúa al propio tiempo como elemento de fijación. Esta tensión es graduable porque se realiza mediante la insuflación de aire en una pequeña cámara especial adaptada en el interior de la embocadura y junto al borde superior.

Al trasladar nuestra idea al terreno práctico, las dificultades con que tropezamos eran siempre las mismas, a saber:

a) Forma y dimensiones de la cámara neumotensora.

b) Su colocación en el punto que resultase más eficiente y al propio tiempo de mayor tolerancia.

c) Fijación del neumotensor a las prótesis sin que sufriesen extemporáneos desplazamientos.

Poco a poco pudimos solventar los inconvenientes que se nos presentaban y logramos culminar la tarea emprendida.

En cuanto a la forma y medidas de la cámara, debemos significar que las más idóneas son en forma de media luna o de plátano, con un diámetro aproximado de unos 3'5 centímetros en su parte central y con una longitud de 15 centímetros.

Nuestro punto de partida fue la utilización de cámaras de aire, de tamaño reducido, análogas a las utilizadas en ortopedia para contener la gastroptosis y la enteroptosis. Al igual que éstas, nuestro «neumotensor» va provisto de un tubo con su correspondiente válvula que facilita la insuflación y retención del aire en su interior, *pudiéndolo graduar a voluntad.*

En lo que concierne a su colocación, es indudable que el lugar más apropiado debe corresponder directamente a la zona isquiática, en el pliegue glúteo, y, por lo tanto, debemos situar el neumotensor completamente transversal y en el borde postero-superior de la prótesis, pero sin sobresalir del mismo. He aquí el punto de mayores dificultades, porque conseguir su fijación en el lugar conveniente sin que se desplace al introducir el muñón o con los movimientos propios de la deambulación, no fue tarea fácil, pero logramos también superarla felizmente gracias a una lámina de tricot que a manera de protección queda de intermedia entre el neumotensor y la piel, protegiendo a ésta del contacto directo del caucho, al mismo tiempo que proporciona fijación a aquél, y, gracias al tejido de malla, le sigue en su insuflación.

Analizando las ventajas de nuestro neumotensor, podemos resumirlas en los siguientes puntos: *Primero,* facilita una exacta y constante adaptabilidad de la prótesis debido a la cámara de aire, totalmente regulable. *Segundo,* se obtiene una mayor tolerancia, aun en mutilados hipersensibles, por el hecho de ejercer una presión neumática, que resulta indiscutiblemente más aceptable que el contacto directo con la pierna artificial. *Tercero,* dada la especial forma y colocación de la cámara, que al insuflarla determina un área de estrangulamiento en la raíz del muñón, produce una tal fijación que el aparato no se cae y permite prescindir de todo mecanismo de suspensión. *Cuarto,* la facilidad con que nuestro sistema neumotensor puede aplicarse a cualquier prótesis ya en uso, sea de tipo metálico, madera ligera o materia plástica, sin necesidad de construir nuevo aparato. *Quinto,* su reducido coste y larga duración.

RESUMEN

Después de una breve mirada retrospectiva a la historia de las prótesis empleadas en las amputaciones de las extremidades inferiores, se describen la actuales prótesis livianas a base de duraluminio, resinas sintéticas, materias plásticas, etc., destacando el problema de su adaptación a la extremidad amputada, que constituye el principal factor para una buena deambulación. Este problema de la adaptación lo resuelve el autor con su nuevo sistema denominado "neumotensor", que describe ampliamente, analizando sus ventajas, que resume en cinco puntos al final de su trabajo.

Dirección: Balmes, 188. Barcelona - 6.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963

COMENTARIOS A UN LIBRO

EL NUEVO TRATADO DE «HIDROLOGÍA Y CLIMATOLOGÍA MÉDICAS» DEL DOCTOR GARCÍA AYUSO

POR EL

DR. JAVIER SAMITIER AZPARREN

ACADÉMICO C. DE LA REAL DE MEDICINA

ZARAGOZA

DESDE 1942, en que el autor del presente tratado escribió su libro de «Hidrología médica», no se había publicado en España otro tan extenso, tan documentado y en un castellano tan elegante como el del doctor García Ayuso, escritor en el más amplio sentido de la palabra, cuyos trabajos médicos, y singularmente los de hidrología, tienen unánime aceptación nacional e internacional. En aquel libro de 1942, y en sus anteriores publicaciones, la mayoría de los actuales médicos directores de balnearios estudiábamos para las oposiciones de 1945, y fue tal libro base sobre la que construíamos en la posguerra, rebuscando también, entre libros y revistas del «Rastro» madrileño que se habían salvado de la quema bélica, material para ir preparando los temas de aquella oposición, primera que se realizaba después del año 1913. En aquella prueba oposicional tomó parte el autor de este tratado, y de entre cerca de trescientos aspirantes y opositores obtenía el doctor García Ayuso uno de los primeros números. Hoy dirige el balneario de mayor afluencia en España, el de Lanjarón, y ya antes de la guerra fue también director de muchos balnearios españoles. Yo oí decir a los doctores Abós, Eleicegui y Cortezo, cuando este último dirigía el balneario aragonés de Tiermas —anegado hoy por un colosal pantano, el de Yesa (Navarra)—, que el doctor García Ayuso era la figura más relevante que aparecía en el nuevo horizonte hidrológico español.

Debió el doctor García Ayuso haber sido el sucesor en la cátedra madrileña del malogrado profesor Rodríguez Pinilla; pero los eternos e imponderables recursos inherentes al sistema español de provisión de las cátedras permitió —«ni la hoja del árbol se mueve sin la voluntad de Dios»— que hiciera cátedra con sus libros, no desde el aula, como justamente merecía su indudable saber y por su vida dedicada a la Hidrología nacional.

Ha publicado un nuevo tratado renovando completamente el anterior. Veamos, en lo que resta de siglo, quién se atreverá a igualarlo o a mejorarlo; porque obras son amores, y la realizada con este tratado por el citado doctor es insuperable, en nuestro concepto. No quiero ir señalando la bibliografía con numeración detallada,

que cualquier copista lo podría hacer, citando ochenta y tres libros y veintiocho trabajos suyos, sobre los que basa la obra, en la que con frecuencia coloca entre paréntesis también muchos nombres de autores que no figuran en la bibliografía, a los que traduce o revisa con todo detalle, maestros en la materia de que trata.

Consta el libro actual de cuarenta y cuatro capítulos y un apéndice sobre análisis de aguas minerales, por el profesor Villanúa, de la Escuela de Bromatología de Madrid.

El capítulo primero trata de la Hidrología médica, su definición y conceptos generales, fundamentos científicos, ciencias auxiliares, valor actual de la terapéutica hidromineral. «El agua mineral —dice— no es una panacea, sino una medicación completísima, con un contenido energético imponderable, capaz de transmitir al ser humano electrólitos y radiaciones que, a más de sus específicas acciones sobre los trastornos patológicos, al ser enfermo le transforma en otro ser biológico, al actuar intensamente sobre la fórmula bioquímica de su medio interno, a merced de los conocidos fenómenos de la transmineralización.» Al final del capítulo añade que las enfermedades del porvenir serán muy verosímilmente enfermedades de la personalidad humana, y, por lo tanto, el papel de la hidrología en la medicina del porvenir es incuestionable.

El capítulo segundo trata de la evolución histórica de la Hidrología y resumen histórico de la española, para empezar en la era hipocrática; su desarrollo a través de los siglos; el termoclimatismo militar de los tiempos remotos, hasta el siglo XVII, en que se empleaban las aguas por doquier, empíricamente, y primeros hallazgos químicos del siglo XIX; el principio de la etapa clínica, y, por cuanto se refiere a España, toda la historia patria del empleo de las aguas, desde los siglos VII al XII, en que los baños protegidos por los monarcas florecían con el renacimiento de la hidrología española en los siglos XV al XVII. En 1913 se fundaba la primera cátedra en Madrid, regentada por el profesor Rodríguez Pinilla. También se refiere a la hidrología hermana de Portugal.

En el capítulo tercero define las aguas minerales, su geología, estado químico y físico, pues «igual que los rayos del sol, la tierra aporta una fuerza cósmica que nos corresponde conocer y utilizar». Establece la diferencia entre agua corriente y agua mineral, origen de las aguas vírgenes y su mineralización. Se ha abierto a la investigación de físicos, químicos y terapeutas del futuro un campo indefinido de nuevas investigaciones. Trata del captado de las aguas, de las propiedades físico-químicas, la química hidromineral, aniones, cationes y su origen; de los metales pesados, radiactividad, variaciones del quimismo, biología, lodos, aguas madres, energética, coloides y notación química analítica de las aguas minero-medicinales.

En el capítulo cuarto describirá las acciones biológicas y farmacológicas, contenido de las aguas sulfurosas que, con menos azufre que cualquier pomada, curan mejor el eczema. Pasó de moda la emanoterapia. Aguas muy radiactivas carecen de acción terapéutica. Los coloides hidrominerales carecen de toxicidad, por lo que el arsénico de las aguas no puede ser nunca causa de accidentes. Las aguas tienen un poder filáctico.

El capítulo quinto está dedicado a la taxonomia, y el sexto, a las aguas sulfurosas y su origen, sin que se pueda decir si el azufre inorgánico de las sulfurosas puede sustituir al orgánico de la alimentación, que, mediante la flora bacteriana, pueda pasar a metionina, glutation, cistina, etc. Explica la acción de eliminación del ácido úrico, de donde su acción antigotosa. También poseen una acción sobre el terreno diabético, sobre la circulación periférica, vasos coronarios

y piamadre. Estos baños sulfurosos, ya recomendados en el siglo II, son igualmente vasodilatadores por probable producción de ácido adenílico, con una acción antiesclerosa y resolutiva sobre los epitelios. Termina el capítulo extendiéndose en propiedades, técnicas, indicaciones y balnearios más importantes en España.

El capítulo séptimo trata de las aguas cloruradosódicas, refiriéndose a las contraindicaciones, en gastrópatas, renales con nefritis y esclerosis, y en los eczemas generalizados. El capítulo octavo comprende las aguas alcalinas, que, ingeridas con la comida, excitan la secreción gástrica, disminuyendo la colesterina y rebajando la hipertensión portal. El capítulo noveno es el de las aguas ferruginosas, y el décimo, el de las radiactivas, muy indicadas en afecciones espasmódicas del aparato respiratorio. Salvo las descompensaciones pronunciadas, las oligometálicas mesotermales y radiactivas, pueden aplicarse con beneficio en todas las cardiopatías.

El capítulo XI estudia las oligometálicas, y el XII trata de las técnicas crenoterápicas; la extralimitación acarrea trastornos digestivos, que se confunden a veces con el brote termal, refiriéndose a que los movimientos peristálticos intestinales se estimulan con el agua fría y se inhiben con la caliente. Tratando de la absorción de metaloides en las cámaras de inhalaciones, cita cómo los animales de experimentación en ellas metidos tenían cinco veces mayor tasa sanguínea que la normal.

El capítulo XIII explica el valor de la fuerza ascensional en el baño, según la composición química, y cómo el pulso se enlentece al final del mismo. El capítulo XIV estudia otras aplicaciones hidroterápicas y de la vía parenteral, de la que en España no se hace uso. Serían precisas investigaciones en un instituto de hidrología, y no en los mismos baños. Comenta las medicaciones concomitantes en terapéutica hidromineral, tal como sucede en Alemania, donde la crenoterapia es una faceta más de las varias que comprende el tratamiento del enfermo. Los latinos apartan casi siempre todo otro tratamiento que no sea el propio termal en el balneario, donde llegan enfermos «yatrogénicos» intoxicados, aceptando únicamente la terapia física, admitiéndose, por ejemplo, un tratamiento antihipertensivo, sedantes, etc., junto al hidromineral.

El capítulo XV comprende la cura termal y sus normas, momento de la cura, cuidados previos, número de aplicaciones, cuidado consecutivo al tratamiento hidromineral, y cómo se concebía la cuarentena.

El capítulo XVI trata del criterio clínico en posología hidromineral. No hay arte más sutil, en la dirección de un establecimiento, que el de la posología en las curas hidropínicas y el de las técnicas crenoterápicas en general. Hay que evitar los enormes dislates de los agüistas e individualizar el tratamiento. Habla de cómo emplea las aguas de Lanjarón.

El capítulo XVII estudia las crisis termales. No todas las reacciones morbosas balnearias son debidas a la crisis termal, que se considera demostrativa de que la balneoterapia tiene un carácter activador del protoplasma. No perseguimos hoy el estallido de la crisis, que antaño se estimaba como imprescindible, y las crisis hepatorrenales nada tienen que ver con las termales. Indica cautela en los reumatismos subagudos, donde las crisis son más frecuentes, y vio crisis termales en asmáticos, que tuvieron que suspender las inhalaciones. La crisis termal debe ser abortada rápidamente. Extensamente expone la crisis climática, que es la saturación o fatiga climática.

El capítulo XVIII explica que en las aguas «todo es función higiénica, profiláctica o preventiva de los sucesivos procesos que todo trastorno metabólico o funcional acarrea a la postre», por lo que la terapia de los cronicismos es realmente eficaz cuanto con ella, más que terapéutica, es higiene lo que se hace. Repite en la página 247 el mismo concepto que leíamos a propósito de la gran empresa del fortalecimiento de la raza que se puede hacer con la misión de los hidrólogos en los balnearios, escrito por el fallecido doctor Martínez Vargas, creador de la Pediatría española y que dejó de su puño y letra en el libro de oro del balneario de Tiermas. Las aguas oligometálicas, de suave actuación sobre focos inflamatorios de las serosas cardíacas y articulares, evitando implantaciones anatómicas, tienen una función higiénica, siendo la crenoterapia un arma eficaz para médicos y enfermos en lucha antirreumática. Tal puede decirse también de las enfermedades cutáneas. El Estado debiera abaratar la venta del agua de bebida mineromedicinal, impidiendo que tal riqueza se pierda.

El capítulo XIX habla de las fronteras entre la terapéutica general y la hidrológica. Vemos datos de balnearios alemanes con una concurrencia de seis millones de bañistas, frente a tres millones en Francia, a principios de siglo, y Esllones en Francia, a principios de siglo, y España, que tuvo 85.000 en 1951. La importancia terapéutica de las aguas es colosal, conceptuadas como «vitaminas naturales» por la acción anabólica de sus infinitamente pequeños. Una frontera que no puede franquear la crenoterapia es la de las infecciones. En el campo digestivo es donde la crenoterapia se lleva la palma, por sus efectos maravillosos. En este capítulo se aclara con precisión dónde, en el campo de las enfermedades renales, está permitida la medicación hidromineral. El hidrólogo está en perfecta comunión siempre con la clínica médica.

El capítulo XX trata de la jerarquía de la clínica balnearia en la evolución de la Hidrología médica. No niega valor a los trabajos de Vilaret (Hidrología experimental), pero la experimentación en animales no ha obtenido resultados de aplicación humana. Las pruebas del metabolismo de Labe valen más que toda la experimentación animal. Expone que la hidrología médica ha de ser fruto de la experiencia, «experiencial más que experimental». No se debe abandonar la hidrología clínica nacional por la experimental extranjera. Repite lo de Marañón, que se alarmaba de lo poco que a la juventud le interesaba el hombre enfermo, y tanto, lo que puede pasar en un experimento a los conejos y a las ratas. La Medicina no adelantará con gentes manuales exentas de preocupación creadora. Una cosa es ser experimentador, y otra médico.

El capítulo XXI trata de la climatología médica. Leemos con interés los datos del aire de París, con cinco mil gérmenes por metro cúbico, frente al del campo, con trescientos; y la opinión de Rodríguez Pinilla, de la diferente alma de los hombres de la llanura y los del campo.

El capítulo XXII estudia los efectos biológicos de los factores climáticos, y el XXIII, la meteoropatología y acciones patológicas de los factores climáticos. Se refiere a la mezquindad de vitamina D en la alimentación actual. También a que la absorción de protones, fotones y electrones que se combinan con los tejidos, y la opinión de Vincent sobre la influencia de los rayos ultravioleta de los baños de sol en el desarrollo de una infección larvada tuberculosa, poniéndola en marcha. Revisa la acción de la humedad de la presión barométrica. Un extenso estudio de la acción de los vientos queda expuesto. A propósito de los climas patógenos, concreta que en Londres hay por cada cien kilómetros un depósito de más de once mil toneladas de materias sólidas. La hipersensibilidad climática en los niños disérgicos se normaliza con los tratamientos hidroclimáticos. El predominio vagotónico de la noche explica las crisis nocturnas de tantos síndromes, y la angustia

cede al amanecer después de una noche de gravedad. Sobre la influencia de los períodos solares trae opiniones de diversos médicos extranjeros. El capítulo XXIII es el de la clasificación de los climas, fisiología climática, clima de altura, potencia de evaporación, clima litoral meridional y clima tropical o ecuatorial.

Trata el capítulo XXIV de climatoterapia, helioterapia y talasoterapia. Recuerda, a propósito del clima marino, que «vivir en tierra es reposo; vivir en el mar es un combate vivificador para quien puede soportarlo», haciendo indicaciones del clima del mar, que curaba las enfermedades de los hombres desde la antigüedad. Helioterapia y talasoterapia y cura de aire vienen luego tratadas, terapéutica tan antigua como la Humanidad, pero siempre en vigencia; y el clima de los bosques, de acción sedante.

El capítulo XXV trata de la cura crenoclimática en gastroenterología. Muy indicado lo que dice a propósito de las dispepsias nerviosas y su tratamiento hidrológico. Un mismo enfermo, leemos, cura en un balneario y no en otro de indicaciones similares, pero cuyo matiz diferencial no ha sido debidamente justipreciado y aplicado.

El capítulo XXVI trata de las hepatocolecistopatías y su crenoclimatoterapia, el de los mejores éxitos de la crenoterapia, en la que las aguas son tan maravillosas que hizo decir a Boas que miraba con compasión los otros métodos de tratamiento tradicional. Leeremos que en el operado de vesícula se ha hecho más preciso y necesario su tratamiento hidromineral. Expone los experimentos de Billard. Comenta la modificación del pH por las aguas en el tratamiento de la litiasis biliar, e insiste en la oposición entre lo experimental en hidrología y lo que la clínica muestra. El tratamiento en Lanjarón, la metódica del doctor Ayuso queda expuesta claramente en este capítulo. El hígado colonial, su tratamiento es expuesto más adelante. Sobre las colecistitis supuradas expone ideas de otros profesores y de las indicaciones límites de la crenoterapia. Se impondrá una tónica que oscile entre las características peculiares del manantial y el complejo sindrómico del enfermo. No es aconsejable clima excitante en estos enfermos.

El capítulo XXVII está magistralmente expuesto, por ser, a nuestro juicio, el más delicado: el tratamiento de las afecciones cardiovasculares con la crenoterapia. Se refiere a la actuación de los hidrólogos rusos por medio de las aguas sulfurosas, tal como ya anteriormente se opinaba. Expone la reacción hiperémica de Mazesta. Más adelante leeremos su opinión de que el K es un cuerpo radiactivo y la acción sobre el automatismo cardíaco de la radiactividad. No quiere decirse que cuando en un agua oligometálica no puede explicarse su acción lo achaquemos siempre a la radiactividad. Los efectos de la terapia de las aguas de Tiermas (doctor Alvarez Cienfuegos), y las suyas en Molinar, sobre el tratamiento de determinadas cardiopatías, quedan expuestos. El capítulo del tratamiento crenoterápico de la hipertensión es convincente.

El capítulo XXVIII trata de la terapia crenoclimática en dermatología, que también está magistralmente expuesto. Se refiere a casos maravillosos de curación, como el presenciado en las Termas de Martos. Curioso lo que dice de las dermopatías y la vida en la ciudad.

El capítulo XXIX es el referente a la crenoterapia de la gota, la enfermedad del Hipócrates inglés, y las llamadas formas viscerales de la gota. El ácido úrico endógeno y exógeno, su metabolismo, quedan descritos y admite cierta afinidad de esta enfermedad con el asma bronquial, a pesar de que las afinidades del aparato respiratorio con la gota no son claras.

El capítulo XXX está dedicado a la obesidad, enfermedad que produce pacientes demasiado llenos de hematíes, de colesterol y de ácido úrico. Explica al final los fundamentos de la crenoterapia de los diabéticos.

El capítulo XXXI estudia la litiasis renal y la cura de diuresis. Coloides protectores e hidrófobos tienen parte en el desencadenamiento de la litiasis renal. Inmunidades raciales relativas, avitaminosis A, la miseria, la mayor turbidez de orina en las emociones, la hipercalciuria, la infección, el pH, etc., se estudian como causa de la litiasis. Hay enfermos litiásicos que no son gotosos. El azúcar es fuente principal de la oxaluria, describiendo la litiasis fosfática y cistínica. La cura termal tiende a no ser sólo cura de arrastre, sino modificante del terreno. Explica con detalle cómo hace la cura de la diuresis.

El capítulo XXXII es el de la crenoterapia de las nefropatías, indicando que las aguas hipertermales de poca mineralización están indicadas. No se debe pretender abrir un riñón cuya cura de diuresis de prueba fue desfavorable.

El capítulo XXXIII expone el tratamiento hidromineral de las afecciones respiratorias no tuberculosas, escrito con singular maestría. El XXXIV es el del tratamiento crenoterápico del reumatismo, no superado aún por ninguna otra terapia. Separa artritis de artrosis, y aun los casos subagudos, como propugnaron algunos hidrólogos españoles, se tratan aceptando la clasificación de Vilaret y Becazón. Las técnicas de tratamiento y las fuentes vienen expuestas.

El capítulo XXXV explica lo que la infancia espera de la terapéutica crenoclimática donde los niños tienen posibilidades de «escapar de su herencia» por acción de las aguas sobre el terreno, y su acción en la madre embarazada o en los padres antes de la concepción.

El capítulo XXXVI trata de la crenoterapia en Ginecología, porque superados los procesos ginecológicos por la medicación antibiótica y hormonal, una cura crenoclimática completa la curación. Abarca este capítulo los trastornos de la menstruación, las leucorreas, la metritis crónica, la anexitis crónica, los fibromas, el prurito vulvar. Pueden usarse las aguas durante la gestación, y su acción es profiláctica prenatalmente. Es preciso solamente prudencia posológica y correcta técnica balneoterápica, que, como queda dicho, completa la otra medicación moderna actual.

El capítulo XXXVII trata de las enfermedades neuropsíquicas y las aguas minerales. Neuralgias, neuritis, hemiplejías, por favorecer la actividad orgánica, reabsorbiendo el derrame y estimulando los músculos paralizados; también el tratamiento de paraplejías, psicóticos, psiconeurosis y neuróticos se beneficiarán de la medicación hidrológica sedante de las aguas oligometálicas. Capítulo perfectamente descrito.

El capítulo XXXVIII trata de las afecciones quirúrgicas y tratamiento hidromineral; método terapéutico conocido ya desde la antigüedad y que tendrá un gran desarrollo, porque la terapia crenoterápica será el mejor ayudante del médico de rehabilitación y recuperación funcional muscular, ósea y nerviosa.

El capítulo XXXIX trata de la asistencia social balnearia, lo que podrá hacer o lo que deberá hacerse para que los tratamientos hidroclimáticos lleguen a los económicamente débiles, como es justo que así suceda, exponiendo lo que se hace en el extranjero y finalizando con un resumen atinado de cinco puntos en esta materia.

El capítulo XL comenta ideas en relación con el mejoramiento de la explotación balnearia en España, fruto de una larga meditación del tema por su autor. Es frecuente que los reunidos en congresos no tengan la debida experiencia y que

a la hora de proponer remedios a nuestros males, por el desconocimiento absoluto del tema para el que se reúnen, limítanse a improvisar sobre la marcha de la reunión, con graves perjuicios para la solución de los problemas nacionales. Hay que ir a estas reuniones y congresos con ideas básicas meditadas, no sólo por lo que en el futuro se referirá a la propiedad balnearia, sino a nuestro Cuerpo Médico de Baños, para, entre unos y otros, engrandecer la Hidrología española. Lo escrito en este capítulo por el doctor García Ayuso podrá ser en el futuro ancho camino para el logro de las aspiraciones por una renovación y perfección del actual sistema balneario español en sus diferentes facetas. ¿Quién mejor puede aconsejar que el que dedicó su vida entera a estos afanes? Es verdad que resulta inadmisible que en un balneario no se pueda hacer un recuento o una velocidad, ver un enfermo a rayos X o un electrocardiograma o realizar una investigación de proteínas para que el médico, al pie del manantial, sin molestar para nada al enfermo, investigue las modificaciones más profundas del enfermo al compás del tratamiento hidromineral, hoy en día, en que todos estos aparatos, no alcanzando las cien mil pesetas de valor, pueden estar al alcance de los propietarios de las aguas, o que fueran propiedad del Estado español, y a su beneficio irían las exploraciones.

El capítulo XLI dice que los médicos de los baños deben ser «especialistas en terapia hidrológica; no patólogos, sino terapeutas», como fundamento de su existencia e imprescindible necesidad en el futuro. Hace historia del actual Cuerpo de médicos de aguas mineromedicinales e inspectores de establecimientos balnearios desde su creación, por Fernando VII (antiguos médicos de baños), hasta nuestros días, en el que se ingresó por oposición y por especialidades, siempre requisito el tener aprobadas las asignaturas de Hidrología médica y de análisis químico, que había que estudiar en el último año de Farmacia, en su Facultad de Madrid. El médico de baños debe ser un clínico, y como la ciencia médica no está conclusa, sino abierta a continua evolución y perfeccionamiento, será a los médicos hidrólogos a quienes con preferencia compete su perfeccionamiento. Finaliza con un estudio de los derechos de los médicos directores.

En el capítulo XLII trata de la crenoclimatología especial española y de sus regiones hidrológicas, resumiendo apuntes de la legislación balnearia en España y clasificando hidrológicamente los manantiales españoles en el capítulo XLIII. El último capítulo trata de la crenoterapia extranjera, y en el apéndice final, el estudio analítico de las aguas minerales.

En resumen, un libro que refleja la labor extraordinaria de su autor y que honra a la Hidrología española. Todos los médicos del Cuerpo de Baños agradecemos al doctor García Ayuso que en el magnífico libro que acaba de publicar haya recordado nuestros modestos trabajos. Felicitamos a la casa «Científico-Médica Española» por la correctísima edición, augurándole un éxito publicitario. Sin duda, para los futuros estudiantes de esta especialidad, el libro que comentamos será durante muchos años el texto obligatorio de estudio en España e Iberoamérica.

Dirección: Baltasar Gracián, 3. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963

LIBROS

AUTORES NACIONALES

FISIOLOGÍA HUMANA, *por los doctores* AUGUSTO *y* SANTIAGO PI SUÑER. *Dos volúmenes (17'5 por 25 cm.) con un total de 1.746 páginas y 503 figuras; encuadernados en tela Editorial Paz Montalvo, Madrid. 1962.*

Dos antiguos maestros de la Universidad española, desplazados en Sudamérica durante largos años por motivos ideológicos, nos ofrecen hoy, como fruto y culminación de su larga y dilatada labor didáctica, un excelente «Tratado de Fisiología» en el que resumen toda su notable experiencia en esta básica y fundamental disciplina para la formación del médico y del biólogo.

Al hojear sus páginas y consultar algunos de sus capítulos no podemos por menos de evocar otro tiempo pasado en aquella cátedra de nuestra Facultad, en donde la figura de don Santiago Pi Suñer, siempre atildado, pulcro y correctísimo, nos dictaba sus lecciones y reproducía en el encerado esquemas, fórmulas y aplicaciones, desarrollando ante nosotros, que atentamente le seguíamos, toda la gama de experimentos y manifestaciones que señalaban el paso de la vieja y rutinaria fisiología de antaño con su mecánica de aparatos, al magnífico campo actual de conocimientos, que sirven de indicación a la fisiopatología moderna, al presente en pleno desarrollo. Su intensa labor, bien secundada entonces por Antonio Oriol Anguera, Jesús Villar Salinas, Olivares, Alloza y otros muchos, dejó en nuestra promoción una huella firme y un recuerdo provechoso de su actuación magistral, que hoy vuelve a avivarse al revisar los capítulos de este amplio y magnífico tratado de los maestros catalanes, que tenemos en nuestras manos y que servirá de provechosa enseñanza a las nuevas generaciones.

La obra a que nos referimos está dividida en dos tomos. Se inicia el *primero* con unos «Preliminares» en los que se estudian la estructura y dinámica celular, las funciones de nutrición, la excitabilidad, los potenciales bioeléctricos, las funciones de la fibra nerviosa y muscular y las de la célula secretora.

A continuación se estudian las funciones de nutrición, iniciando la exposición con la función digestiva en general y en sus distintos tramos, siguiendo después con la respiración; las propiedades generales y particulares de la sangre y de los procesos de la coagulación; el ciclo de la circulación, con la dinámica cardíaca, las propiedades de su fibra y el estudio de las circulaciones locales; terminando con la homeostasis renal, incluyendo aquí el metabolismo del agua, el equilibrio de electrólitos y la secreción urinaria.

La parte tercera va íntegramente dedicada a la bioenergética animal: metabolismo celular, calorimetría, ejercicio muscular y recambio energético, finalizando con el estudio de la temperatura orgánica, su regulación física y química, la secreción sudoral y la descripción de los centros termorreguladores y su función.

El *tomo segundo* se inicia con la exposición de las funciones de las distintas glándulas endocrinas, continuando después con una amplia descripción de las actividades del sistema nervioso central, reflejos, electroencefalografía y aspectos bioquímicos de la actividad cerebral y del sistema neurovegetativo.

Seguidamente dedican su parte sexta a la fisiología de los órganos de los sentidos, estudiando en ellas los distintos tipos de receptores y localización de sensaciones, continuando con el de la visión, audición y lenguaje oral, sensibilidad cutánea y mucosa, y la descripción de la sensibilidad química: sensibilidad gustativa y olfatoria.

La séptima parte va íntegramente dedicada a las funciones de reproducción: masculina y femenina, con el estudio de sus órganos, hormonas y mecanismos neurofisiológicos, y terminando con las manifestaciones de embarazo, lactancia y desarrollo somático.

En la parte final de la obra se hace una completa y breve síntesis de la unidad funcional, describiendo cómo la adecuada sinergia funcional de todos los órganos muestra que todo organismo es esencialmente una unidad biológica, y establecen un parangón entre la fisiología de ayer y la de hoy.

Los autores, reputados maestros, muestran plenamente su acierto al dar —en la cumbre de su labor pedagógica— una visión integral de lo que es la Fisiología, con una esquematización escueta y un lenguaje claro, breve y sencillo, que permite fijar y aprovechar bien los conceptos expuestos, asimilando lo fundamental para poder comprender más tarde todo el valor de las manifestaciones de la clínica. En este aspecto, la obra constituye un magnífico exponente de los conocimientos de la fisiología actual, estando escrita con soltura y a tono con el criterio de estudiantes y médicos, que encontrarán en ella la más autorizada fuente de información.

Editorial Paz Montalvo ha editado esta amplísima obra con toda escrupulosidad, dando digno marco a tan excelente contenido.—RICARDO HORNO LIRIA.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DOCTOR PRÁXEDES BAÑARES ZARZOSA, *por la Real Academia de Medicina del Distrito de Santa Cruz de Tenerife (islas Canarias). Santa Cruz de Tenerife, 1962.*

SE trata de la publicación número 41 del Instituto «Tomás Cerviá», de Fisiología y Patología Regionales, de Tenerife. Obra de 56 páginas, tamaño 21'5 por 15'5 centímetros, bien editada y en buena clase de papel.

Consta de una introducción del Secretario general de la Real Academia, doctor D. Guigou, y los siguientes trabajos:

«Valor de las pruebas de función renal», por el doctor Bañares Baudet (Madrid); «Tratamiento actual de las estenosis ureterales tuberculosas», por el doctor Gómez Ullate (Tenerife); «Etiopatogenia de las litiasis renales», por el profesor L. Cifuentes (Madrid); «Consideraciones sobre un caso de nefrectomía parcial en riñón único tuberculoso», por el doctor J. Ponce (Las Palmas de Gran Canaria), y «Comentario sobre dos tumores abdominales concomitantes», por el doctor Alfonso de la Peña, catedrático de Urología de Madrid.

Finaliza con una excelente oración del académico de número y Presidente del Colegio de Médicos de la provincia de Tenerife, prestigioso jefe de Sanidad Militar y excelente orador, doctor Manuel Parejo.

Es una buena obra merecidamente dedicada a la memoria del que fue Vicepresidente de la Real Academia, hombre afable, buen compañero, competente médico y especialista de urología y prestigioso jefe de Sanidad Militar, a quien tuvimos el honor de conocer durante nuestra estancia en aquellas islas.—J. RIVERA.

BOLETÍN SUPLEMENTARIO DEL «DEDEF», *segundo y tercero trimestres de 1962.*

SE trata de dos volúmenes en su habitual formato, que recogen las modificaciones habidas en medicamentos y laboratorios en estos dos trimestres.

Se componen de las secciones que son ya costumbre en esta publicación, dedicadas a reseñar y clasificar nuevos medicamentos, dar cuenta de los suprimidos y algunas informaciones referentes a bibliografía, congresos, noticias y algunos artículos.

Siguen anunciando la nueva edición, mucho más práctica y útil que las precedentes y —dato interesante— de mucha mayor permanencia, lo que la hará mucho más eficaz y apreciada.

El número correspondiente al segundo trimestre consta de 144 páginas, y el del tercero, de 200.—J. RIVERA.

AUTORES EXTRANJEROS

ATLAS DE RÖNTGENOGRAFÍA PEDIÁTRICA, *por los doctores* M. A. LASSRICH, R. PRÉVOT y K. H. SCHÄFER. *Traducción española revisada por el doctor* SANTIAGO VILAHUR. *Un volumen (28 por 20 cm.) de 333 páginas, con 700 ilustraciones; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1962.*

APARTE de unas obras extranjeras, no conocemos ningún atlas radiográfico pediátrico traducido al español; por ello hemos recibido con agrado este libro y lo hemos revisado con verdadero interés, ya que viene a llenar el hueco que con frecuencia encontramos los pediatras de libros para el estudio e interpretación de röntgenogramas.

Se comentan en este trabajo cerca de setecientas radiografías proporcionadas por eminentes profesores, seleccionando las afecciones más comunes en la infancia, muchas de ellas con diseños y todas con historia clínica resumida que facilita la interpretación de la radiografía.

De las tres partes de que consta el libro, la primera está dedicada al estudio de los

órganos del tórax, röntgenograma normal y patológico del tórax, corazón y grandes vasos. La segunda se refiere a los órganos del abdomen, tubo digestivo, vesícula y conductos biliares, riñones, vías, vejiga urinaria y glándulas suprarrenales. En la tercera parte, sistema óseo, se presentan magníficas radiografías de cráneo, columna vertebral, esqueleto del tórax, pelvis y articulación coxo-femoral, huesos de las extremidades, articulaciones y partes blandas.

Algunos pormenores que se explican al principio de cada uno de estos tres capítulos nos señalan medidas de protección contra los rayos, indicaciones, medios de contraste y técnicas usadas de gran utilidad para la práctica de las radiografías.

Esta cuidadosa selección de las afecciones más típicas, la claridad de las imágenes junto a las modernas técnicas usadas y el provechoso comentario clínico que de las radiografías se hace, nos lleva a considerar este libro como un excelente texto de consulta que no debe de faltar en la biblioteca del pediatra y del radiólogo.

La impecable edición del libro, como es costumbre de la Editorial Labor, hace que admiremos tanto como el contenido su difícil y cuidada presentación, por lo que una vez más felicitamos a la prestigiosa firma Labor y al doctor Vilahur por su excelente traducción al castellano, por este nuevo alarde editorial que constituye el «Atlas de röntgenografía pediátrica».—ROS LAVÍN.

NOTIONS DE RADIOBIOLOGIE, *por el doctor* HENRY ROUX. *Un vol. (17 por 22 cm.) de 175 páginas, con 38 figuras. Precio: 25 N. F. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París. 1960.*

LA aparición de un libro de radiobiología es siempre un suceso. Y por eso mismo su juicio, tras la lectura, su comentario crítico, es algo que requiere cierta espera, para que esa eficaz aquilatara que es el tiempo nos deje ver la medular realidad de los libros fundamentales.

Por ello que, cuando 1962 está tocando a su fin, comentemos este libro que apareció a mediados del 60, porque creemos que dos años es tiempo suficiente para decantar nuestro juicio inicial.

Nos encontramos ante uno de los mejores libros mundiales sobre radiobiología. Y, como ocurre con los grandes libros, con todos los que están construídos con sentido y materiales duraderos, nuestro afecto por éste ha ido en aumento conforme pasaban los meses, admirando cada día más el criterio que el autor se impuso, su pedagógica arquitectura y su redacción feliz.

El título del libro, «Notions», es realmente modesto. Es un auténtico «Precis» en donde nada falta para darle al lector un cuerpo de doctrina radiogiológica.

La intención del profesor de Física Médica de la Universidad de Aix-Marsella es ofrecer al estudiante, al médico y al radiólogo general una idea precisa y breve, pero completa, de todas las nociones de radiobiología que puedan serles necesarias. Su esquema constructivo está pensado con todo rigor. Dedica los primeros capítulos al estudio del átomo, de la molécula y de las transformaciones en ellos producidas por las radiaciones ionizantes; a la radioquímica y a la dosimetría de las radiaciones, para pasar finalmente a tratar la acción biológica de las radiaciones ionizantes. El libro termina con un admirable capítulo dedicado a los daños de las radiaciones ionizantes y a las dosis máximas admisibles.

La redacción de todos y cada uno de estos capítulos se encuentra en ese punto justo de didáctica clarísima, sin perder un ápice de precisa rigurosidad, sin que nada le sobre ni nada le falte. Ciertos argumentos, por mejor conocidos siempre difíciles de exponer, como la dosimetría de las radiaciones, son presentados de tal forma, que uno no concibe exponerlos en adelante de forma distinta a la de Henry Roux, a través de las mismas etapas mentales y con su mismo vocabulario jugoso y sugestivo. Lo mismo puede decirse para tantas otras cuestiones tratadas en este libro. El lector que quiera asegurarse de lo que digo, puede leer la página 129, página ejemplar de este libro también ejemplar.

En nuestra lengua no disponemos de ningún libro de radiobiología, ni original ni traducido. Si bien la prestigiosa editorial zaragozana «Acribia» anda en la traducción del libro de Bacq y Alexander, éste presenta unas características distintas en cuanto a extensión y función. Por todo ello, su traducción supondría para los radiólogos de España e Iberoamérica un gran beneficio, porque en él encontrarían, a buen seguro, su epítome de radiobiología que terminarían llamando «el Roux», como nombramos familiarmente a los libros que amamos, anteponiéndoles el artículo determinado, de la misma forma que decimos «el Testut» o «el Domarus».—SOLSONA.

LES DOULEURS ABDOMINALES, *por el doctor* HENRI VANNIER. *Un vol. (18 por 13'5 cm.) de 109 páginas; rústica. G. Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon, París. 1962.*

CONSTITUYE la presente publicación una monografía terapéutica de los trabajos del Centro Homeopático de Francia, publi-

cados bajo la dirección del doctor León Vannier.

Esta obra, no obstante su reducido volumen —casi puede calificarse como una «Terapéutica de bolsillo»—, es bastante ambiciosa, pues bajo el común denominador de «dolores abdominales» comprende: dolores de la pared abdominal, celulitis, celialgias, meteorismo, dolores gástricos, formas dolorosas de la úlcera gastroduodenal, cólico hepático, dolores hepatoxesiculares, hepatobiliares, colecistitis aguda, cólicos intestinales, disenterías agudas y cólicos nefríticos.

Describe los remedios que pueden aplicarse en cada caso y según el momento de la evolución del dolor

También puede tener interés especial el que en algunos cuadros dolorosos orienta hacia posibles concatenaciones etiológicas, que pueden ilustrar al clínico.

Pero, sobre todo, lo que da marcado carácter a esta publicación es la gran cantidad de remedios que pueden ser empleados, lo que da una faceta muy interesante por el recordatorio que esto significa, y que pueden ser de utilidad en la práctica.

En la presentación, la casa editoria sigue la norma empleada en estas publicaciones, que ya se acercan a la decena y que deben ser recibidas con el mayor agrado.—M. Vicente Carceller.

ABRÉGÉ DE PSYCHIATRIE, *por el doctor* Th. Spoerri. *Traducción francesa de* P. A. Chatagnon *y* C. Chatagnon. *Un volumen (12 por 17 cm.) de 198 páginas. G. Doin et Cie., Editeurs. 8, place de l'Odeon, París. 1962.*

Resulta dificilísimo en formato de bolsillo, con menos de 200 páginas, resumir la totalidad de las alteraciones y enfermedades mentales, compendiar notas sobre la legislación relacionable con los enfermos mentales en diversos países, sus conflictos con las leyes, su capacidad para testar y consignación de las normas para su exploración y esquemas terapéuticos. Sin embargo, todo esto lo consigue el psiquíatra alemán doctor Sporrei en una especie de breviario, traducido al francés por los reputados especialistas galos doctores Chatagnon, y, lo que resulta más admirable y elogiable, manifiestan estos últimos, en su prólogo, que han emprendido la tarea de la traducción por espíritu de cooperación en la formación a una integración intelectual europea.

El libro resultará utilísimo para los estudiantes de Medicina y médicos con ejercicio profesional no dedicados, o con formación insuficiente, a las cuestiones psiquiátricas. En forma rápida encontrarán el significado, el equivalente, de cualquier concepto o término oscuro que no comprendan, relacionable con las disciplinas psiquiátricas. Orientado además el libro, aparte de su sentido didáctico, con vistas al práctico, encontrará quien lo consulte rápidamente las pautas a seguir en determinado enfermo, cuyo diagnóstico podrá efectuarlo con comodidad y en un mínimo de tiempo, pues en este compendio se consignan de un modo preferente aquellos síntomas y riesgos que caracterizan los cuadros clínicos, para continuar orientando sobre el pronóstico, conducta a seguir y terapéutica.

Obra puesta al día, pudiera definirse como una serie de aciertos repetidos; pulcramente editada por la universalmente afamada editorial parisina G. Doin y Compañía. Sería interesante que pudiéramos obtener una versión en lengua española, contribuyendo también de esa forma a la ligazón de nuestra cultura con la francesa y alemana, en ansias de contribuir a la estructuración de esos estados supranacionales, cuya primera meta todo indica sea la confederación europea de países.—Luis del Campo.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE, *por Jean Quenu. Fascículo 19. Un vol. (18 por 25'5 cm.) de 295 páginas, con 251 figuras, rústica. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. Paris VI, 1962.*

Siete trabajos se recogen en el fascículo diecinueve de esta ya veterana y valiosa colección. Sus títulos y autores son los siguientes:

«Tiroidectomía total por cáncer», Claude Dubost.

«Tratamiento de una fístula duodeno-colocutánea post-gastrectomía», Jean Moreaux.

«Rectopexia discal por prolapso rectal», Francois Dubois.

«Anastomosis colecisto-duodenal por cáncer de la cabeza del páncreas», Georges Thomeret.

«Abordaje directo de un mal de Pott lumbar con injerto *in situ*», Jean Mathieu.

«Nefrectomía izquierda por cáncer por vía abdomino-transperitoneal», Louis Duenu.

«Artroplastia de rodilla», Robert Judet.

Dos de estos trabajos nos cumple destacar del conjunto. No porque los juzguemos más interesantes, ya que todos reúnen características análogas, sino por preferencias de tipo personal.

Uno es el tratamiento del Pott lumbar por abordaje directo del foco. Y el otro, el de artroplastia de rodilla.

Por lo que hace al primero, se encuentra en línea con la más pura ortodoxia de la actual cirugía ortopédica. Y la observación objeto de esta publicación se refiere a un hombre de setenta y cuatro años que, aunque fallecido al mes, de una embolia pulmonar, pone de manifiesto el valor del abordaje directo.

En cuanto al segundo trabajo destacado, la intervención representada corresponde a una anquilosis ósea de rodilla, sin participación de la rótula. Magníficamente ilustrada, como es norma en todos los trabajos de esta colección, pone bien de manifiesto las dificultades técnicas de la misma.

La presentación tipográfica, tan buena como siempre.—Seral.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE, *por Jean Quenu. Fascículo 20. Un vol. (18 por 26'5 cm.) de 284 páginas, con 234 figuras, rústica. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. Paris VI, 1962.*

Los títulos y autores de los siete trabajos que aparecen con este fascículo, son los siguientes:

«Comisurotomía mitral», Christian Cabrol.

«Pleurectomía parietal por neumotórax idiopático», Claude Dubost.

«Operación de Heller por megaesófago idiopático», Jean Loygne.

«Hepático-yeyunostomía en Y», Claude Dubost.

«Injerto de la bifurcación aórtica por arteritis crónicas de los miembros inferiores», Geoges Thomerst.

«Cura operatoria de un gran divertículo vesical», Louis Quenu.

«Cura operatoria de las luxaciones tarsometatarsianas por reducción y artrodesis», Paul Padovani.

El interés que ofrecen todos y cada uno de los trabajos publicados se denuncia ya con la sola enunciación de los títulos y de los autores.

La tradición y el prestigio de la colección se mantienen. Y sobre todo, la característica de la diversidad de los asuntos tratados en cada fascículo. Esto le da variedad, cierto. Es decir, aumenta teóricamente el número de los interesados potenciales en la publicación. Pero represnta, a nuestro entender, un factor negativo. El de que por esta diversidad de trabajos, pueda interesar al lector tan sólo uno de ellos.

Como el director de la N. P. C. I. desea saber e invita a que opinen los lectores, expongo sinceramente esta opinión. Y sugiero también que se estudie la conveniencia de dedicar cada fascículo a una especialidad determinada, con los temas más de actualidad. Cada número de éstos dedicados a una sola especialidad, interesarían naturalmente a menor número de lectores. Pero a buen seguro que constituirían obras de un valor superlativo para los interesados en cada especialidad. Y que serían de un aprovechamiento integral.

Por lo que hace a este fascículo que analizamos, las características de bondad e interés general de sus trabajos, se mantienen al nivel de siempre: en su fondo y en su forma.—Seral.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963
REVISTAS

EXTRANJERAS

MEDICINA

INK, J., y otros. — «GRIPE O INFLUENZA. LOS PROCESOS CATARRALES INVERNALES.» *«La Semana Médica», t. 121, n.º 10, págs. 420-462, 1 agosto 1962. Buenos Aires.*

SE trata de un número monográfico dedicado a estas afecciones. Son procesos que dan un cuadro clínico muy semejante y que en muchos aspectos revisten gran importancia.

En un primer trabajo exponen la etiología y fisiopatología, llegando a la conclusión de que son numerosas las causas y se debe agudizar el sentido crítico clínico y las investigaciones inmunobacteriológicas y epidemiológicas, a los fines terapéuticos y profilácticos.

En un segundo trabajo, dedicado a la clínica y diagnóstico, destacan la existencia de un síndrome común que denominan síndrome catarral de las vías respiratorias superiores, y establecen las dificultades diagnósticas, tratando de hacer sobresalir algunos elementos diferenciales.

Dedican un tercer trabajo a dar una idea general de las complicaciones, y un cuarto a las de tipo neurológico, señalando que cualquiera de estas afecciones puede producir una localización encefalítica que puede manifestarse con escasos síntomas o muchos, incluso ser de aparición súbita y mortal.

Se ocupan seguidamente de la epidemiología y profilaxis, para pasar seguidamente al estudio del tratamiento, que debe ser orientado en un triple aspecto: etiológico, fisiopatológico y sintomático.

En el aspecto etiológico hacen referencia a la gammaglobulina, lisozima, sistema properdínico, alfatocoferol, antihistamínicos, glucocorticoides, antiserotónicos, estimulación de la diuresis, dilución de los catabolitos y acción antitóxica.

En el aspecto fisiopatológico: glucocorticoides, tocoferoles alfa, adrenocorticotrofina, vitaminas (especialmente la C), reposición de líquidos y sales y cuidado de los diferentes órganos y aparatos.

En el sintomático, modificar algunos síntomas que resultan sumamente molestos para el enfermo.—J. RIVERA.

COHEN, A. L. — «ENFERMEDADES HEREDITARIAS EN EL METABOLISMO DE LOS PIGMENTOS. ACTUALIZACIÓN.» *«La Semana Médica», t. 121, n.º 11, págs. 480-490, 2 agosto 1962. Buenos Aires.*

SE consideran las porfirias y hemoglobinopatías.

Referente a las primeras, hace un estudio químico y metabólico de las porfirinas, para pasar después al estudio de la clínica, distinguiendo: la forma congénita, sin tratamiento eficaz; la forma aguda intermitente, hepática, sin tratamiento eficaz; la cutánea tardía, también hepática, propia de personas de edad madura o avanzada, y teniendo como causa primera el abuso de alcohol.

Referente a las hemoglobinopatías, describe la metahemoglobinemia congénita, las talasemias (anemia de Cooley y drepanocitosis) y otras de menor importancia o frecuencia.—J. RIVERA.

DUARTE-SANTOS, L. A. (Coimbra).—«AUTOPSIA MÉDICO-LEGAL.» *«O Medico», n.º 580, págs. 57-85, octubre 1962. Lisboa.*

EL catedrático de Medicina Legal en la Facultad de Coimbra, Duarte-Santos, en un artículo que dedica a sus coprofesores lusitanos, recoge hasta dieciséis protocolos y conclusiones de diversas autopsias que se dieron en la práctica forense de la vecina nación portuguesa, señalando errores y faltas trascendentes en sus redacciones e interpretaciones, suscitadoras unas veces de dudas y otras de formulamientos absurdos.

Con la experiencia del maestro, precisa cuáles deberían haber sido las deducciones correctas y lo que cabía hacer posteriormente investigando en casos ambiguos, mediante análisis complementarios toxicológicos y de laboratorio.

Se extiende también en consideraciones sobre la necesidad de que quienes periten sean profesionales competentes, previa capacitación y exigencia de pruebas convenientes, recordando célebres frases o aforismos, como aquel de que «una autopsia no puede repetirse». Nos permitimos añadir que en España se ha insistido análogamente sobre estas cuestiones y se halla reflejada esta postura en la legislación vigente, donde a un médico forense sólo y en todos los casos habrá de sustituirle el forense del partido limítrofe, y además la obligatoriedad de realizar los forenses todas las autopsias, debiendo precisar el secretario del Juzgado de primera instancia donde se tramita el sumario las razones por las cuales no actuó el forense, circunstancia que, desgraciadamente, con frecuencia sigue omitiéndose.—LUIS DEL CAMPO.

APARATO CIRCULATORIO

DALLE ORE, G., y BERTONI, L. — «EL SOPLO CAROTÍDEO, NUEVO SIGNO DE INSUFICIENCIA DEL CÍRCULO DE LA CAROTÍDEA INTERNA.» *(Il murmuro carotideo, nuovo segno di insufficienza di circulo della carotida interna.) «Minerva Medica», 50, 74, 2.905. Año 1959. Turín.*

PRESENTAN los autores el estudio clínico de un caso de obstrucción parcial de la carótida interna, con signos neurológicos de déficit del círculo carotídeo, entre cuyos síntomas se anota de manera precoz la existencia de un soplo sistólico a nivel de la bifurcación carotídea, signo que ya fue señalado de gran interés por Crevesse y Longue.

Normalmente se auscultan a nivel del esternocleido mastoideo dos tonos normales producidos en la carótida interna, correspondiendo el primero a la distensión de la pared carotídea por la onda sistólica, y el segundo, a la propagación del chasquido de cierre de las sigmoideas aórticas.

En condiciones patológicas, estos tonos se pueden transformar en soplos, debido a alteraciones de la pared arterial o del flujo de sangre (anemias).

Cuando la luz de la carótida se reduce por depósitos de ateroma, se percibe un soplo sistólico. En una fase más avanzada, cuando la obstrucción es mayor y el círculo colateral a través de la otra carótida se hace insuficiente, el soplo es continuo, sístolodiastólico.

El soplo sistólico carotídeo es, pues, uno de los signos más precoces de insuficiencia del círculo carotídeo, y bien interpretado tiene gran valor diagnóstico e incluso pronóstico, pues nos da idea del estado de obstrucción y de la situación funcional del círculo de colaterales.

Para la correcta interpretación del soplo debe valorarse la amplitud del latido carotídeo a ambos lados, lo mismo que del pulso temporal. Medir la tensión de la arteria central de la retina, practicar el test de compresión de la carótida, con o sin control electroencefalográfico.

La angiocardiografía carotídea, que es la prueba que daría una mayor exactitud diagnóstica, no debe practicarse, a ser posible, por el peligro de que aumente la obstrucción al actuar el contraste sobre una pared arterial parcialmente lesionada.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

INNOCENTI, E. — «SIGNIFICADO, IMPORTANCIA Y LÍMITES DE LA RELACIÓN BETA-ALFA.» *(Significato, importanza e limiti del raporto beta-alfa.) «Minerva Medica», 50, 80, 3.155. 1959. Turín.*

EL cociente beta-alfa se considera por la mayoría de los autores como expresión de la alteración lipídica de tipo ateroesclerosa. Existen, sin embargo, una serie de procesos no ateroesclerosos que cursan con alteraciones de este cociente, como con la diabetes, la nefrosis, el mixedema, la hepatitis, hiperlipemia esencial, etc., como expresión de la alteración general del metabolismo lipídico.

El autor considera que el cociente beta-alfa se alteraría de manera inespecífica en todas las circunstancias patológicas que afecten el metabolismo de las lipoproteínas, por lo que no puede considerarse su modificación como debida siempre a la arteroesclerosis.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

GIUSTI, C. (Pisa). — «CONSIDERACIONES SOBRE LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL.» *(Considerazioni sulle alterazioni electrocardiografiche nell hipertensione arteriosa essenziale.) «Folia Cardiologica», 3, 223. 1960.*

EN las precordiales derechas se hallaron P difásicas (más menos), con fase negativa y descenso lento, hallando en las precordiales izquierdas «P» bimodales o bicúspides. En algunos casos estudiados hace V 6-IIsp., es decir, colocando en el simétrico lugar de la V 6 el electrodo en la espalda, observándose en todo el trazado ondas S de VI a V 6 con R grande de ventrículo izquierdo en V 6-IIsp., con descenso de ST y T negativa positiva.

Para este autor, siguiendo los trabajos ingleses (*Amer. Heart*, 1950) de Schack, estima que la R superior a 13 mm. en AVL, en corazón horizontal del hipertenso, indica

atrofia ventricular izquierda, y si ésta es superior a 19 mm. en a VF, cuando el corazón es vertical, podrá afirmarse otro tanto.

La mayoría de los enfermos (ocho de cada diez) tenían una duración de QRS entre 0'08 y 0'10. Insiste el autor en que la P positiva negativa en V1 y V2 también en D3, mientras que en V4, V5, V6 sean bicúspides, es indicio de hipertrofia ventricular izquierda en el transcurso de la hipertensión.

Es el tiempo que dura de antiguo la enfermedad y a las cifras altas con los que hallaremos mayores alteraciones patológicas del trazado.—SAMITIER.

APARATO DIGESTIVO

ODDONE, I.; DE LA PIERRE, M.; BERTERO, R., y JONA, E. — «PRIMERAS OBSERVACIONES SOBRE LA DUODENOGRAFÍA.» *(Prime osservazione sulla duodenografia.) «Minerva Medica», 50, 100, 4.121. Turín, 1959.*

LA fisiología de los movimientos duodenales no es bien conocida, pues mientras algunos autores niegan la existencia de movimientos peristálticos a ese nivel, pensando que el contenido intestinal progresa en el duodeno de manera pasiva, para otros la actividad contráctil del duodeno sería superponible a la de otros tramos intestinales.

Los autores presentan una técnica de registro de los movimientos duodenales, que si por el momento tiene solamente un interés teórico, es de esperar que su generalización permita aplicar el método al diagnóstico de las condiciones funcionales del duodeno.

La técnica del registro consiste en la introducción de una sonda especial hasta el duodeno, en cuyo extremo figura un balón de goma conectado con un manómetro especial. De esta manera se puede obtener un registro continuo de la actividad contráctil del duodeno.

Comprueban los autores que normalmente existen unas ondas basales rítmicas con una frecuencia de once por minuto y unas presiones de seis a ocho centímetros de agua, con un máximo de catorce centímetros. Estas ondas aparecen espontáneamente o después de la estimulación con colecistocinéticos. Las ondas no tienen ninguna relación con el ritmo respiratorio ni con los movimientos extraintestinales (tos, estornudos, etc.), que pueden recogerse en el trazado en períodos aislados.

Es posible comprobar una variación del tono duodenal por una elevación progresiva de la línea de base hacia los valores positivos, que podría corresponder a otros tipos de ondas señaladas por otros autores.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

COLOMBO, B. — «LA UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DEL METIONÍN METIL SULFATO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y EN LA ÚLCERA GASTRODUODENAL.» *(L'impiego terapeutico del metionin-metil-solfonio nell'insufficienza epatica e nell ulcera gastro duodenale.) «Minerva Medica», 50, 75, 2.944. 1959. Turín.*

A partir de los trabajos de Cheney, que comprobó la existencia en algunos vegetales de la familia de la *brassica olearacea* (coliflor y repollo), de un principio activo capaz de prevenir la úlcera gástrica del cobayo, inducida experimentalmente por la inyección de histamina, se han sucedido los intentos de aislamiento y purificación de este factor conocido como vitamina U, cuya composición hoy se conoce y se utiliza en clínica para la terapéutica de la úlcera gástrica.

El autor ha realizado un trabajo clínico consistente en estudiar la actividad del preparado en una serie de enfermos hepáticos y ulcerosos, con resultados diversos, que comentamos a continuación.

En las hepatitis agudas benignas y en la insuficiencia hepática ligera de origen colecístico, los resultados han sido buenos, con mejoría precoz de los síntomas subjetivos y normalización rápida de las pruebas funcionales.

En las cirrosis hepáticas de cualquier tipo la medicación no mostró ninguna actividad, mejorando subjetivamente dos de los cinco casos estudiados, pero sin que se apreciara ninguna modificación en las pruebas funcionales.

En el grupo de ulcerosos, a los pocos días de tratamiento se obtuvo una neta mejoría de los síntomas clínicos (dolor, náuseas vómitos), apreciándose en un caso la curación radiológica de la úlcera. Lo consideran como un fármaco coadyuvante eficaz, pero no como tratamiento único de la úlcera.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CARDIOLOGÍA

PICONE, F., y BARBERI, I. (Palermo).— «CÁLCULO Y FORMACIÓN DE LOS PERFILES CARDIOVASCULARES FOTORRADIOGRÁFICOS DEL ADULTO NORMAL.» *(Calcolo e formazione dei profili cardio-vasali schermografici del adulto normale.) «Folia Cardiologica», 4, 635. 1960.*

ES de gran interés, en el examen de masas, definir cuándo el corazón está enfermo, como profilaxis precoz de las enfermedades del corazón, ya que a precoz diagnóstico el tratamiento y el pronóstico son más favorables. Los autores, con el fin de facilitar la apreciación del fotorradiograma cardíaco anormal, establecen primero, de la lectura de radiografías en adultos, cuáles son los diámetros normales, eligiendo diferentes tipos de sujetos, longitipos, normotipos y braquitipos, y estableciendo una silueta normal cardiovascular, dibujando periféricamente otra como límite externo del ensanchamiento cardíaco y otra silueta interna como límite mínimo normal. Colocando un hilo de plomo sobre los puntos de referencia, «punto D» (derecho), «punto S» (izquierdo), otros D' y S', etc., reduciéndolos al tipo Odelca de 70×70. Invitan a que con un calco transparente, se pueda colocar sobre el fotorradiograma normal, viendo cuándo éste cae dentro o fuera de los límites normales. Es ingenioso del estudio, prestándose a errores considerables, pues la fatiga del observador hace que las apreciaciones no sean exactas.—SAMITIER.

BREGANI, P., y PERROTA, F. (Milán).— «EL CORAZÓN EN LA LEUCEMIA.» *(Il cuore nelle leucemie.) «Folia Cardiologica», 3, 194. 1960.*

EL corazón es considerado, después del riñón, el órgano más frecuentemente atacado por la leucemia. El 10 por ciento de diferentes enfermos leucémicos estudiados —en total, ciento cuarenta y tres— tenían una cardiopatía leucémica. El proceso leucémico puede atacar al corazón en estadios muy precoces de la enfermedad, cuando todavía no son evidentes los síntomas clínicos clásicos, siendo en estos casos los errores diagnósticos muy frecuentes. Las alteraciones electrocardiográficas de la cardiopatía leucémica no tienen nada de específico, siendo difícil establecer un diagnóstico seguro cuando se presenta un estado de anemización.

El diagnóstico de cardiopatía leucémica se hizo cuando la afectación del aparato cardiovascular lo estaba por la invasión del miocardio por el proceso leucémico, independiente de otros factores concomitantes, tóxicos, sépticos o la anemia.

La infiltración leucémica produce con frecuencia taquicardia, extrasístoles, trastornos de la conductibilidad atrial o ventricular y alteraciones de ST y de T, expresivas de sufrimiento profundo miocárdico. — SAMITIER.

ACHESON, G. H. — «MOVIMIENTOS IÓNICOS PRODUCIDOS POR DROGAS CARDIOTÓNICAS.» *«Archivos del Instituto de Cardiología de México», t. XXXII, n.º 2, pág. 225. 1962.*

EL autor, que es miembro activo del Departamento de Farmacología de la Universidad de Cincinnati (EE. UU.), refleja en este trabajo —presentado al II Congreso Nacional de Cardiología (Méjico, octubre de 1961)— los estudios realizados sobre las variantes iónicas intra y extracelular por la acción de los digitálicos. Según el autor, se ha encontrado que los compuestos digitálicos bloquean el transporte contra fradiente —rampa o desnivel— de potasio y de otros iones en muchos tejidos. Este efecto probablemente ocurre en el corazón que late con frecuencia normal y, por lo tanto, como resultado de la acción digitálica, la aceleración de la frecuencia cardíaca causa una pérdida de potasio. Pero también hay evidencia de un efecto opuesto, una ganancia de potasio por el corazón. Para el autor, el papel fisiológico de estos movimientos que establecen desniveles iónicos no está todavía perfectamente claro.—BOZAL URZAY.

OLIVEIRA SOLARI, PEREIRA, POLANSKY y colaboradores. — «EL TABIQUE INTERAURICULAR NORMAL Y LAS COMUNICACIONES INTERAURICULARES. ESTUDIO DE CIENTO SETENTA PIEZAS ANATÓMICAS.» *«Archivos del Instituto de Cardiología de México», tomo XXXII, núm. 3, pág. 264, año 1962.*

LOS autores, médicos del Instituto Nacional de Cardiología de México, resumen su interesante publicación en los siguientes puntos:

1.º Han estudiado cien piezas anatómicas que presentaban comunicación interauricular, y setenta tabiques interauriculares normales.

2.º Hacen un resumen del desarrollo normal del tabique interauricular humano.

3.º Presentan una nueva clasificación fundamentalmente quirúrgica de las comunicaciones interauriculares.

4.º Realizan un estudio comparativo entre los tabiques interauriculares normales y los que tenían defecto septal interauricular, haciendo una correlación entre las estructuras anatómicas y sus componentes embriológicos, lo que permitió localizar la zona del «foramen secundum»; interpretar como un carácter normal la presencia de un anillo grande en las comunicaciones interauriculares tipo malformación del orificio oval; establecer que las comunicaciones interauriculares del tipo de malformación del orificio oval, son debidas a un déficit del desarrollo del «septum primum», exceptuando aquéllas de la variedad con anillo grande incompleto, que se originan por un doble defecto del desarrollo: del «septum primum» y del «septum secundum»; y concluir que el tabique con orificio oval permeable tiene las mismas características anatómicas que el tabique normal. — BOZAL URZAY.

HEMATOLOGÍA

RABINSTEIN, S. — «EFICACIA TERAPÉUTICA DE LOS CORTICOIDES EN LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA O ENFERMEDAD DE WERLHOF.» «*La Semana Médica*», *t. 121, n.º 17, págs. 729-734, 23 agosto 1962. Buenos Aires.*

EL autor coloca esta enfermedad en el cuadro de los síndromes hemorrágicos. Describe su evolución y patogenia, inclinándose en favor de la teoría inmunitaria.

Referente al tratamiento, dice que los dos recursos principales son los corticoides y la esplenectomía.

En las formas agudas se acepta casi uniformemente la terapéutica con corticoides, cuya rápida acción hemostática está comprobada.

En las formas crónicas, de remisión espontánea muy rara, es donde la esplenectomía tiene sus mayores indicaciones.

Referente a la acción de los corticoides, sería múltiple: estimulando la producción de plaquetas, reduciendo la fragilidad vascular e inhibiendo la producción de anticuerpos antiplaquetas.

Finalmente expone el resultado obtenido en diez casos (siete agudos y tres crónicos) tratados con prednisona, sin trastornos secundarios y con eficacia.—J. RIVERA.

GERIATRÍA

IULIANI, G.; ORIENTE, P., y RODRÍGUEZ, G. — «RESULTADOS OBTENIDOS CON LA UTILIZACIÓN DE NOVOCAÍNA EN GERIATRÍA.» *(Risultati ottenuti con l'impiego della novocaina in geriatria.)* «*Minerva Medica*», *50, 99, 4.063. Turín, 1959.*

LOS autores reproducen las experiencias de Aslan mediante el tratamiento con novocaína en geriatría. Utilizan la solución al 2 por ciento en ampollas de 5 ml., administradas por vía intramuscular, a días alternos, por períodos de doce días, con descansos de diez días. Han sometido a este tratamiento treinta y cuatro ancianos de edades comprendidas entre 64 y 94 años, por períodos de tiempo entre ocho y dieciocho meses.

Del estudio de los resultados obtenidos se puede deducir que en los sujetos con graves alteraciones degenerativas de tipo arterioscleroso, los beneficios obtenidos son escasos. En los casos leves, los resultados fueron mejores. Especialmente se notó el efecto beneficioso sobre los síntomas psíquicos, aumento de la fuerza muscular, sensación de bienestar, etc. Las modificaciones de los datos de laboratorio fueron escasas.

El tratamiento fue bien tolerado, no hubo accidentes tóxicos, y como en ciertos casos la mejoría obtenida fue apreciable, el autor cree que la terapéutica por novocaína puede ser de utilidad en geriatría, con un rango análogo al de los tratamientos vitamínicos y hormonales que actualmente se utilizan. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DE VITORIO, S., y MUSSA, L. (Torino).— «ESTUDIO CLÍNICO RADIOLÓGICO DE LA CADERA SENIL.» *(Studio clinico-radiologico dell'anca senile.)* «*Minerva Medica*», *50, 96, 3.900. Turín, 1959.*

LOS autores llevan a cabo un estudio clínico radiológico sobre las características de la cadera senil, examinando esta articulación en cien personas de ambos sexos de más de 60 años, pertenecientes a un asilo geriátrico. El examen clínico comprende la anamnesis cuidadosa de los datos subjetivos (dolor, impotencia articular, rigidez) y exploración de la motilidad y sensibilidad articular. El estudio radiológico fundamental realizado en todos los casos es la radiografía anteroposterior de pelvis, que en algunos casos fue completada con proyecciones oblicuas.

Las lesiones radiográficas halladas las clasifican en diversos grados de intensidad, según la alteración hallada: osteófitos, geodas, ósteoporosis, disminución de la interlínea articular, etc.

Comparando los datos radiológicos con los clínicos, encuentran que en un porcentaje relativamente elevado (77 por ciento) se encuentran signos radiológicos de artrosis, mientras que en el 23 por ciento restante no hay alteraciones radiológicas ni sintomatología clínica.

En más del 40 por ciento de las articulaciones radiológicamente afectadas no existía ninguna sintomatología clínica de alteración.

De la comparación de los datos clínicos y radiológicos, los autores concluyen que la artrosis en el viejo es casi siempre secundaria. La frecuencia de la artrosis aumenta paralelamente con la edad. La artrosis en el viejo no tiene características distintas a la del adulto. Su manifestación más frecuente es la aparición de osteófitos, seguida de la disminución de la interlínea articular, de las formaciones geódicas y de la ósteoporosis subcondral.

Así como existen casos de artrosis radiológica sin sintomatología clínica, todos los casos que clínicamente presentaban síntomas permitieron comprobar la existencia de signos radiológicos más o menos intensos. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

FRUHLING, J., y otros (Estrasburgo). — «INTERÉS PRÁCTICO DE LA HISTOLOGÍA TOPOGRÁFICA DE LOS EPITELIOMAS INTRAEPITELIALES DEL CUELLO UTERINO.» *(L'intérêt pratique de l'histologie topographique del épithéliomas intra-épitéliaux du col utérin.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *n.º 9, págs. 507-527, septiembre 1962. París.*

SEÑALAN los autores el poco interés que se concede a este estudio, a pesar de su importancia.

Revisan cuarenta piezas anatómicas obtenidas en el curso de los años 1945 a 1960 en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Estrasburgo. Hacen un estudio completo de dichas piezas y presentan la cartografía de las mismas.

Señalan seguidamente el interés práctico de los resultados obtenidos para el despistaje, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de cuello uterino.

En el tratamiento se muestran partidarios de la histerectomía total, con extirpación de un anillo vaginal, admitiendo la conización en la nulípara joven, a condición de hacer un detenido examen de la pieza extirpada y vigilar haciendo una biopsia a la menor sospecha.—J. RIVERA.

RUIZ, V., y otros. — «RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL ENDOMETRIO.» «*La Semana Médica*», *t. 121, número 11, págs. 477-479, 2 agosto 1962. Buenos Aires.*

PRESENTAN el resultado del tratamiento de setenta casos de carcinoma en endometrio, con el objeto de hacer algunas consideraciones clínicas, patológicas y terapéuticas.

Señalan la edad, la patología asociada, el tipo histológico y síntoma inicial, haciendo el diagnóstico por el estudio histológico del endometrio.

El tratamiento varió según el grado de evolución y el riesgo quirúrgico, siendo la norma la anexohisterectomía total complementada con röntgenterapia. Emplean de preferencia la vía abdominal. Con la curieterapia exclusiva también obtuvieron buenos resultados.—J. RIVERA.

SALATINO, A. M., y LIVY, A. M.ª — «EMBARAZO PRIMITIVO DEL OVARIO.» «*La Semana Médica*», *t. 121, n.º 16, págs. 685-687, 20 agosto 1962. Buenos Aires.*

LOS autores hacen resaltar la rareza de este proceso. Mencionan las condiciones propuestas por O. Spiegelson en 1879, aún actuales, para poder hablar con propiedad de embarazo primitivo del ovario, y exponen una clasificación de embarazos ováricos.

Definen las tres clases de embarazo ovárico: primitivo o verdadero, secundario y el combinado.

El caso presentado era primitivo, de localización profunda y de tipo intersticial o yuxtafolicular, ya que en el estudio histológico no se pudo determinar la presencia de elementos foliculares ni luteínicos recientes en relación directa con el embarazo.

Finalmente describen el caso que presentan, ilustrado con dos figuras.—J. RIVERA.

OFTALMOLOGÍA

ESCÁRIZ, B. H. (Buenos Aires).—«ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DESPRENDIMIENTO ARTIFICIAL DE LA RETINA Y SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL VÍTREO EN EL LÍQUIDO SUBRETINIANO.» «*La Semana Médica*», *t. 121, n.º 2, págs. 47-62, julio 1962. Buenos Aires.*

TERMINA este trabajo con las conclusiones siguientes:

1.º El líquido sub-retiniano contiene, en general, las albúminas del plasma, variando su composición según la etiología del desprendimiento y también dentro de un mismo tipo.

2.º El líquido sub-retiniano tiene un gran poder de clivaje, despegando la retina al descender desde los cuadrantes superiores, dando, además, la impresión de actuar encimáticamente.

3.º La lógica indica drenar el líquido subretiniano en los desprendimientos miópicos.

4.º El análisis del líquido sub-retiniano coleccionado proporciona datos sobre la etiología, pronóstico y conducta operatoria.

5.º En los desprendimientos con bolsa y desgarro, el vítreo contiene albúminas del líquido sub-retiniano, y viceversa.

6.º El líquido sub-retiniano de las bolsas en los desprendimientos miópicos no muestra tendencia a ser absorbido espontáneamente.

7.º Los desprendimientos de vítreo son difíciles de comprobar y reproducir en el cadáver; pero en los miópicos aparece alterada la relación entre vítreo cortical - vítreo central. Aquél se ha fluidificado casi totalmente.

8.º Los desprendimientos miópicos en personas de edad, con hipotonía llamativa, tienen el vítreo cortical en las condiciones indicadas en el apartado anterior.

9.º El vítreo cortical pasa por encima del desgarro en forma de puente y deja rezumar cierto líquido que atraviesa el desgarro, pero no actúa como cuña levantando la retina.

10. Existen desprendimientos de retina con desprendimiento de vítreo, y desprendi-

mientos de retina sin desprendimiento de vítreo. Los primeros son más graves.

11. No existe ningún procedimiento médico o quirúrgico que pueda adosar el vítreo desprendido a la pared retiniana.

12. Los golpes y traumatismos en el ojo o caja craneana pueden ser decisivos si intervienen en ojos blandos y de miopía mediana.

13. En los desprendimientos idiopáticos actúan varias causas; pero cree el autor, con Sourdille, que la preponderante reside en la unión retina-epitelio pigmentario.

14. La hipotonía de ciertos ojos miopes puede atribuirse a causas circulatorias unidas a la debilidad de la estructura de las membranas oculares.

15. El vítreo que pasa por el desgarro al espacio sub-retiniano no da lugar a reacciones humorales que permitan el diagnóstico biológico del desgarro.

16. Es muy difícil producir desgarros por tracción en la retina del cadáver, aun en las zonas alteradas por coriorretinitis y quistes.

17. Le retina ciliar es la más resistente a la acción del vítreo.

18. Algunas alteraciones degenerativas pueden contribuir a romperla por adelgazamiento de la pared; la elasticidad y la fluctuación del vítreo en una contusión o con las movimientos oculares pueden precipitar el desgarro.

19. El fenómeno de la «haziness» puede estar relacionado con reacciones de precipitación entre el vítreo y el líquido sub-retiniano.—A. Faci Muñoz.

APARATO RESPIRATORIO

RAVELI, F., y MALGARINO, A. (Milán).—«Consideraciones sobre tres casos de hipertensión pulmonar primitiva.» *(Considerazioni su tre casi di ipertensie polmonare primitiva.) «Folia Cardiologica», 1, 63. 1961.*

Tres casos que estudiaron son de mucho interés para recopilar lo más importante sobre el diagnóstico, fisiopatología y características y aspectos clínicos de la enfermedad citada.

La sintomatología está caracterizada por disnea de esfuerzo, precordialgias y episodios sincopales. El cuadro radiológico evidencia la hipertensión del círculo menor, y el electrocardiograma, signos ciertos de sobrecarga atrial y ventricular derecha.

El cateterismo comprueba el «barrage» arteriolar pulmonar. La evolución en dos casos fue rápida, falleciendo los enfermos al año y a los siete de enfermedad. La patogenia es desconocida, ignorándose cómo se ocasiona la alteración estructural de la pared arterial, pensándose que pueden ser muchas las causas. Este hipertono de las pequeñas arteriolas por la alteración primitiva de su función y de los mecanismos reguladores de la presión pulmonar, en algunos casos, podría deberse a un hiperaflujo de las arterias bronquiales por anastómosis broncopulmonares, ocasionándose la reacción hipertólica del sistema pulmonar.—Samitier.

MARLAND, P.; GENTILINI, M., y BASSET, G. (París). — «Tratamiento local de las pleuresías cancerosas.» *(Traitement local des pleuresies cancereuses.) «Le Poumon et le Coeur», 1, 18. París, 1962.*

Podemos decir que hasta la actualidad no han existido tratamientos eficaces de la pleuresía cancerosa, y que aun, hoy día, los tratamientos modernos son de dudosa eficacia.

Se refieren los autores a las metástasis pleurales cancerosas procedentes del cáncer de la mama y al tratamiento del mesotelioma pleural. El tratamiento por el oro radiactivo, que sólo puede realizarse en centros especializados, no parece que del mismo se puedan tener las fundadas esperanzas que en cuanto a feliz resultado se presumían, teniendo que realizarse la punción previa evacuación del líquido pleural e inyección del preparado, con «infinidad de precauciones —dice el autor— para proteger al máximo al personal médico». Diez minutos se coloca al enfermo de cada lado, para permitir una buena difusión del preparado, que no produce complicaciones de importancia. Se describen incidentes precoces y tardíos, pero de escasa importancia. La fracción de radiactividad que se difunde por la circulación general es mínima, del orden del 1 por ciento. Los resultados no son muy satisfactorios. Parece mejor el tratamiento endopleural por las mostazas nitrogenadas.

Cita el autor los dos preparados franceses de inyección y sus dosis (metil-bis-beta-cloretilamina y la ciclofosfamida). Se consigue dejar libre de líquido la pleura (assechement pleurale), procediendo después al tratamiento de sostén con mostazas por vía oral. En un 60 por ciento de los casos parece que fueron buenos los resultados en cuanto a la anterior particularidad se refiere. No hay que tomar medidas de precaución con este tratamiento, por lo que puede decirse que ha desplazado al anterior.

En casos de mesotelioma, el tratamiento quirúrgico de decorticación pleural, visceral y parietal, e incluso seguido de neumectomía, consiguió en dos casos buen resultado.

Volviendo al tratamiento endopleural con metales o metaloides radiactivos, digamos, para terminar, que al sulfuro de cinc 63 radiactivo siguió el oro 198, y a éste, el radiofosfato de cromo 32, muy barato y tan eficaz como el oro. De éste emplean los autores la solución coloidal, a fin de evitar, gracias al grosor de las partículas, su difusión fuera de la pleura e impedir las complicaciones inevitables que, como queda dicho, se reducen a incidentes leves de fiebre, náuseas, vómitos, manifestaciones cutáneas y mucosas, ictéricas y alteraciones sanguíneas (anemia, leucopenia, trombopenia), siempre transitorias.—Samitier.

PSIQUIATRÍA

GRIMBERG.—«Consideraciones a propósito de la higiene mental de los trabajadores intelectuales.» *(Considerations a propos de l'hygiène mentale des travailleurs intellectuels.) «Le Concours Medicale», número 13, págs 1.947 - 1962, marzo 1962. París.*

El autor considera semiimposible definir lo que se entiende por trabajador intelectual, por lo que prefiere enmarcar en grupos distintos a todos aquellos cuyas actividades laborales se rigen fundamentalmente por el esfuerzo mental, dividiendo su documentado trabajo en dos partes.

En la primera, manejando diversos testimonios y encuestas, deduce la mayor frecuencia de síndromes depresivos y porcentajes mucho más elevados de trastornos mentales en los trabajadores del intelecto que en los manuales. Respecto a las razones íntimas de estas deducciones, cabe incriminarlas a la decepción que provoca el ejercicio profesional por falta de vocación, por agotamiento inherente a las tareas, por la competición, inseguridades futuras, etc., tomando alrededor de un 15 por ciento de estos profesionales psicotónicos y sedantes, continuando el trabajo y sin disfrutar apenas de vacaciones —empleadas para ejercicios físicos o para dormir—, y sin tiempo para dedicar a otras actividades espirituales o materiales que actúen liberando el espíritu del exceso de trabajo.

La segunda parte de su artículo la dedica a pormenorizar sobre determinadas profesiones. En los dedicados a la enseñanza cabe reseñar: dificultades económicas, exceso de trabajo, conflictos con los padres de los alumnos, anhelo de obtener mejores puestos, sentimiento de postergación. En los abogados, inseguridad profesional, disminución en general de ingresos, ansiedad, espera interminable en la ventilación de los asuntos judiciales. En los ingenieros, necesidad de adaptación continua al progreso y a la aceleración técnica, que comienza a causar efectos a partir de los cuarenta años, siendo causante de sentimiento de inseguridad respecto a cometer faltas y errores, temor a «pasarse» y perder la plaza, por lo que muchos, en Francia, siguen cursos diversos como técnicos después de las horas de trabajo, que restan al descanso. Médicos: en ellos se señalan la pérdida de su consideración social, la publicidad que airea los supuestos secretos de la Medicina y, al hacer que el vulgo se considere «entendido», discuten con los médicos; el menosprecio de su papel al considerar todas las curaciones debidas a la calidad de los preparados farmacéuticos, con sus repercusiones societarias; las implantaciones de nuevos seguros y el desequilibrio social. En los investigadores científicos se señalan: la falta de libertad de actuación; supeditación al equipo o director del grupo; la especialización creciente; obsesión continua por el trabajo; sentido de culpabilidad al lanzar al mercado ciertos descubrimientos.—Luis del Campo.

RADIOLOGÍA

MEYER, J. (París). — «Radiodermitis». *«Le Concours Medical», n.º 45, noviembre 1962. París.*

La patología inmediata de las radiaciones ionizantes puede afectar a los humores, reacciones neurohumorales —«mal des rayons», de los autores franceses, o «röntgenkatter», de los autores alemanes— o a los tejidos. De todos los tejidos, el más afecto es el epitelio. Las radiolesiones de los epitelios son las más frecuentes, las más aparentes y, por consiguiente, las más notables. Corrientemente se designan con el nombre de radiodermitis. Precisamente este artículo limita su estudio a este tipo de radiolesiones.

La clínica de las radiodermitis —agudas y crónicas— es conocida de antiguo; no obsmante, Meyer vuelve a exponerla de manera concisa, estudiando sucesivamente sus grados: radiodermitis eritematosa, ampollosa y ulcerosa, y además, la radiodermitis crónica. completa su estudio con las radiolesiones de las mucosas.

La segunda de las cuatro partes en que está dividido el presente trabajo es la más interesante de todas. Se estudian en ella las circunstancias en las cuales sobrevienen las radiodermitis en los usos de las radiaciones ionizantes, en cuatro apartados: radioterapia, radiodiagnóstico, radiodermitis de los médicos y radiodermitis de los técnicos e ingenieros. Se analizan con más detenimiento todas las situaciones comprendidas en el apartado de radioterapia: errores de técnica filtro confundido casi siempre—, que lleva consigo la llegada al organismo de dosis

superiores a la calculada; repeticiones por tratamientos anteriores desconocidos por el radiólogo; tratamientos con dosis relativamente fuertes en regiones hipersensibles, y esas otras situaciones de radiodermitis aceptada por las altas dosis que exige el proceso morboso. Todo este minucioso análisis de todas las situaciones posibles está salpicado de numerosos ejemplos de la experiencia personal de Meyer.

La parte tercera está dedicada a unas pequeñas nociones de protección de las radiodermitis, entre las que se mencionan las medicaciones preventivas (corticoides y vitaminas A, C y ácido pantoténico). Entre estas medicaciones preventivas, habla el autor de los aminoácidos azufrados: la cistamina y cisteamina de Bacq, aunque nosotros creemos que está todavía lejano el momento de su aplicación en clínica radioterápica, dado que un protector químico que se administrase con afán de proteger los epitelios o tejidos circunstantes al foco lesional protegerían también a éste de la acción radiante, es decir, crearían en él una radiorresistencia.

El tratamiento de las radiodermitis, con lo que termina este artículo, queda limitado a la exéresis quirúrgica con o sin injerto, según las condiciones locales y con las limitaciones que el autor enumera en los últimos párrafos del trabajo.—SOLSONA.

PEDIATRÍA

MIR DEL JUNGO, J. M.; MENCIA, L. F.; NODAL, R.; MARTÍNEZ ABREU, E., y DE JUAN, R.—«LINFOSARCOMA DEL INTESTINO DELGADO EN EL NIÑO.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. XXXII, n.º 3, marzo de 1960.*

JUSTIFICAN los autores la presentación de este caso clínico por su poca frecuencia y por destacar la importancia del tratamiento quirúrgico precoz del proceso.

Hacen hincapié en que a veces se hace preciso incluso sacrificar muchas exploraciones que, si son importantes y orientan en el diagnóstico del proceso, también lo es que, si se dilatan demasiado, pueden dañarlo mucho; máxime si no se olvida que, en definitiva, el diagnóstico verdaderamente correcto sólo se consigue mediante el estudio histológico de la pieza escindida.

Toda tumoración del abdomen deberá ser considerada como tumor maligno, en el sentir de los autores; mientras el estudio histológico no demuestre lo contrario, todas las manipulaciones, entre las que se incluye la palpación, deberán limitarse a lo imprescindoble; algunas exploraciones, como la insuflación perirenal y la biopsia por aspiración, deberán ser evitadas o usadas excepcionalmente. El tratamiento de elección en los tumores malignos es la extirpación quirúrgica precoz, y toda exploración que no pueda ser realizada rápidamente deberá ser desechada, ya que en pocas ocasiones el pediatra tiene la obligación de actuar más rápidamente que en estos casos. La radioterapia postoperatoria es prácticamente obligatoria, y la preoperatoria tiene sus indicaciones.

Es preciso destruir los mitos de la excepcionabilidad de los cánceres abdominales infantiles y el de su incurabilidad absoluta.

Se estudian los tumores abdominales más frecuentes en la infancia, entre los que se consideran el neuroblastoma, nefroblastoma o tumor de Wilms, Fecromocitoma o cromafinoma, los tumores primarios del hígado, tumores del bazo, de la vejiga, del ovario; los quistes del mesenterio, el linfogranuloma maligno o enfermedad de Hodgkin, la neurofibromatosis o enfermedad de Recklinghausen y los tumores del aparato gastrointestinal.

Se presenta la historia clínica correspondiente a ua niña de tres años, negra, ingresada en la clínica por padecer, en el sentir de la madre, una tumoración abdominal desde hacía diez días.

Se le opera, a los ocho días de ingresada, del linfosarcoma que resultó tener, y luego, tratada con radioterapia. Los ganglios mesentéricos de esta niña sólo mostraban una adenitis mesentérica, lo que se debía, según los autores, precisamente a la precocidad de la intervención, por lo que consideran pueda influir en el pronóstico del proceso curado de esta niña.

Efectivamente chequeada desde el punto de vista clínico, de laboratorio y radiológico, a los cuatro meses y al año de operada no se le encuentra más que una salud impecable.—A. MALLÓU LABRADOR.

VALLEDOR, BORBOLLA, P. HERNÁNDEZ, URQUIZA, VALDÉS. — «SÍNDROME DE WAARDENBURG. (PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.)» *«Revista Cubana de Pediatría», n.º 32, págs. 567-580, octubre de 1960. La Habana.*

EL cuadro clínico descrito por Waardenburg en los años 1950-51, lo encuentran los autores en dos hermanitas de cuatro y cinco años de edad.

Estudian las características del síndrome, que consisten en sordera uni o bilateral, heterocromía del iris, distopia cantorum, mechón de pelo blanco en la frente, cejas confluentes y muy pobladas y raíz de la nariz ancha y alta.

Destacan cómo Waardenburg ya hablaba de que el 1'43 por ciento de las sorderas congénitas pertenecían a este síndrome en Holanda.

Consideran los autores que sus casos son los primeros encontrados en Cuba.

Y cómo todas las anomalías propias de este síndrome pueden no coincidir, y cómo la sordera es el síntoma más destacado y motivo de consulta, ya que las otras manifestaciones clínicas no suelen ser motivo de consulta y pueden faltar a veces.

En la patogenia se destaca cómo la sordera está asociada a un trastorno de pigmentación de piel y cabello, así como también del iris, que para Fisch sería consecutiva a un defecto embrionario del desarrollo de la cresta neural.

La herencia es dominante y autosómica, de mayor frecuencia en las hembras.

La patogenia, sin aclarar, no confirma los estudios y afirmaciones de Fisch.

De los dos casos descritos, sólo uno de ellos presenta todo el cuadro clásico. El otro solamente presenta sordera.

La falta de antecedentes familiares hace pensar en una mutación espontánea.—A. MALLÓU LABRADOR.

MIR DEL JUNCO, J. M. — «MONILIASIS EN LA INFANCIA.» *«Revista Cubana de Pediatría», vol. 34, n.º 4, págs. 91-99, julio- agosto 1962. La Habana.*

ESTA enfermedad, producida por el *cándida* en sus tres formas: *albicans, tropicalis* y *stellatoidea*, de las cuales la más frecuente en el niño es la primera de las tres, puede ser, en éste, localizada o generalizada.

Afectando la localizada a piel, boca, vagina, uñas, intestino, aparato respiratorio, ojos y órganos genitales, lo que depende de la edad del niño. Así nos encontramos que en el lactante la localización más frecuente es la boca, piel e intestino, y las demás, en el niño mayor.

Entre las formas generalizadas o diseminadas, son las localizaciones de endocardio y la del cerebro las más frecuentes.

Describe el autor todas estas formas que todos conocemos cada vez más por el abuso de antibióticos, entre otras causas.

Destaca cómo la «erupción del pañal» es muchas veces moniliásica, y las intertriginosas de axilas, repliegues glúteos, pliegues del cuello, balanoprepucial, etc., sin que debamos olvidar la balanitis moniliásica.

Se destaca el hecho de que las monilias suelen vivir saprofitas en la piel y mucosas de los niños, y que la debilidad por prematuridad, dietas, etc., sea causa de la exaltación y desarrollo de las mismas.

Se señala la relación entre la moniliasis infantil bucal y materna vaginal. El material materno es uno de los principales focos de infección del recién nacido sano.

Los tratamientos prolongados con antibióticos y corticosteroides, la hiperhidrosis, deshidratación, roces e irritaciones de la piel, uso prolongado de agua y jabón y la diabetes.

El diagnóstico es fácil y se debe recurrir al del laboratorio en caso de duda.

El diferencial es preciso hacerlo, pocas veces, con la difteria, con la lengua geográfica, lesiones mucosas por avitaminosis, eczema por dermatitis seborreica, dermatitis amoniacal del pañal, etc.

Las diseminadas, con neumopatías crónicas, sepsis del recién nacido.

En el pronóstico se destaca la tendencia a la recidiva del proceso.

En la profilaxis se tienen en cuenta las causas del proceso y su vía de origen, y se señala que ya se estudian las vacunas.

Se extiende en una serie de fórmulas para el tratamiento del proceso. Y se destaca el tratamiento general, sobre todo con nistatina y la vacunación.—A. MALLÓU LABRADOR.

FREZAL. — «ALGUNOS ASPECTOS DE LA PATOLOGÍA DE ORIGEN GENÉTICO EN EL NIÑO.» *«Le Concours Medical», n.º 36, septiembre 1962. París.*

EL 1'5 por ciento de las frecuencias de las malformaciones congénitas se pueden conocer en el momento de nacer, o descubrir por el reconocimiento del recién nacido, y llega al 5 por ciento cuando el período de observación de los lactantes se extiende hasta el primer año de edad.

Las malformaciones son distintas según países y razas. Así ocurre que la anencefalia es más frecuente entre los blancos, mientras que la polidactilia lo es más entre los negros.

Dentro de los mismos blancos, el labio leporino es de una frecuencia del 0'10 por ciento; en los negros lo es del 0'06 por ciento, y en los de raza amarilla, del 0'25 por ciento.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud nos demuestran cómo en los países en los que la mortalidad por infección se redujo considerablemente, las malformaciones congénitas representan del 15 al 20 por ciento de las causas de mortalidad infantil.

La mitad de estos niños mueren en el primer mes. El 80 por ciento suelen morir en el primer año.

Las malformaciones de los jóvenes son más frecuentes, afectando al aparato circu-

latorio, digestivo y génitourinario, como causas de mrtalidad.

Familiarmente son más frecuentes en las familias afectadas de estos procesos, en los gemelos homozigóticos que en los heterozigóticos, y en las familias en las que existe consanguinidad.

Son importantes los estudios de Giroud y Warkany demostrando el papel, como teratógeno, de las radiaciones ionizantes: radioterapias de mujeres en gestación, bombardeos atómicos.

Los trastornos genitales congénitos aparecidos en hijos de madres tratadas con andrógenos o medicamentos hormonales de síntesis para proteger el embarazo, durante el mismo.

Entre las enfermedades infecciosas se destacan la rubéola, toxoplasmosis, paperas, varicela, gripe. Y se destaca que la malformación depende del momento del desarrollo fetal en que la madre padeció el proceso; así, una rubéola precoz produce una ceguera, y la tardía, una sordera con más frecuencia.

También se habla de la malposición fetal y de la edad de la madre.

En la enfermedad de Marfan o en la enfermedad poliquística de los riñones, son los genes dominantes los culpables. En cambio, en la hiperplasia congénita de las suprarrenales la transmisión es recesiva y autosómica.

A Mme. Lejeune, Turpin y Gautier se debe el mérito de haber descubierto la primera aberración cromosómica. Nos muestran cómo el *mongolismo* se debe a un cromosoma suplementario. Otros autores descubren cómo en el síndrome de Turner son cuarenta y cinco los cromosomas del enfermito y no los cuarenta y seis normales. Tienen un número normal de autosomas, pero sólo un cromosoma X sexual; a la inversa de en el síndrome de Klinefelter, con tres cromosomas sexuales: XXY. Todo esto destaca cada vez más la importancia considerable de las aberraciones cromosómicas.

Cuando la mutación de la *información* del gene se perturba, se producen las enzimopatías congénitas. Efectivamente, se sabe que el gene constituye un elemento en cadena del ácido desoxirribonucleico de los cromosomas. Se considera que este segmento lleva la *información* que es indispensable para la síntesis de una molécula específica, formada por una enzima y un polipéptido.

En la patología humana se distinguen dos grandes grupos de enfermedades hereditarias del metabolismo.

En el primer grupo se pueden encuadrar las enfermedades que son debidas a la desaparición de una molécula protídica normal o a su sustitución por una molécula anormal: anomalías de las proteínas séricas, etcétera.

En el segundo grupo se pueden encuadrar las afecciones debidas a un trastorno enzimático. La perturbación genética es debida a la ruptura de una cadena metabólica normal.

Unas veces, estas perturbaciones producen trastornos diversos que pueden ser debidos a la ausencia de un metabolito indispensable o a la acumulación de un producto intermediario, el cual ejercería entonces una acción tóxica.

Así, en la ausencia de la hormona tiroidea se producen los trastornos metabólicos debidos a una anomalía de síntesis.

Los desórdenes inherentes a la hiperplasia congénita de las suprarrenales están ligados a un trastorno de síntesis del cortisol.

Y entre los muchos trastornos que se citan sobre el particular, hay que destacar también cómo las hemofilias A y B son afecciones sanguíneas que se transmiten según una forma recesiva ligada al sexo.—A. MALLÓU LABRADOR.

ALEMÁN y MARGOLLES. — «ESPLENECTOMÍA POR MICROESFEROCITOSIS.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. 34, n.º3, mayo-junio 1962. La Habana.*

ESTE trabajo lo justifican los autores porque consideran que es el primero, sobre este tema, en la literatura nacional de su país.

Destacan cómo esta enfermedad de Minkowsky-Chauffard se enriqueció en su estudio patogénico con los últimos estudios bioquímicos, que demostraron las anomalías de los hidratos de carbono intraeritrocitarios: la glucólisis está muy alterada, hallándose muy retardada la penetración del fósforo dentro del núcleo del ácido adenosintrifosfórico.

Se trata de un niño de diez años que ya nació ictérico, con «los ojos amarillos» según cuentan los padres. Luego mejoró al año, para tener otra crisis con anemia intensa y acidosis. El niño, operado hace cinco años, está muy bien y le desaparecieron totalmente las crisis hemolíticas.—A. MALLÓU LABRADOR.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963
CONGRESOS Y ACADEMIAS

EL VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE CÁNCER

(MOSCÚ, 22-28 DE JULIO DE 1962)

PRELIMINAR. — Presidiendo la delegación de México asistí al *VIII Congreso Internacional de Cáncer*. La reunión fue organizada por la Unión Internacional contra el Cáncer, cuya fundación data de 1933, y fue realizada con motivo del I Congreso Internacional del Cáncer, que se llevó a cabo en octubre de 1933 en Madrid (España). Después de ello, y con el patrocinio de la misma Unión Internacional, se han celebrado los siguientes Congresos Internacionales:

el II en Bruselas (Bélgica), en 1936;

el III en la ciudad de Atlantic, en los Estados Unidos, en septiembre de 1939;

el IV en San Luis Mis. (Estados Unidos), en septiembre de 1947;

el V en París (Francia), en julio de 1950;

el VI en Sao Paulo (Brasil), en julio de 1955; y,

el VII en Londres (Inglaterra), en el cual estuvieron representados sesenta y cuatro países.

Recordaremos que la secretaría general y la oficina permanente de la Unión Internacional contra el Cáncer están en Ginebra (Suiza).

SITIO Y DURACIÓN DEL CONGRESO. — El VIII Congreso Internacional de Cáncer se llevó a cabo del 22 al 28 de julio de 1962, en la ciudad de Moscú, capital de Rusia (Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas). Se trata de una gran metrópoli, con seis millones de habitantes, que es centro gubernamental, cultural, industrial, ferroviario, aéreo y fluvial de una nación de doscientos veinte millones de habitantes.

El Kremlin, amurallada ciudad dentro de la ciudad, está ocupado por las oficinas del Gobierno, por museos y por muy reciente edificación que constituye el Palacio de los Congresos, en el cual se efectuó, el día 22 de julio de 1962, la sesión inaugural del Congreso.

La mayoría de las demás sesiones tuvieron lugar en el edificio central de la Universidad de Moscú, en donde también se instaló la exposición científica, que estuvo formada, principalmente, por representaciones gráficas de trabajos sobre virus en cáncer, citología clínica y experimental, epidemiología de las neoplasias y varios trabajos sobre quimioterapia. Además, se estableció una exposición comercial en el Parque Central de la Cultura, en la ciudad de Moscú.

ORGANIZACIÓN. — El Comité Organizador de la Unión Internaciontal contra el Cáncer estaba constituído por: profesor V. R. Khanolkar (India), presidente; profesor A. Haddow (Gran Bretaña), presidente electo; profesor J. H. Maisin, presidente anterior; y los vicepresidentes: doctor A. Lofty Aboul Nasr (RAU), profesor R. Scarff (Gran Bretaña), doctor A. N. Canónico (Argentina), profesor W. U. Gardner (Estados Unidos); doctor H. F. Dorn (Estados Unidos), secretario general, y doctor P. Loustalot (Suiza), tesorero.

El Comité Organizador del Congreso, por: profesor N. N. Petrov, presidente honorario; profesor N. N. Blokhin, presidente; profesor A. I. Savitsky y profesor A. I. Serebrov, vicepresidentes; profesor L. M. Shabad, secretario general; y doctor O. A. Paukhov, gerente administrador.

LOS TRABAJOS. — En la sesión inaugural se leyeron diez discursos, seis en idioma ruso y cuatro en inglés, en los cuales el contenido se refirió al problema social del cáncer y a la gratitud hacia el país huésped, la Unión Internacional contra el Cáncer y el Comité Organizador.

El número de personas inscritas en el Congreso, de acuerdo con lo anotado en el libro del mismo, fue de más de tres mil quinientas, y el número de trabajos presentados de más de mil quinientos. Los países que enviaron delegaciones fueron setenta.

Los temas sobre los que versaron los trabajos fueron extraordinariamente diversos, siendo de anotarse los que se refirieron al papel de los virus en el origen del cáncer, a la inmunología tumoral, a la bioquímica y a la biología de las células cancerosas, a la relación tumor-huésped, a las lesiones precancerosas, a la quimioterapia en cáncer, al cuidado del paciente con cáncer avanzado y a diversos cánceres, especialmente del estómago, pulmones, ovarios, cuello uterino, etc.

A propósito de los trabajos presentados, conviene recordar que en el presente la can-

cerología abarca o tiene relación con todos los campos de la Medicina, y aun más con la biología, la física y la química, y que, por lo tanto, las posibilidades de temario son inmensas.

Sin haberse podido llegar a reales conclusiones, quedaron señalados dos importantes caminos: la posibilidad de obtener en el hombre cánceres producidos por virus, y el progreso existente en la quimioterapia del cáncer, debiendo indicar a este respecto que la diversidad de sustancias puestas a la consideración de los congresistas fue grande, y que se observaron algunas particularidades en el sentido de que determinadas sustancias parecen ser más aptas para detener el proceso canceroso en unas neoplasias que en otras.

LOS INSTITUTOS DE CANCEROLOGÍA. — Se pudo visitar, en viaje previo al Congreso, el Instituto de Cancerología de Leningrado (Instituto de Oncología de la Academia de Ciencias Médicas de la U. R. S. S.), y al estar en Moscú, el Instituto de Cancerología de dicha ciudad (Instituto de Oncología Experimental y Clínica de la Academia de Ciencias Médicas de la U. R. S. S.). Se apreció el trabajo apropiado de ambos establecimientos y se nos informó que tanto el de Leningrado como el de Moscú, próximamente serán trasladados a nuevos edificios, e inclusive serán modernizados algunos de sus equipos. Precisamente en los prospectos que nos entregaron aparecen fotografías de los edificios que ocuparán en el futuro.

En relación con la visita a los Institutos de Cancerología, se realizaron, tanto en Leningrado como en Moscú, mesas redondas sobre temas de cancerología clínica, apreciándose la gran frecuencia del cáncer gástrico entre los habitantes de Rusia, y el proceso existente en lo que se refiere a la cirugía del cáncer del esófago. También pudo notarse, especialmente en Moscú, alguna tendencia a volver a realizar cirugía en los cánceres de cuello uterino, considerados todavía extirpables.

ACTIVIDADES SOCIALES. — Antes de la sesión inaugural, se realizó en el Palacio de los Congresos, en el Kremlin, una recepción en los salones inmediatos al auditorio, en el cual pudimos apreciar el gran número de concurrentes de los más diversos países. No existía Comité de Recepción, probablemente por lo numeroso de los asistentes. Debe tomarse en cuenta que la movilización y otras labores de tres mil quinientos cancerólogos, muchos de ellos con uno o más familiares, representó una labor muy grande, y que probablemente por ello se observaron deficiencias a este respecto.

El Comité Organizador dio a conocer un programa de excursiones, que fue muy atendido por los congresistas, siendo de señalarse que uno de los paseos fue hecho en barcos a uno de los grandes canales que convierten a Moscú en el centro fluvial principal de la Rusia europea, con tránsito de barcos desde los mares Blanco y Báltico hasta los mares Negro y Caspio.

Indudablemente que la visita a los museos constituyó una de las actividades sociales preferidas.

FUTURO. — Se hizo cargo de la presidencia de la Unión Internacional contra el Cáncer el profesor A. Haddow, de la Gran Bretaña, a quien le hizo entrega el profesor V. R. Khanolkar, de la India, y presidente del Comité Organizador del próximo Congreso, es decir, el IX, que se llevará a cabo en 1966 en Tokio (Japón), el profesor N. N. Blokhin, de Rusia.

Por acuerdo del Comité Organizador de la Unión Internacional contra el Cáncer, solicitarán al Gobierno de México, por intermedio del doctor José Alvarez Amezquita, secretario de Salubridad y Asistencia, su aprobación para que se celebre en México, en 1964, en febrero o en mes cercano a él, la reunión de los directivos y de los delegados de la Unión Internacional contra el Cáncer. Se sugiere que al mismo tiempo se realice Congreso Latino-Americano de Cancerología. Como temas para la mencionada reunión de la Unión Internacional contra el Cáncer y del Congreso Latino-Americano, se han sugerido los que se refieren a virus, inmunidad y quimioterapia, tomando en cuenta la necesidad de constante actualización de los hechos en relación con ellos por las frecuentes modificaciones, y también los que se refieren a la aplicación clínica de la quimioterapia, de los procedimientos endocrinos y, además, realizar estudio del cáncer en la infancia.

Señalaremos, para terminar esta sintética información, que pensamos que si la paz persiste y los médicos e instituciones científicas continúan dedicando su actividad al problema del cáncer, es muy posible que en uno o más lustros se llegue a precisar algo en relación con la génesis del mismo y, sobre todo, con su terapéutica específica, especialmente en lo concerniente a quimioterapia.

DR. C. ZUCKERMANN.
México

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

(SESIÓN INAUGURAL, DÍA 19 DE NOVIEMBRE DE 1962)

GARCÍA ORTIZ, E.—«LA EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA CARDÍACA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.»

En la marcha de todas las ciencias biológicas, es la Medicina la que más ha evolucionado, y la Cardiología, la que ocupa lugar preferente entre todas las especialidades. Los estudios de Corvisart, Laennec, Bouillaud, Brigth, Traube, Bourns, Morgagni, Claude Bernard, Hiss, Potain, Marey, Mac Kenzye, Einthoven, Vázquez, Laubry, Gallavardin, son los promotores de los métodos de diagnóstico que han permitido los grandes progresos del siglo XIX y principios del XX en Cardiología.

Recientemente, la vectocardiografía, angiocardiografía, cateterismo del corazón y fonocardiografía intracardíaca, abrieron nuevos campos de la interpretación clínica de los fenómenos de auscultación y de la fisiopatología cardíaca.

A estas grandes adquisiciones se une el estudio de la coagulación sanguínea, el dominio terapéutico con los tonicardíacos, diuréticos y régimen sin sal, en la insuficiencia cardíaca, a lo que añadiremos la nueva adquisición que permiten la thebetina, las amidas procaínicas, la medicación anticoagulante, que con el descubrimiento de los antibióticos ha llevado al progreso terapéutico más espectacular en el tratamiento de las endocarditis malignas.

Lo que verdaderamente ha llenado de estupefacción a los médicos es el tratamiento quirúrgico de ciertas cardiopatías, el de la insuficiencia cardíaca, de las cardiopatías congénitas y de la estenosis mitral.

El planteamiento de la hipotermia y de la circulación extracorpórea es nuestro futuro y ya presente porvenir quirúrgico para trabajar en el corazón en seco, y es tal el campo que se nos plantea por delante, que quizá todas estas técnicas quirúrgicas que hemos empleado hasta hoy nos parecerán pueriles. Hemos visto cómo en pocos años el cardiólogo se ha enriquecido de un tecnicismo moderno extraordinario, de una terapéutica médica qurúrgica brillante.

Aún hace pocos años, a las primeras ligaduras y secciones del canal arterial, las operaciones en la tetralogía de Fallot y de la coaratción aórtica, se inician las intervenciones directas sobre el corazón a «método cerrado», la comisurotomía para la estenosis mitral y el tratamiento de la estenosis pulmonar por el proceder de Brock. Nace la cirugía a corazón abierto, con nuevas técnicas, nuevos métodos y nuevas máquinas corazón-pulmón, cuyo perfeccionamiento mejora los resultados y disminuye la gravedad de las intervenciones. Es asegurar, sin el concurso del corazón y de los pulmones, una circulación de sangre oxigenada y en el músculo cardíaco mismo: aquí llegamos a la aparición del corazón-pulmón artificial, la hipotermia profunda y circulación extracorpórea, la hipotermia y metabolismo, la valoración del sistema nervioso central en la hipotermia, de los disturbios endocrinos en la hipotermia.

Pese al buen resultado clínico, estamos convencidos de que aún nos hallamos en el comienzo de una larga etapa que recorrer. En esta metódica de trabajo, la hipotermia profunda será utilizada en todas aquellas lesiones del corazón, congénitas o adquiridas, que requieran un reparto meticuloso, difícil y con paro cardíaco prolongado; a más de las aplicaciones de la hipotermia profunda a la cirugía hepática, en neurocirugía, como igualmente la quimioterapia regional con circulación extracorpórea en el tratamiento del cáncer.

Ante este «film» cardiológico de estos últimos años, podemos decir que el progreso de la técnica quirúrgica ha sido indiscutible; pero no podemos decir que todo se ha desarrollado aisladamente y que proceda del ingenio creador de tal o cual cirujano; todo fue porque el internista pudo ofrecer los adelantos técnicos de sus previas experiencias y, depurando sus conceptos, ofrecer un diagnóstico cada vez más preciso.

(SESIÓN DEL DÍA 29 DE NOVIEMBRE DE 1962)

ALIX TRUEBA, A., y ALIX Y ALIX, J.—«NUEVOS COMENTARIOS A LA ACTITUD DEL MÉDICO ANTE LA SOSPECHA DE CÁNCER BRONCOPULMONAR.»

Tenemos en preparación una amplia revisión de nuestro material de cáncer pulmonar. La comunicación de hoy es continuación de otra presentada en la sesión del 24 de febrero de 1958; llamábamos la atención sobre la conveniencia de adoptar una actitud activa ante el elevado número de casos en los que precozmente no se pueden obtener signos directos para el diagnóstico.

La sintomatología subjetiva es muy escasa o nula en los comienzos, por lo que el descubrimiento precoz resulta prácticamente inasequible. La demora en el diagnóstico en ausencia de síntomas está explicada por esto mismo. Ante la sospecha remota a causa de lo ambiguo del cuadro clínico y radiológico, nuestro contacto con el enfermo fue motivado por no responder el proceso a los tratamientos empleados.

Hemos hecho una revisión de la literatura de los últimos cuatro años, considerando los resultados en el tratamiento. Al mismo tiempo hemos revisado una parte de nuestra casuística atendiendo a los criterios de operabilidad «a priori». Los casos de cánceres que pueden considerarse como ideales son los llamados «nódulo solitario», cuyo descubrimiento fue motivado por revisiones catastrales o exploración sistemática por otros motivos. La cirugía, en estos casos, proporciona los mejores resultados inmediatos y remotos. En tumores que rebasan la calificación de «nódulo solitario», Overholt aconseja la resección lobar.

El descubrimiento precoz del cáncer pulmonar se realiza pocas veces en clínica: por su evolución ya prolongada, por su fase preclínica que no podemos valorar. En estos casos la operabilidad quedó sumamente restringida y viene dada por la función cardiorespiratoria del paciente y por las metástasis más o menos alejadas.

De los pacientes que van a la mesa de operaciones con el diagnóstico de cáncer bronco-pulmonar clínicamente operable, la resecabilidad oscila entre un cuarto de todos los enfermos. Con esto se demuestra lo alejados que estamos aún de lo ideal.

La mortalidad durante el acto quirúrgico y el postoperatorio inmediato ha descendido de una manera muy patente. La proporción de lobectomías a neumonectomías es de un tercio a un cuarto, las primeras del total de las segundas.

Para el pronóstico debe ser valorada la extensión, invasión y tipo histológico, según criterios ya difundidos en todo el mundo, así como el tipo de operación realizada. En todas las estadísticas, el tipo celular más frecuente es el carcinoma epidermoide, siguiéndole el indiferenciado y, muy de lejos, el adenocarcinoma.

De nuestra estadística hemos entresacado un total de trescientos setenta y un casos; la operabilidad no supone resecabilidad; del total fueron operados ciento cuarenta. De los trescientos setenta y uno, tenían citología positiva doscientos tres, y ciento sesenta y ocho, negativa. Atendiendo al pronóstico, resulta un factor desfavorable la presencia de células neoplásicas en las secreciones bronquiales. La mayor operabilidad se encuentra entre los negativos y la broncoscopia.

Los resultados del tratamiento del cáncer pulmonar por la cirugía están en dependencia de factores individuales funcionales, así como de la extensión y estructura del tumor y de la invasión de las estructuras vecinas o alejadas. Se debe insistir en que el cáncer debe ser operado antes de lograr el diagnóstico positivo, simplemente por presunción clínica.

Intervinieron los doctores Brasa Bernardo, Guerra Sanz y Barros Malvar.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

Reuniones del Cuerpo Facultativo

(Sesión del día 23 de noviembre de 1962)

SOLER SALA, J. M.—«Nuevas orientaciones en el tratamiento del desprendimiento de retina.»

El motivo principal de esta comunicación es la exposición de nuevas técnicas actualmente usadas para tratar los desprendimientos de retina.

Hasta hace pocos años, y después de las enseñanzas de Gonin, nuestra técnica consistía en la cauterización de los desgarros retinianos, para así conseguir una firme adherencia entre la retina y las capas subyacentes coroides y esclera.

La repetición de fracasos, porque muchas veces no se podía conseguir, ni aun con el reposo prolongado, la reaplicación de la retina, hizo surgir la idea de acercar la coroides a la retina, mediante una compresión externa y disminuyendo el continente ocular, el contenido (la retina) se hallaría a menor tensión y se facilitaría su adherencia y normal fisiologismo.

Siguiendo este criterio se han multiplicado las técnicas de compresión y acortamiento, de las que se hace un breve resumen y comentario.

Además, la fotocoagulación y los implantes de vítreo han mejorado nuestras posibilidades de tratamiento del desprendimiento de retina.

SABATÉS ROVIRA, J.—«Oclusión intestinal por cálculo biliar.»

La obstrucción mecánica producida por el enclavamiento de un cálculo biliar es un problema poco frecuente. La mayor parte de los casos se presentan en mujeres de edad avanzada. El diagnóstico preoperatorio es difícil de establecer por la intermitencia de los síntomas y por la rareza en dicha complicación de las fístulas biliodigestivas. El tratamiento debe ser quirúrgico: extracción del cálculo por enterotomía, después de una terapéutica preoperatoria intensa y adecuada.

Se presentan dos casos personales.

HEREDIA TOVÍAS, J.—«Sinovitis vellosa inespecífica coxofemoral.»

Se presenta un caso de coxitis derecha de larga evolución, en el que los datos clínicos, radiológicos y de laboratorio, junto con la observación prolongada, no aclararon el diagnóstico.

Practicada una artrotomía exploradora con recogida de fragmentos de la membrana sinovial para su estudio histopatológico, se llega al diagnóstico de sinovitis vellosa inespecífica, enfermedad poco común en general y de localización excepcional en la cadera.

El interés de presentación radica, aparte de la rareza de la afección en la articulación coxofemoral, en la demostrada conveniencia de practicar exploraciones a «cielo abierto» en aquellas artropatías, no infrecuentes, cuyo diagnóstico por los medios habituales resulta dudoso.

ALEMANY VALL, R., y SANS MALLAFRÉ, M.—«Importancia de la sensibilidad al polvo.»

Tras destacar la importancia de la sensibilidad al polvo como primordial alérgeno inhalante, y estudiar los distintos tipos del mismo y sensibilidad a él asociadas, los autores exponen la clínica, diagnóstico y pauta terapéutica, en función de su experiencia personal, para lograr la desensibilización y curación del enfermo.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963
SECCIÓN VARIA

LA MEDICINA COMO RELACIÓN EXISTENCIAL

POR EL

DR. EDUARDO ARIAS VALLEJO

MADRID

CUALQUIER espectador desapasionado, que se situara idealmente en la cumbre de la Medicina de nuestra época, podría ver con claridad las cuatro vertientes fundamentales del quehacer médico, integradas por otras tantas formas personales de ejercer la carrera, legítimas y respetables todas ellas, unidas armoniosamente en la conducta del médico que se entrega a su profesión como forma de vida.

Decía yo en lecciones iniciales de cursos anteriores, que si nos deteníamos a considerar el panorama actual de nuestra profesión, debíamos mirar la Medicina por sus cuatro vertientes: ciencia, arte, oficio y magia. Tal estudio no podía ser hecho nunca separadamente, pues era inadmisible la existencia de un médico que realizara su labor con una sola de estas características. La vida del médico era todo esto y mucho más que todo esto. El hombre que elige la Medicina como profesión, elige un modo particular de vivir, que le absorbe total y definitivamente, del cual no puede desertar. El médico vive, además, supeditado a la Medicina de su época y, con ella, a la cultura, a la filosofía y a la política de su tiempo. Hacerse médico supone así un voto de perpetua fidelidad a una disciplina que es una forma de vida, que tiene primordialmente un contenido espiritual y humano.

LA MEDICINA COMO CIENCIA

La Medicina es una ciencia, una ciencia natural que estudia al hombre, su materia y su espíritu, y que, partiendo del conocimiento de su normalidad, compara ésta con la observación de las lesiones y los estados de desequilibrio funcional que integran la enfermedad. Es así, fundamentalmente, una fisiología comparada, que comienza y termina en la clínica, con una fase intermedia, de recuerdo fisiológico, en la mente del médico, que piensa y establece juicios para llegar a un diagnóstico. El buen médico es siempre un fisiólogo, que estudia atentamente cada enfermo, analiza en él los trastornos de sus funciones y, por cada alteración observada, se hace una hipótesis, que supone en sí la proyección de una experiencia. Es así también una ciencia experimental. El clínico, sin necesidad de entrar en el laboratorio

Conferencia inaugural del Curso sobre Enfermedades Digestivas 1962-1963 en el Servicio de Aparato Digestivo del Instituto Nacional de Previsión (Madrid). Jefe: Dr. E. Arias Vallejo.

de experimentación, hace siempre Medicina experimental en su labor diagnóstica y en sus prescripciones terapéuticas. Tal es la base actual de las modernas exploraciones funcionales, radiológicas o analíticas, cuyos métodos descansan sobre la física, la química, la biología y las matemáticas. Las técnicas complejas, los instrumentos de precisión y el rigor del cálculo integran hoy una parte importante del trabajo del médico. Las llamadas «ciencias básicas» han venido a cambiar el aspecto tradicional de la Medicina. La terapéutica médica y la quirúrgica son, en gran parte, una investigación perpetua.

La Medicina como ciencia requiere hoy en su asombroso desarrollo una minuciosa especialización de sus tareas. Ya hemos hablado hace dos años de las ventajas y los peligros de esta especialización, la cual no supone sino el reconocimiento de la limitada capacidad del médico para abarcar en toda su extensión el dilatado horizonte de sus tareas y progresos. La ciencia en sí no se especializa, son los hombres que sirven a ésta los que necesitan especializarse para poder ser útiles a su desarrollo. Pero la especialización, con su secuencia inmediata, el trabajo en equipo, no debe nunca hacer perder al médico el sentido humanista de su conducta.

Tiene la Medicina como ciencia, acusadamente en la época actual, una característica de su quehacer casi exclusiva de nuestra profesión. Me refiero a la inestabilidad de sus conocimientos.

La Medicina cambia diariamente, como la vida. El médico ha de adaptarse todos los días a la marcha progresiva y cambiante de su profesión, sustituyendo sus doctrinas, modificando sus técnicas, cambiando sus instrumentos de trabajo. Esto requiere una conciencia especial, dispuesta al cambio, a la admisión del propio error, al conocimiento de nuevos hechos y sistemas; un espíritu sensible, abierto, agudo, que sin perder la credulidad en las ideas fundamentales, esté siempre dispuesto a la mutación de los conocimientos adquiridos, cuya adquisición fue hecha muchas veces con sacrificio. Razón tenía hace cien años Lord LISTER, cuando decía a sus discípulos de la Universidad de Glasgow: «Si no estáis dispuestos a aprender y a olvidar después para toda vuestra vida una parte de lo aprendido, debéis dejar la Medicina y tomar un oficio de tercera categoría». Aprender es difícil, pero desaprender y reaprender es mucho más penoso y, sobre todo, es contrario al pensamiento de rutina y al propio orgullo. Este es, sin embargo, un precio que hemos de pagar para ser miembros de nuestra profesión.

LA MEDICINA COMO ARTE

La Medicina es también, desde el comienzo de su existencia, un arte. Un arte difícil de aprender y fácil de realizar para aquellos que tienen temperamento artístico y calidad espiritual. Es un saber hacer y no un escueto saber, un saber hacer con método, con agilidad, con elegancia, dicho con una palabra muy española: con «señorío». El mejor elogio hecho a un maestro mío, el profesor RECASENS, en el momento de su muerte, fue decir que había sido «un gran señor de la Medicina», y con ello se quería dejar constancia de sus mejores virtudes: su gran preparación técnica, su honradez profesional y, además, su elegancia espiritual.

La Medicina como arte permite la posibilidad de diagnosticar un enfermo correctamente, por distintos médicos, al través de diferentes elaboraciones diagnósticas, distintas en sí, pero todas igualmente razonables. El diagnóstico etiológico y el diagnóstico patogénico son dos formas diferentes de estudiar un enfermo, determinadas por la conformación psicológica del médico que realiza el diagnóstico.

La Medicina se acusa con sus perfiles de arte en los momentos de la elaboración del diagnóstico o al instaurar una terapéutica. El médico que diagnostica, poseedor de unos conocimientos científicos, recoge ante el enfermo palabras, gestos, síntomas y signos y, al recogerlos, los jerarquiza, destacando unos en su mente con pinceladas fuertes, dejando otros en la lejanía con débiles retoques, con la misma técnica con que el pintor crea un cuadro. No puede extrañarnos así que entre nuestros profesionales existan muy buenos pintores, ni que algunos clínicos experimentados, como MAURIAC, hermano del célebre escritor francés, titule una de sus mejores monografías: «Pinceladas al cuadro clínico de la diabetes».

LA MEDICINA COMO OFICIO

La Medicina es también un oficio, una artesanía que requiere, más que ninguna otra, la perfección y el acabado de su labor; un trabajo cotidiano, nunca pagado totalmente, a veces con notoria injusticia.

La Medicina es un oficio que comporta, más que ningún otro, una responsabilidad. Esta responsabilidad debe acompañar en todos sus actos la formación y la vida del médico. Responsabilidad que ofrecemos y que nos exige la sociedad en la cual vivimos. Responsabilidad que reviste la conducta del buen médico, el que no necesita nunca que le sea exigida.

La Medicina como oficio tiene hoy su máxima exponencia en la proyección social del quehacer médico. Un enfermo no es una persona aislada y solitaria. Está rodeado siempre de diversas vivencias sociales, de sistemas jerarquizados colectivos: la familia, las amistades, la profesión, el gremio. A través del enfermo, el médico actúa siempre sobre la sociedad. Por necesidades de la organización social, el médico es médico de familia, médico funcionario, médico de fábrica, de taller, médico forense y, con esto, deja de ser en su sentido estricto médico del hombre, para actuar sobre unidades más complejas. La responsabilidad es mayor entonces. La libertad del médico queda a veces coartada en estos círculos sociales por reglamentos y leyes que él mismo, con su mentalidad naturalista, no comprende bien.

LA MEDICINA COMO RELACIÓN EXISTENCIAL

La patología de la persona, o de la totalidad del individuo, preside la Medicina de nuestros días, que no es ya una Medicina anatómica, ni una Medicina etiológica, ni siquiera una patología funcional, sino una Medicina del hombre, con todo el sentido mágico que este título pueda ostentar, sentido de magia que tenía el arte médico en sus principios, que últimamente se había perdido y que nos hace mucha falta si queremos que un hombre, el médico, en posesión de unas técnicas biológicas, interprete y pueda ayudar a otro hombre, el enfermo, que no se conoce a sí mismo y ha perdido el control de su equilibrio vital.

La Medicina es, simplemente, un modo de relación humana, de una persona con otra. El acto médico es un actuar entre sí de dos seres: el médico y el enfermo, que se requieren, se enfrentan y comunican su personalidad, influyéndose en las dos direcciones, el uno y el otro.

Comprendemos ahora la urgente necesidad de una reforma de la enseñanza médica. En nuestras Facultades de Medicina no se habla nunca del hombre como ser individual. Suele agobiarse al estudiante bajo montañas de libros, lecciones teóricas, cuadros, resúmenes y cifras. Se estudian porciones, funciones, interrelaciones. La enfermedad es el objetivo máximo de la observación y el enfermo es un simple

número. Al pasar junto a su cama, en el hospital, se le tranquiliza con una frase vulgar, creyendo con ello cumplir deberes más profundos, que claman por actitudes nuevas, no por viejos conceptos.

El pensamiento del médico vulgar, en un afán sincero de buscar la verdad, persigue la cosa, el caso, la porción interesante del organismo, dejando de lado, sin concederle importancia, el nudo de la Creación, centro indiscutible de la Medicina, que es la criatura humana en su totalidad.

La enfermedad no es nunca un sistema esquemático, con signos y síntomas, en el que encaja el hombre. La enfermedad no es tampoco un capítulo o página de una patología, que luego aplicaremos a un sujeto. Tampoco es algo material que, viniendo del exterior, se incrusta en el hombre. La enfermedad es un estado de defensa, es la apelación que hace el hombre a todos sus recursos psicosomáticos para hacer frente a una agresión que es ocasión y condición de ella. Su sintomatología es la reacción defensiva del ser. La enfermedad es el hombre enfermo y éste hace «su enfermedad», poniendo en ella todas sus vivencias.

El cuerpo sano vive silenciosamente, decía CARREL, y la brusca ruptura de este silencio es el signo de alarma que rasga la paz de la existencia y pone al hombre enfermo en una particular tensión. Este despertar del hombre a la enfermedad, que repercute en su persona entera, que hace nacer el sentido del peligro, determina la entrada del médico en el mundo anímico del enfermo.

El hombre que acude a la consulta del médico es un ser para quien su mundo se ha estrechado, sus horizontes se han oscurecido, su existir personal se ha desequilibrado. Al ir en busca de ayuda no es meramente materia dolorida, ni un hígado enfermo, ni una úlcera péptica que camina y habla. Es un hombre en su totalidad, una persona entera, que nos tiende la mano y nos implora atención. Lo hará con mayor o menor facilidad y con diversa gama de afectos. Se presentará de tantos modos distintos como hombres puedan existir. No solamente nos traerá un órgano lesionado o un psiquismo trastornado, sino además su propia persona, su modo personal de vida y, con éste, el mundo en el que está sumergido, su educación, su familia, su ambiente.

El enfermo acude al médico como a un hermano mayor, como a un amigo, poniendo todo su esfuerzo para que éste vea también su problema como lo ve y lo sufre desde dentro. Para cumplir con éxito su misión, el médico tiene que ser entonces muchas más cosas que un médico.

Comprenderemos ahora el fracaso de algunos profesionales y de ciertas formas del trabajo profesional de nuestros días. La máquina amenaza con reemplazar al hombre. La cibernética ha hecho ya su primer ensayo en el departamento de hematología de un Hospital Naval estadounidense, tratando de diagnosticar mediante simples fichas perforadas un grupo muy extenso de enfermos del sistema sanguíneo. Todo progresa vertiginosamente hacia la serie y el número. Los artesanos se despersonalizan y se convierten en figuras ante una máquina productora que larga día y noche, sin gracia, lo que antes se hacía con arte y con esfuerzo. La Medicina actual, en parte despersonalizada y mecanizada, destruye al hombre y lo reduce a un mero individuo, que adquiere un número y una tarjeta e inicia con ellos un largo recorrido en busca de auxilio. El médico ve desfilar ante él estas tarjetas numeradas. Toda su atención se concentra en el papel, los números y los registros. Sólo levantará la mirada para escrutar en el sujeto portador la porción de materia orgánica que le interesa. Buscará de esta forma la úlcera gástrica, ante la pantalla radioscópica, o el reborde duro de un hígado cirrósico, en la palpación abdominal,

e inmediatamente lo anotará en su ficha o efectuará nuevos pedidos de estudio. Transcurren los días y el enfermo se encontrará con una ficha más o menos completa, un diagnóstico inseguro y un montón de recetas, volviendo a su casa con los bolsillos llenos de papeles, pero con el corazón vacío.

El enfermo necesita del médico su tiempo y su atención, sus palabras y su comprensión, sus cuidados y la resolución de su problema. Pero de todo ello, lo que más angustiosamente reclama con todas las potencias de su ser es la identificación con su estado de alma, y esta identificación no se podrá conseguir sino a través de un contacto intenso y prolongado, despertando desde el primer momento de la consulta médica la confianza en el sujeto que sufre, con una palabra, un gesto, una sonrisa esperanzadora.

El paciente es, una vez confiado en el médico, como un niño a quien podemos dirigir, enseñar y orientar. Este papel del médico ante la sociedad es una de las facetas más interesantes de la profesión. Un buen médico tendrá así muchos amigos, amigos sinceros que no olvidarán jamás su conducta en los momentos de peligro para su vida. Este médico no debe renunciar a su papel de educador de la sociedad, educador con la palabra y con la conducta. Con sentido naturalista, tratará de influir sobre sus paciente, de modo cristiano, para hacerlos, no solamente más sanos, sino mejores. Deberá recordar, con GOETHE, que «si tomamos a los hombres como son, los haremos peores de lo que son. En cambio, si los tratamos como si fuesen lo que debieran ser, los llevaremos allí donde tienen que ser llevados».

La misión del médico desborda su mero quehacer profesional. La Medicina es así un verdadero sacerdocio, que obliga y responsabiliza aún más la conducta del profesional que la ejerce. El médico ha de ser un hombre de ciencia con una preparación extensa y profunda, una técnica irreprochable y un incensante deseo de superación. El médico ha de ser también un artista, con un modo de actuar elegante ante el enfermo y la sociedad que lo contempla. El médico ha de ejercer su oficio, con responsabilidad y honradez, sirviendo con él a su Patria, a la sociedad en la que vive y a su momento histórico. El médico debe hacer «el milagro», el pobre milagro humano del alivio y la curación del enfermo, que confía en él y espera de sus palabras y de su actuación el fin de su enfermedad. A veces, este falso milagro del médico se hace verdad por la gracia de Dios, que otorga esta merced a aquel que la merece, curando un paciente reputado como incurable, por designio divino, a través de una sencilla e inexplicada actuación terapéutica.

El médico vive así en un permanente dinamismo. Quema su vida tratando de hacer la felicidad de los demás, olvidando muchas veces su propia felicidad y la de los suyos. Estudia, investiga, enseña y trabaja, trabaja siempre, con escaso descanso, sin tiempo para distraerse, ni apenas para pensar en otra cosa que no sea su propia actividad profesional. El círculo de vida del médico de nuestros días es así muy estrecho y no nos deja ver sino el drama humano de cada enfermo, ocupándonos en la solución urgente de sus problemas. Ello no debe preocuparnos, puesto que a veces un horizonte limitado es una garantía de perfección moral. El médico no tiene tiempo de filosofar, ni de pensar en el mañana. Con ello no se da cuenta ni de que envejece. De este modo le llega un día la muerte, sin descanso previo, a veces en su mismo trabajo, y el pequeño círculo de su actividad se cierra como garantía de su salvación, en la que nunca pensó preocupado con los problemas de su prójimo. Es entonces cuando se hace sentencia la palabra esperanzadora del padre OSLER, al referirse al profesional de nuestra época agobiado de trabajo: «No confíes en preparar la salvación de tu alma mañana. Hazte merecedor

del perdón divino hoy mismo, todos los días, viviendo tu vida intensa y resueltamente, con el corazón limpio y sin fatiga, en el pequeño ambiente de tu trabajo. Si quieres conseguir la paz eterna, has de procurar que el límite de tu horizonte sea un círculo de veinticuatro horas».

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS VALLEJO.—«Las neurosis desde el punto de vista del médico no especializado.» *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.*, 17, 5, 1958.

ARIAS VALLEJO.—«Reflexiones sobre el diagnóstico de las enfermedades digestivas.» *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.*, 18, 6, 1959.

ARIAS VALLEJO.—«La especialización médica en el momento actual.» *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.*, 19, 6, 1960.

ARIAS VALLEJO.—«El trabajo en equipo en la Medicina actual.» *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.*, 20, 10, 1961.

FILLOUX.—«Le travail en groupe et les facteurs psychologiques.» *La Nature*, 2216, 343, 1961.

GAMARD, LEGRAIN y AUJALEU.—«Le médecin dans la societe d'aujourd'hui et de demain.» *Presse Medicale*, 6-7, 257-309, 1961.

JIMÉNEZ DÍAZ.—«La Medicina como ciencia.» *Rev. Clín. Esp.*», 64, 75, 1957.

LAÍN ENTRALGO.—«La amistad entre el médico y el enfermo en la Medicina hipocrática.» *Bol. R. Acad. Nac. Medicina.* Madrid, 124, 1, 1962.

MARAÑÓN.—«Vocación y ética.» Espasa Calpe. Buenos Aires, 1946.

GARRISON.—«Historia de la Medicina.» Calpe. Madrid, 1922.

ORTEGA Y GASSET.—«La rebelión de las masas.» Espasa Calpe. Buenos Aires, 1949.

DE VEGA.—«Grandeza y menosprecio del arte clínico.» *Bol. Patol. Médica*, 2, 2, 52, 1962.

PELÁEZ REDONDO.—«Contenido y aplicación de la Medicina clínica.» *Actualidad Médica*, 37, 467, 1961.

CAEIRO.—«La formación integral del médico.» *Rev. Asoc. Méd. Argentina*, 75, 5, 197, 1961.

PARROT.—Leçon inaugurale. Chaire de Physiologie pathologique de la Faculté de Medecine de Paris. *Presse Medicale*, 69, 2, 45, 1961.

CASTEX.—«Médico y enfermo. Relación existencial.» Club de lectores. Buenos Aires, 1961.

WEIZECKER.—«Faelle und Probleme.» *Antrop. Vorl. Med. Klin.*, 4, 1947.

GOLDBRUNNER.—«Individuation.» Wewel, Freiburg, 1949.

OKINCZYC.—«Humanisme et Medecine.» Labergerie, París, 1936.

SCHOLLGEN.—«Los problemas actuales de la psiquiatría.» Herder, Barcelona, 1959.

TROINSFONTAINES.—«De l'existence a l'etre.» Nauwelaerts, Louvain, 1956.

BRUNNER. «La personne incarnée. Etude sur la phenomenologie et la philosophie existencialiste.» Beauchesne, París, 1947.

QUILES.—«Más allá del existencialismo.» Miracle, Barcelona, 1958.

UEXKULL.—«Des Mensch und die Natur.» Francke, Bern, 1953.

CARUSO.—«Bios, Psyche, Ferson.» Alber, Munchen, 1957.

BARILARI y GRASSO.—«La vida del enfermo y su interpretación.» El Ateneo. Buenos Aires, 1948.

FRANK.—«Un psicólogo en un campo de concentración.» Plantin, Buenos Aires, 1956.

LEIBRAND.—«Der Gotliche Stab des Aeskulap. Eine Metaphysik des Arztes.» Salzburg, 1939.

CERVIA.—«Medicina humanística.» Santa Cruz de Tenerife, 1959.

COSSA.—«La Cybernetique.» Masson, París, 1957.

CASTEX.—*Bol. Acad. Nac. Medicina.* Buenos Aires, 34, 231, 1956.

PÍO XII.—*L'Osservatore Romano*, 242, 1956.

CARREL.—«La conducta en la vida.» Kraft. Buenos Aires, 1954.

LÓPEZ IBOR.—«La angustia vital.» Paz Montalvo. Madrid, 1950.

MUÑOYERRO.—Código de Deontología Médica.» Fax, Madrid, 1950.

Dirección: Marqués de Urquijo, 19. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 442 - TOMO LXXV
ENERO 1963
SECCIÓN VARIA

VIEJOS HOSPITALES ESPAÑOLES

LA FUNDACIÓN DE ANTEZANA HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA, DE ALCALÁ DE HENARES (1483), Y EL RECUERDO DE SAN IGNACIO DE LOYOLA

POR EL

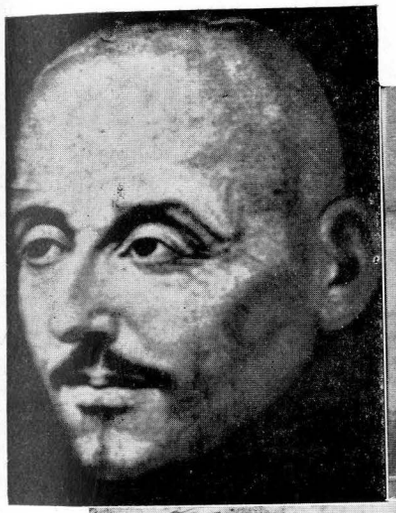
DR. CÉSAR FERNÁNDEZ-RUIZ

DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA Y DE BELLAS ARTES DE VALLADOLID

ALCALÁ de Henares, en donde murió el rey D. Juan I, en 1390, de accidente; lugar de nacimiento, en 1400, del hijo de la princesa Margarita, viuda ya del hijo de los Reyes Católicos, del príncipe que murió de amor, episodio que planteó un problema sucesorio al nacer muerta la criatura; en donde nació también D.ª Juana de Castilla, mal llamada la loca; y el infante D. Fernando en 1503; ciudad de residencia temporal de las Cortes de los Reyes Católicos, Carlos I y de Isabel de Farnesio, y a donde tantas veces acudieron los reyes a dar gracias a la Virgen de la Misericordia por beneficios concedidos; que guarda en torno a la fama de su antigua Universidad un puesto de vanguardia en nuestra historia cultural; conserva también su devoción a los restos de San Diego de Alcalá, el santo franciscano que mantiene la fe en la profecía de que en tanto sus venerados restos permanezcan allí, las aguas del río no inundarán la ciudad. Y junto a todos estos recuerdos, que son hitos de historia patria, el para nosotros muy singular de la estancia de San Ignacio de Loyola, vinculada estrecha y cordialmente al Hospital.

Junto a la Casa de Cervantes, en la actual calle del Generalísimo, está una vieja fundación benéfica de gran interés histórico, debida, según nos dice una lápida colocada en el pórtico, a los muy ilustres señores D. Luis de Antezana y D.ª Isabel de Guzmán, en MCDLXXXIII, que está al cuidado de una comunidad de Siervas de María, y dispone de doce camas para enfermos pobres transeúntes y de la localidad.

Según las Reales Provisiones y Ordenanzas de gobierno del Hospital, dictadas el 29 de agosto de 1764, con aprobación del rey D. Carlos, por el Cabildo de Cofrades del Hospital, citadas por el Bachiller D. Sebastián Pérez, practicante de Medicina del mismo, y presididos por el piostre D. Juan Francisco Xavier Verdejo, acuerdan mantener el número de nueve cofrades que viene formando su Cabildo, y que los cargos sean hereditarios a condición de ser hijosdalgo o pertenecer







RETRATO DE SAN IGNACIO, POR SÁNCHEZ COELLO (1585).

FACHADA DEL HOSPITAL DE ALCALÁ, FUNDACIÓN DE ANTEZANA.

APUNTE IMPRESIONISTA DEL HOSPITAL, TOMADO EL DÍA DE NUESTRA VISITA POR EL ILUSTRE PINTOR D. GREGORIO MORENO.

a la nómina de Caballeros Regidores de la Ciudad, donde sólo se admiten los que prueben su nobleza, que es lo que de inmemorial tiempo se viene observando; y se nombra capellán para la atención de los enfermos hospitalizados, un cirujano y dos médicos, un boticario, un practicante, un enfermero y una ama de gobierno.

Entre las normas de régimen interno figura que uno de los nueve Cofrades asista por semana a ver la comida de los enfermos, les consuele con sus visitas y se entere si tienen alguna necesidad de alimentación, y que el ingreso de enfermos se haga limitándolo a los verdaderamente necesitados, previa cédula firmada por alguno de los Caballeros Cofrades. Se dispone que todos los enfermos tengan tres días de convalecencia para que se restablezcan, y si alguno se levantase tan débil y flaco que necesitase más tiempo, se le mantenga, según la conciencia de los médicos, para que ni se perjudique el Hospital, ni a los convalecientes se les siga daño.

Se precisa que no sean admitidos como Hermanos Caballeros a familiares directos entre sí, para que se eviten parcialidades, y sólo se atienda al bien de los pobres enfermos y administración de las rentas del Hospital. Se prevee el aumento de camas si hubiere donaciones importantes. Estas Ordenanzas fueron aprobadas por el Real Consejo Supremo de Castilla el 4 de julio de 1765, y apenas modifican las que ya venían rigiendo desde la fundación del Hospital, dándonos muy buena idea de su régimen de gobierno y rectitud directiva.

El altar mayor de la iglesia, en la que se conserva culto, está presidido por la Virgen de la Misericordia, Patrona del Hospital, preciosa talla en madera policromada del siglo XIV.

Este viejo *Hospital de la Misericordia* conserva el entrañable recuerdo del paso de *San Ignacio de Loyola* durante sus casi dos años de estancia en Alcalá, a donde llegó en 1526 para estudiar filosofía, viviendo al principio de limosnas, hasta que recibió hospedaje en este Hospital de Antezana, en el que «le dieron una cámara y todo lo necesario». Esta habitación correspondía exactamente al local que actualmente ocupa una capilla de la iglesia llamada por esto «Capilla de San Ignacio», en cuyo altar puede verse un precioso crucifijo tallado en madera, anterior a esa época, ante el que oraba el Santo.

Al fondo de la nave central, un gran cuadro sin valor artístico conmemora las actividades del entonces estudiante, enseñando con sus predicaciones, y curando personalmente a los pobres enfermos, y con particular referencia a «*su poder para ahuyentar los espíritus malignos de que el Hospital estaba infestado*», según reza la leyenda existente en un cuadro inmediato.

En la planta superior, y contigua a la que fue habitación del Santo, se conserva intacta la cocina que utilizaba para preparar sus alimentos, y los de los enfermos, que las buenas religiosas enseñan con especial predilección y cariño.

Como era frecuente en estas viejas construcciones hospitalarias, hay un patio central cuadrado, encantador, con corredores de madera, que se conserva como en la época de San Ignacio; y en una esquina, el pozo del que sacaba el agua para sus menesteres y de los enfermos hospitalizados.

A este patio y a su cámara acudían gentes de todas las clases sociales a visitarle y pedirle consejos para sus problemas. Venían, según el hospitalero, «musus predicaciones, que a veces hacía en el mismo patio del Hospital, y que «eran chas mujeres casadas y hombres casados, e mozos, frailes, estudiantes», a escuchar ya un anticipo de sus famosos ejercicios espirituales».

De todo ello resulta que *el antiguo Hospital de la Misericordia de Alcalá de Henares es el punto de partida de la magna obra de San Ignacio*, que iba a culminar en Vicenza, en 1537, en la célebre reunión fundacional de la Compañía de Jesús, en la que le acompañaban algunos amigos de sus primeros momentos de Alcalá.

Es muy destacado en la vida de San Ignacio su especial cariño a los Hospitales, en los que solía hospedarse en sus constantes viajes; y así le vemos vivir, además de en el Hospital de Alcalá, en el de Santiago, de París, y en el de la Magdalena, de Azpeitia. En otros lugares en que no vivió en ellos los visitaba prodigando consuelos y cuidados, que él mismo necesitaba mucho para sí.

Atento también a las necesidades sociales, «*fundó en Roma, en 1544, el primer Asilo para internamiento de prostitutas*», que se llamó de Santa Marta, en el que se procuraba, no sólo la regeneración moral de las mujeres, sino con especial empeño su encauzamiento y recuperación en la vida, *junto con los cuidados médicos precisos*.

No es de extrañar, por tanto, que «el Santo caballeresco», como alguien le llamó, a fin de cuentas español, aparte de su saber y de sus prodigiosas dotes de catequesis y de organización, despertara especialísima devoción popular entre los enfermos, en los que por su mediación se obraron muchos milagros, y fuera invocado en toda clase de enfermedades, incluso para la protección de embarazos y partos, y, sobre todo, en las influencias demoníacas, tan frecuentes en la época. Así fue de uso corriente contra las fiebres la «planta de San Ignacio» o «Ignatia amara» y «el agua y aceite del Santo» como remedios curativos, porque ayer, como hoy, la fe verdadera es la gran medicina, o al menos el mejor y más seguro camino de curación.

Probablemente en San Ignacio, en su amor y predilección por los enfermos, influyó su propio sufrimiento, al que hace referencia el más moderno de sus biógrafos, P. R. García Villoslada (1955-56). El mismo Santo, en sus escritos, hace alusión a persistentes dolores de estómago con crisis agudas, que él mismo atendía con aplicaciones de calor, y episodios febriles periódicos, todo ello soportado con excepcional valor y sin interrumpir sus agotadoras tareas e incómodos viajes. A su muerte, ocurrida en 1556, alrededor de los sesenta y cinco años de edad, la autopsia practicada por el ilustre cirujano de Roma, Realdo Colombo, el maestro y amigo de Miguel Angel y sucesor de Vesalio en la cátedra de Padua, «*demostró la existencia de cálculos biliares*»; *litiasis hepática*, que explica bien el crónico, febril y dolorosísimo padecimiento de San Ignacio, al que muy bien pudo sobreañadirse un paludismo, tan frecuente entonces.

En resumen, que la vida de San Ignacio de Loyola tiene muchas relaciones con la Medicina, y todo ello viene a la mente cuando se visita el evocador rincón hospitalario de Alcalá de Henares.

Del aspecto físico del Santo hay algunos retratos basados en su mayoría en la mascarilla tomada de su cadáver; especialmente realista es el debido a Sánchez Coello, el famoso pintor de la Corte de Felipe II, que acompaña este trabajo; y los de Roelas, de Conte, y el de Bartolomé Pérez en el Museo del Prado; muy acertado es también el grabado en cobre de Hierónymus, del siglo XVI; y muy conocido y espléndido en su composición artística, alusiva al poder sobrenatural de San Ignacio para la curación de «posesos», es el magnífico cuadro de Rubens del Museo Histórico de Arte, en Viena.

En el viejo y simpático Hospital de Alcalá no podía faltar el pequeño Museo o «Relicario», en el que puede verse una tabla que revela la devoción de aquellas gentes a la Virgen de la Misericordia, Patrona del Hospital, cuya protección se imploraba con las siguientes «coplillas»:

De Misericordia eres
Madre amable.
No nos dé el cólera,
no nos desampares.

Somos pecadores,
por tanto culpables.
No nos dé el cólera,
no nos desampares.

Eres el remedio
contra todos los males.
No nos dé el cólera,
no nos desampares.

Eres el refugio
de los miserables.
No nos dé el cólera,
no nos desampares.

Eres de Alcalá
el mar de bondades.
No nos dé el cólera,
no nos desampares.

Ruega por nosotros,
Santa y Madre de Dios,
para que seamos dignos
de la promesa...

Dirección: Calle Mayor, 33. Palencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

LITIASIS CALICILAR. SU TRATAMIENTO (*)

POR EL

DR. ANTONIO PUIGVERT

JEFE DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

BARCELONA

La litiasis urinaria, o «mal de piedra», es una de las enfermedades más antiguas que aquejan a la Humanidad, como lo atestiguan los hallazgos llevados a cabo en las momias egipcias; y, no obstante su antigüedad, es una de las enfermedades cuya etiopatogenia está menos conocida y, por ende, peor tratadas, ya que al desconocerse, en la mayoría de los casos, su causa y patogenia, el tratamiento es puramente sintomático, limitándose a extraer el producto de la enfermedad, cual es el cálculo, sin haber hecho nada positivo para combatir o suprimir su etiopatogenia.

La litiasis renal es la manifestación o exponente local de una enfermedad, en los más de los casos general (enfermedad litiásica), de evolución crónica, indeterminada la mayoría de las veces, intermitente en sus manifestaciones y frecuentemente bilateral, bien sucesiva o alternativamente, y que requiere en su inicio buena función secretora renal, pues la deficiencia funcional comporta disminución de la calciuria a la par que de las otras sales, lo cual dificulta la formación de los primeros concretos generadores del cálculo. El producto final de la misma es la formación del cálculo, el cual puede quedar acantonado en las cavidades calicilares, lugar de frecuente iniciación; en la pélvica, o bien ser expulsado al exterior. Es en esta fase de la enfermedad, *fase calculosa*, cuando la clínica y exploración radiológica serán concluyentes; no así en la fase anterior, *fase precalculosa*, acerca de la cual poco o nada conocemos, ya que la clínica es totalmente inespecífica, y la exploración radiológica, negativa en la mayoría de los casos.

La litiasis renal se presenta en dos puntos o encrucijadas etiopatogénicas principales: pielocalicilar y ureteropiélica. Nos ocuparemos solamente de la primera, por ser ésta el tema de nuestra conferencia.

ETIOPATOGENIA

La *etiología* de la litiasis renal es oscura y compleja, barajándose múltiples teorías, sin que ninguna de ellas la explique satisfactoriamente.

Entre las que gozan de mayor predicamento, citaremos:

a) La orina es una solución sobresaturada de sustancias salinas cristaloides, sobresaturación que se mantiene merced a los llamados coloides protectores. Esta

(*) Resumen de la conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Zaragoza el día 5 de abril de 1962.

protección «se rompe» cuando aumenta la excreción de sales, como acontece en el hiperparatiroidismo, inmovilizaciones prolongadas (fracturas, osteopatías, etc.), o bien cuando disminuyen los coloides protectores (infecciones urinarias y extraurinarias).

b) Incrustación de materiales sólidos (bacterias, cuerpos extraños, esfacelos tisulares, etc.) con sales urinarias.

c Déficit de vitamina A.

d) Reacción urinaria, que interviene en el mantenimiento de la estabilidad de las soluciones cristaloides y en la composición de los cálculos.

e) Obstrucción urinaria.

f) Hiperparatiroidismo. Un 5 por ciento aproximadamente de las litiasis renales se deben a hiperfunción paratiroidea.

La *patogenia* es igualmente oscura. RANDALL intenta explicarla, basándose en estudios anatómicos *postmortem*, a partir de lesiones degenerativas papilares, que originarían placas de calcificación intersticial extratubular, placas que al ulcerarse la mucosa de revestimiento papilar quedarían en contacto con la excreción urinaria, produciéndose la deposición de sales urinarias que darían lugar a la formación del cálculo. En los primeros estadios el cálculo estaría anclado a la placa de calcificación. Posteriormente, este puente de unión se rompe, quedando el cálculo libre en la cavidad calicilar.

Para ANDERSON se originarían a partir de microlitos o cálculos microscópicos, formados por la confluencia o aglomeración de elementos macrofágicos cargados de precipitado cálcico. Estos microlitos de tamaño microscópico miden tan sólo cuatro o cinco veces el tamaño de una célula tubular; al aumentar de volumen y ponerse en contacto con la orina darían lugar, por deposición de sales urinarias, al desarrollo del cálculo.

CARR discrepa de ambos en cuanto a la localización de las lesiones iniciales, que él las sitúa por fuera del fórnix calicilar, y también en cuanto a la lesión inicial, que las denomina concreciones.

Para CARR, el sistema linfático juega un papel capital en la patogenia de la litiasis. Según él, las concreciones calculosas se encuentran también en riñones normales, las cuales, y debido a un buen mecanismo linfático «depurador», serían eliminadas del riñón, al igual que las partículas extrañas del pulmón son drenadas a los ganglios mediastínicos. Cuando este mecanismo depurador linfático falla, bien por exceso en la formación de concreciones calculosas, o por obstrucción linfática, las concreciones aumentarán de número y tamaño, lo cual facilitará la rotura de la membrana que las separa del fórnix calicilar, permitiendo la salida con la orina y, con ésta, la deposición de sales y formación del cálculo.

Como vemos, las tres teorías tienen un denominador común: formación del cálculo por deposición de sales alrededor del núcleo calculoso primitivo. Discrepan, en cambio, en cuanto al origen de dicho núcleo, que para RANDALL se originaría en una lesión papilar degenerativa, y para ANDERSON y CARR serían núcleos presentes en riñones normales, siendo lo patológico su incremento. CARR es, sin embargo, el único que incrimina al sistema linfático como mecanismo patogénico.

El riñón es un órgano rico en linfáticos. La dificultad de no ser reconoscibles en cortes histológicos ordinarios y la imposibilidad de inyectarlos retrógradamente, dada la presencia de válvulas en el punto de emergencia del riñón, dificulta su estudio e identificación. GRAY reconoce la existencia de tres plexos principales: perirrenal, subcapsular y parenquimatoso. Estos tres plexos comunican libremente entre sí, drenando el último en los ganglios de la cadena paraaórtica. RAWSON

describe tres grupos de linfáticos en el plexo parenquimatoso, el mayor de los cuales, situado en la zona córticomedular, a lo largo de los vasos arcuatos, recibe los linfáticos corticales (los cuales drenan a su vez los linfáticos perirrenales y subcapsulares) y los piramidales originados en el vértice papilar. De este plexo córticomedular se originan cuatro o cinco grandes troncos, los cuales abandonan el riñón a nivel de los fórnix calicilares, conjuntamente con las estructuras vasculares. Es en estas formaciones linfáticas donde CARR sitúa las concreciones calculosas, núcleos primitivos de los cálculos renales.

DIAGNÓSTICO

Hemos hablado anteriormente de dos fases o estadios en la patocronia litiásica: precalculosa y calculosa. La primera, decíamos, se caracteriza por su inespecificidad clínica y radiológica. Esto, sin embargo, no es rigurosamente cierto por lo que respecta a la exploración urográfica. No es lo mismo que no existan lesiones, a que nosotros no sepamos interpretarlas. Estas lesiones son de tal finura y delicadeza, que frecuentemente nos pasan desapercibidas, o no sabemos darles la interpretación patogénica que les corresponde.

De todo nuestro armamentarium exploratorio diagnóstico es, sin duda, la pielografía descendente la que nos proporciona mejores datos diagnósticos. Unas veces será una placa de calcificación papilar o una concreción por fuera del fórnix calicilar; otras, una borrosidad en el vértice papilar fácilmente distinguible de una lesión específica, las que nos inducirán a reconocer como litógenas determinadas zonas del parénquima renal.

La arteriografía renal selectiva nos puede mostrar zonas de menor vascularización en vértice piramidal, que comportan igualmente una patogenia litógena. Estas zonas de isquemia tisular serán secundarias a lesiones de esclerosis intersticial, que «ahogarán» los vasos, y no a lesiones vasculares primitivas.

Ni la pielografía ascendente, ni las pruebas de exploración renal nos aportarán datos de valor en estas fases iniciales, siendo positivas tan sólo en aquellos estadios avanzados, cuando la cirugía conservadora esté contraindicada por la intensidad de las lesiones, debiendo entonces limitarnos a la nefrectomía total.

TERAPÉUTICA

Para que la terapéutica sea racional y efectiva, le ha de preceder un diagnóstico exacto y un perfecto conocimiento de la etiopatogenia. Conocido el diagnóstico de la dolencia, su causa y mecanismo de acción, la terapéutica no ofrece dificultades, y el éxito coronará nuestros esfuerzos.

Cuando estos postulados o premisas no se cumplen, los resultados terapéuticos serán dispares y, por lo general, condenados al fracaso. Este axioma se cumple con toda fidelidad en patología litiásica renal. Si descartamos aquellos casos poco frecuentes en que la litiasis reconoce como causa un hiperparatiroidismo, o una malformación congénita de vías excretoras, en los demás desconocemos la causa de la misma y, por tanto, nos encontramos totalmente desarmados para llevar a cabo una terapéutica etiológica.

Cuando en patología litiásica nos limitamos a extraer el cálculo, fácil es predecir el futuro del paciente: la recidiva puede ser frecuente, salvo excepciones, por desgracia escasas. Es algo así —valga el símil— como si pretendemos curar a un bronquiectásico o tuberculoso pulmonar suprimiéndole la tos. El cálculo

no es ni más ni menos que el «esputo» del litiásico. En aquellos casos en que nuestra terapéutica sintomática de litectomía sea seguida de curación del paciente, no debmos atribuir el éxito al método seguido para la extracción del cálculo, ya que aquél obedecerá a causas biológicas espontáneas que habrán modificado o suprimido las condiciones etiopatogénicas responsables de la formación y desarrollo del cálculo.

Cuando en los exámenes preoperatorios descubrimos lesiones papilocalicilares, llámense placas de RANDALL, microlitos de ANDERSON o concreciones de CARR, o bien zonas mal irrigadas secundarias a esclerosis intersticial, lesiones o condiciones que «fijarán» las causas patogénicas de la litiasis a determinados sectores del parénquima renal, el único tratamiento eficaz será sacrificar esa parte de tejido noble, noble pero hipofuncionante, en beneficio del resto de parénquima.

Hubo quien aconsejaba y practicaba, con esta finalidad patogénica, la calicectomía, operación afortunadamente deshechada en vista de sus fracasos. ¿Qué se pretendía conseguir al extirpar un cáliz si la enfermedad radicaba en el vértice papilar o fórnix calicilar? Pensemos cuál es el futuro del renículo correspondiente al eliminar su vía excretora para deducir la inoperante en esta técnica.

Vemos, pues, que ni las simples pielotomías o calicectomías comportan curación en litiasis calicilar. Hoy por hoy y hasta tanto desconozcamos la etiología de la misma, nos tenemos que contentar con hacer un tratamiento patogénico, como es la nefrectomía parcial, si conseguimos descubrir o localizar el foco litógeno local.

Esta opinión no es gratuita, ni fruto de prolongadas lecturas, sino que se apoya en nuestra extensa casuística, que alcanza a un centenar de casos de N. P. por litiasis y a varios cientos de pacientes tratados por simples litectomías, pudiendo comprobar los resultados en unos y otros.

RESUMEN

Expone que la litiasis renal es la manifestación local de una enfermedad general de evolución crónica, indeterminada, intermitente en sus manifestaciones y frecuentemente bilateral, cuyo producto final es la formación del cálculo que puede quedar en las cavidades calicilares o ser expulsado al exterior.

Esta litiasis renal se presenta en dos puntos principales: pielocalicilar y ureteropiélica. Señala las diversas teorías para explicar la etiopatogenia de esta primera localización, indicando que es en las formaciones linfáticas del riñón, donde se sitúan las concreciones calculosas, núcleos primitivos de los cálculos renales.

Para que la terapéutica sea racional y efectiva, requiere un diagnóstico exacto, y señala que es la pielografía descendente la que proporciona mejores datos a este respecto. Como tratamiento, considera la nefrectomía parcial como el mejor, en aquellos casos en que se consiga descubrir o localizar el foco litógeno local; basando esta indicación en los favorables resultados conseguidos en más de un centenar de casos atendidos personalmente.

Dirección: Provenza, 345. Barcelona (9).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

IGUALACIÓN DE LA TIBIA

POR EL

DR. VICENTE SANCHIS OLMOS

PROFESOR JEFE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA, HUESOS Y ARTICULACIONES DEL HOSPITAL PROVINCIAL

MADRID

GENERALIDADES

La desigualdad entre las dos tibias puede ser debida al crecimiento excesivo de una de ellas, lo que es raro, o a un deficitario desarrollo de la más corta, lo que constituye la casi totalidad de los casos clínicos. Las causas pueden ser múltiples, y ellas hay que tenerlas en cuenta.

Para la compensación y para el tratamiento de las diferencias de longitud de las tibias hay que tener en cuenta la que puede existir por debajo, a nivel del tarso posterior, y que hay que sumar a la estricta tibial.

La medición debiera incluir el esqueleto del pie. Lo ideal sería la telerradiografía lateral de cada pierna con el pie incluído. Como ello puede complicar o encarecer la rutina radiográfica de medición simultánea de los dos miembros inferiores, se puede soslayar la radiografía lateral y calcular que a la diferencia obtenida en la radiografía anteroposterior, hay que añadir las siguientes cifras aproximadas: artrodesis de tobillo, 0'5 a 1 cm. (al centímetro se llega con la artrodesis intraarticular, que reseca los cartílagos de las superficies tibial y astragalina; si la artrodesis es por injerto sin resección articular, la pérdida de longitud es mínima). Artrodesis subastragalina con resección de superficies, 1 cm.; astragalectomía, 2 cm. La artrodesis tipo Grice no acorta.

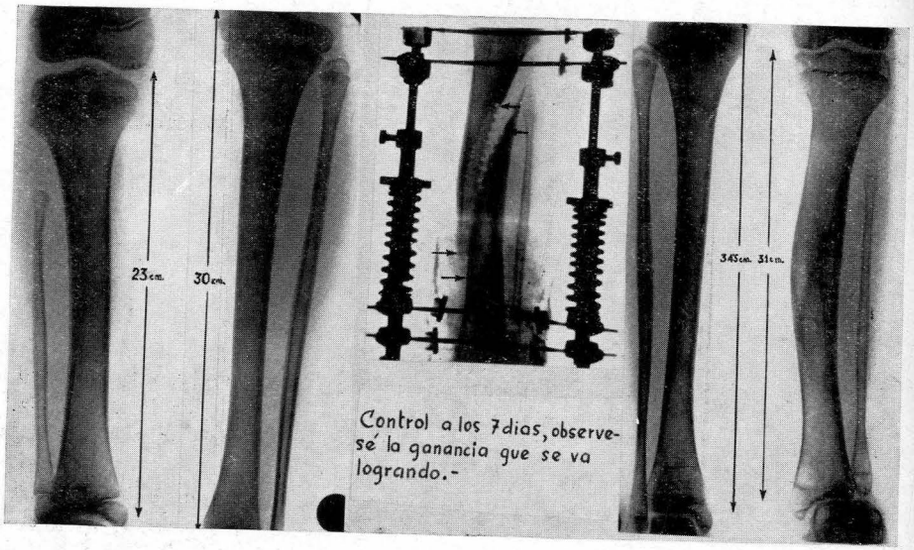
TRATAMIENTO CONSERVADOR

La diferencia de longitud puede compensarse fisiológicamente por la simple aplicación de un realce en el zapato correspondiente, con lo que las rodillas quedan niveladas. También puede usarse de manera provisional un realce exclusivo en el talón colocando en equinismo el pie. No aconsejo que esta medida se use como definitivo sistema compensador.

Los métodos fisioterápicos de estimulación del cartílago de conjunción (onda corta, diatermia, ultrasonido, hiperemia pasiva de Bier, etc.) no demostraron la eficacia que algunos pocos encontraron. Los intentos de estimulación con la hormona del crecimiento tampoco han sido comprobadas.

Tratamiento indirecto

En la poliomielitis, al lado de los factores centrales tróficos, se suelen sumar factores periféricos por la falta de estímulo funcional, casi siempre y a menudo por la asociación de contracturas musculares (del Aquiles y de los flexores de la rodilla) y retracciones de las fascias y de la cápsula articular de la rodilla, que actúan como elementos mecánicos frenadores del crecimiento.



Izquierda Derecha
Telerradiografía preoperatoria.
Diferencia: 7 cm.
(Invertida la copia radiográfica.)

Derecha Izquierda
Telerradiografía de control a los catorce meses.
Diferencia: 3'5 cm.
Ganancia: 3'5 cm.

Figura 1.—Hist. priv. 3671. Mujer de 12 años. Acortamiento congénito con hemimelia transversal del peroné. Osteotomía oblicua y colocación en el aparato de distracción con cuatro clavos a la manera de Abbott. Se obtuvo un alargamiento de 3'5 cm. (Posteriormente ha sido operada de alargamiento femoral.)

Por esta razón son eficaces algunas intervenciones sobre las partes blandas (capsulotomía de la rodilla, fasciotomía de la cintilla iliotibial, alargamiento del tendón de Aquiles), que devuelven la tensión normal a las estructuras retraídas.

Asimismo, otras intervenciones que facilitan la dinámica del miembro mejoran el desequilibrio del ritmo del crecimiento (transplantes al tríceps, estabilización del pie paralítico, correcciones y transplantes a nivel de la musculatura del muslo y de la cadera).

Acción quirúrgica sobre la tibia

Finalizado el período de crecimiento, para poder igualar las tibias habrá que alargar la corta, acortar la larga o conjugar ambos actos alargando la una y acortando la otra.

Si el sujeto está en edad de crecimiento, podemos (además de los recursos

posibles para los adultos) estimular el crecimiento del lado más corto o frenar o suprimir el crecimiento del lado más largo.

Alargamiento de la tibia. — El alargamiento de la tibia que creció o crece menos, constituye el método más elegante y estético. Mantiene la estatura que debiera tener el paciente y, por lo tanto, las proporciones. Constituye para mí el ideal, aunque no todos los casos sientan esta indicación operatoria. Las diversas técnicas han sido estudiadas por nosotros en la ponencia, que con nuestros colaboradores, Vaquero y León, expusimos al IX Congreso de la S. E. C. O. T. [1]. Sigo fiel a mi técnica en dos tiempos, que considero la más segura e inocua y que corresponde, con algunas modificaciones, a la que presenté el año pasado al Congreso de la Sociedad Francesa de Ortopedia [2]. Nuestra experiencia de alargamientos de la tibia es de dieciséis casos, doce realizados en 1954 con la clásica técnica de Abbott, modificada por Barr y Ober, y catorce llevados a cabo durante los años 1961 y mitad de 1962, cuando desarrollamos nuestra técnica. Aunque los dos primeros casos tuvieron un resultado final excelente con alargamiento de 3'5 y 5'1 centímetros, el postoperatorio fue tan tempestuoso, por la imposibilidad de evitar la tendencia de los fragmentos a desplazarse hacia delante, que desistí de practicar nuevos alargamientos mientras no dispusiera de una técnica mejor (figuras 1 y 2).

Nuestra técnica actual no es todavía perfecta, pero los defectos e inconvenientes encontrados no son angustiosos y se refieren fundamentalmente al control de la alineación exacta de los fragmentos. Se trata de pequeños problemas que esperamos resolver en breve, pero que no alteran las características de sencillez de nuestra operación, que en mi Servicio realizan también mis colaboradores más calificados.

Constituye un delicado proceso técnico, para lo que es necesario, ante todo, preparación científica, después habilidad quirúrgica y simultáneamente equipo colaborador, vigilante, atento a todos los detalles postoperatorios, incluído el de la rehabilitación física (figuras 3, 4 y 5).



Figura 2.—Hist. priv. 3671. El mismo caso de la figura anterior, a la cual se le alargó 3'5 cm. el fémur. Resultado final.

Acortamiento de la tibia.—Tengo muy poca experiencia. Un solo caso, que resolví con una osteotomía en Z resecando 4 centímetros (figura 6).

Acortamiento y alargamiento.—Los partidarios del alargamiento en un solo tiempo pueden, como ideó Palmer [3] para el fémur, rellenar la abertura de la tibia con un cilindro resecado de la tibia más larga.

Yo preferiré operar en dos tiempos al combinar el alargamiento de un lado y el acortamiento en el otro: el primer tiempo será el correspondiente al del alargamiento y en el segundo se rellenará el espacio con un trozo de tibia que se

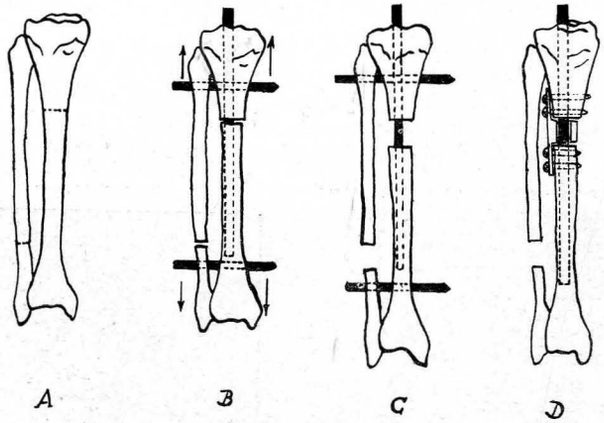
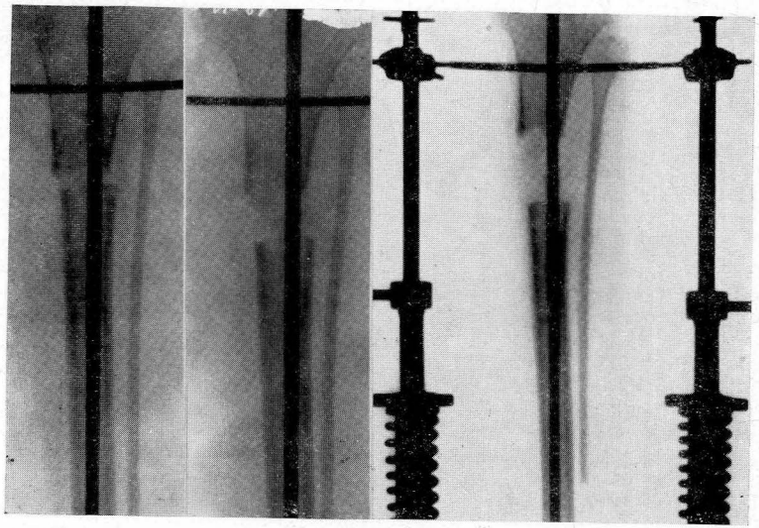


FIGURA 3.—TÉCNICA DEL ALARGAMIENTO DE LA TIBIA. A) LOCALIZACIÓN DE LA OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ. B) LA OSTEOTOMÍA HA SIDO REALIZADA Y SE HAN COLOCADO EL CLAVO INTRAMEDULAR Y LOS DOS METAFISARIOS QUE FIJAN EL APARATO DE DISTRACCIÓN. C) SE HA REALIZADO LA DISTRACCIÓN PREVISTA. D) REALIZADO EL SEGUNDO TIEMPO, SE PUEDE OBSERVAR LA COLOCACIÓN DEL INJERTO ATORNILLADO EXTERNO Y LA CUÑA CORTICAL INTERNA. (PARA MAYOR CLARIDAD NO SE HAN REPRESENTADO LOS FRAGMENTOS DE ESPONJOSA DE RELLENO.)



7 DÍAS
0'5 CM.

15 DÍAS
2 CM.

33 DÍAS
3 CM.

FIGURA 4.—H. 12675. VARÓN DE 17 AÑOS. SECUELA POLIOMIELÍTICA. ACORTAMIENTO DE 3'5 CM. OSTEOTOMÍA PARA ALARGAMIENTO DE LA TIBIA. EVOLUCIÓN DE LA DISTRACCIÓN.

extirpa para acortar. Con el acortamiento compensamos lo que todavía nos falte para igualar.

Estimulación de la tibia. — No voy a discutir los diversos métodos de estimulación, tema que ha sido planteado en nuestra ponencia.

En nuestro Servicio se han realizado ciento treinta estimulaciones de la tibia usando cortical de hueso homólogo conservado en cialit.

Para mí, la acción estimuladora es de tipo activo, es decir, por acción directa sobre el cartílago de conjunción. Por esta razón, introducimos trozos de hueso conservado en la zona metafisaria sustituyendo a la esponjosa que extirpamos (figura 7).

Al mismo tiempo se despega el periostio. Tanto la perforación cuanto el despegue perióstico se hace de manera selectiva, es decir, en la parte posterior si existe tendencia a la flexión de la rodilla; en la anterior, si ha recurvatum; en la externa, si el paciente tiene un genu valgus. En algunos casos se añadió una tira de piel conservada, rodeando el hueso entre la cortical y el periostio.

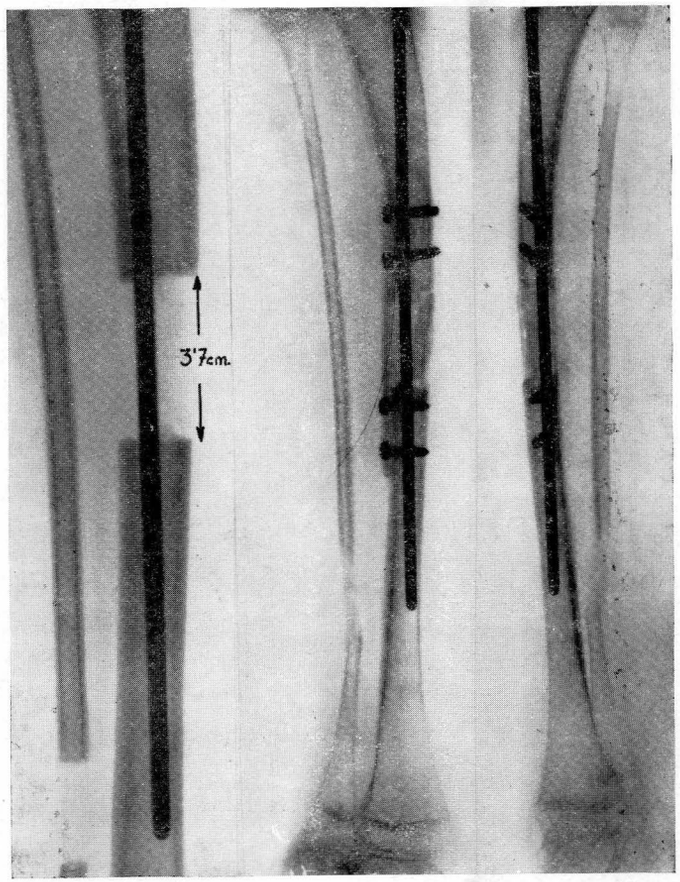


FIGURA 5.—H. 2382. VARÓN DE 10 AÑOS. ACORTAMIENTO POR SECUELA POLIOMIELÍTICA. OSTEOTOMÍA TRANSVERSAL PARA ALARGAMIENTO DE LA TIBIA. A LOS CUARENTA Y SEIS DÍAS, OBTENIDO UN ALARGAMIENTO DE 3'7 CON INJERTO. EXCELENTE FUSIÓN A LOS DOS MESES Y MEDIO. EL CLAVO CURVO SE INTRODUJO POR DEBAJO DE LA METÁFISIS TIBIAL Y DEL CARTÍLAGO DE CONJUNCIÓN.

Aunque tenemos algunos resultados muy buenos y que se mantuvieron, la estimulación, en la mayor parte de los casos, es pequeña y no persiste más allá del año o de los dos años.

En el 10 por ciento de los casos bien revisados, es decir, con datos previos y posteriores de medición radiográfica, se obtuvieron ganancias mayores de 0'5-1'5 centímetros, a las que había que sumar lo que no se perdió durante ese tiempo (dato variable según la edad esquelética del paciente). En 45 por ciento se obtuvo una

modificación favorable del ritmo del crecimiento, consiguiéndose que no aumentase la diferencia preoperatoria o conservando la ganancia obtenida inicialmente.

Frenado o supresión del crecimiento. — En 1947 comencé a realizar los frenados según BLOUNT [4] y las epifisiodesis según PHEMISTER [5]. Hemos usado siempre las tablas de GREEN y ANDERSON [6], que aquél me facilitó en Boston, en 1946, antes que fueran publicadas.

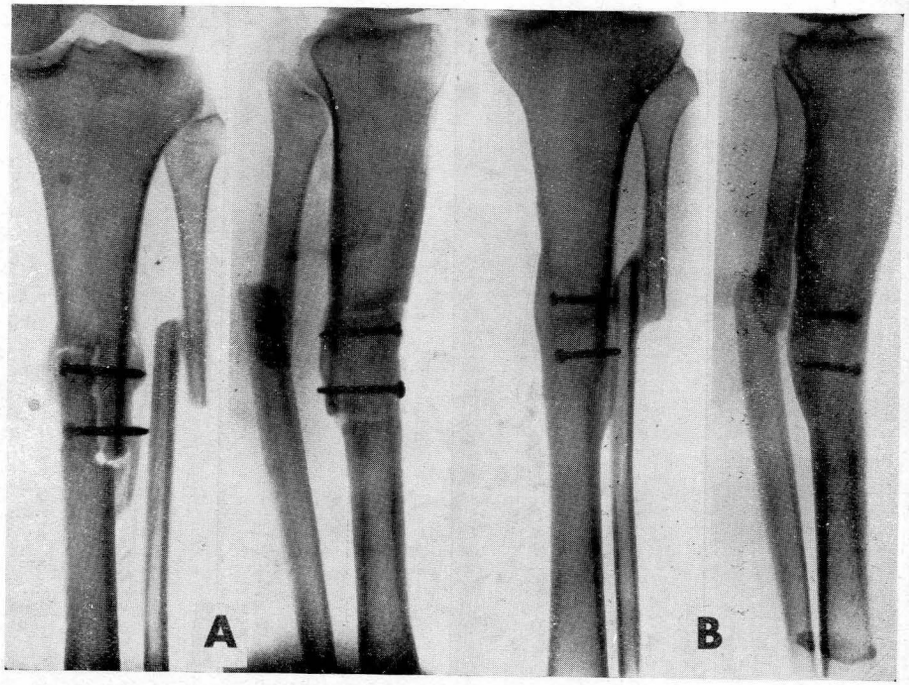


FIGURA 6.—H. priv. 1296. MUJER DE 18 AÑOS. ACORTAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TIBIA DE 4 CM. CON TÉCNICA EN Z. A) CONTROL A LOS CUATRO MESES. CONSOLIDACIÓN OBTENIDA. B) CONTROL A LOS NUEVE AÑOS DE LA INTERVENCIÓN. CAPACIDAD FUNCIONAL DEL TOBILLO Y PIE, PERFECTAS.

Bajo mis instrucciones se operó una notable serie de casos en otro Hospital durante los años 1947, 1948, 1949 y parte de 1950, que no hemos podido revisar, pero que constituyó una experiencia, que podríamos añadir a los casos operados por nuestro equipo en el Hospital Provincial de Madrid o por mí directamente en enfermos privados.

Nuestra experiencia fue referida en la ponencia realizada con VAQUERO y LEÓN [1], citada anteriormente, y coincide con la de la mayor parte de los autores.

La técnica de BLOUNT no nos dio buenos resultados por un sin número de circunstancias: grapas poco resistentes, defectos técnicos operatorios, etc. Hay que tener en cuenta que por ser operación de poco riesgo quirúrgico, la ejecución técnica se encomienda a asistentes más bien noveles, y la verdad es que la técnica no es difícil, pero exige cuidar al máximo pequeños detalles.

Quizá sea esta la razón para que sean pocos los cirujanos que, como BLOUNT, obtienen los resultados apetecidos.

Las epifisiodesis nos han dado resultados irregulares, por tres razones: 1.º Tendencia a retrasar el momento de su aplicación por miedo a la hipercorrección, que sería una contingencia muy desagradable. 2.º Cálculo erróneo, por hacerlo sobre la tabla de GREEN, cuyos índices de crecimiento se prolongan más y son mayores que en nuestros niños, que maduran más precozmente y tienen menor estatura. 3.º Defectos técnicos, sobre todo en la operación, en el lado externo, con insuficiente extirpación del cartílago y producción de un genu varus.

La epifisiodesis es una operación que rechazan muchos de nuestros pacientes y sus familiares, por dos razones: 1.ª Porque no quieren operarse el lado sano. 2.ª Porque no quieren disminuir de altura. Al unirse ambas razones, refuerzan la aversión de los enfermos y de sus padres a este tipo de operación.

Otras combinaciones.—En algunos casos se puede estimular en un lado y frenar en otro. Otras veces podemos realizar estimulaciones en temprana edad y el alargamiento definitivo al final del período de crecimiento.

En ocasiones podremos alargar un lado y frenar el otro. Asimismo cuando el frenado del lado más largo fue insuficiente, podemos, al finalizar el período de crecimiento, alargar la tibia que quedó corta.

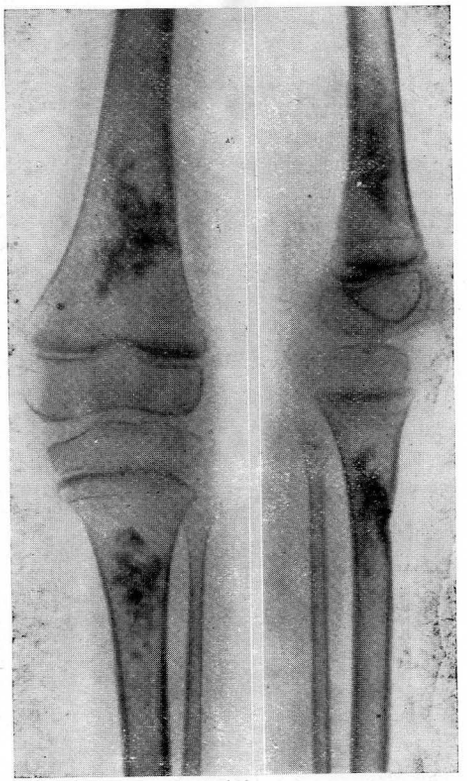


FIGURA 7.—UN CASO DE ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO EN LONGITUD.

CONCLUSIONES

Para igualar las tibias, disponemos de diversas posibilidades técnicas que admiten combinaciones variadas entre ellas.

Terminado el período de crecimiento podemos alargar el lado corto, acortar el largo o combinar ambas técnicas.

Creemos que diferencias hasta de 2 centímetros no deben ser operadas, sino resueltas con realces en el calzado.

Diferencias entre 2 y 5 centímetros deben ser resueltas mediante alargamiento, siendo preferible quedarse corto si se plantean dificultades postoperatorias.

En diferencias vecinas o superiores a 5 centímetros, es preferible combinar el alargamiento de 3-4 centímetros con el acortamiento complementario del otro lado.

El acortamiento como método exclusivo de igualamiento de tibia, debe quedar limitado a los casos de alargamiento patológico cuando existe riesgo notorio para el alargamiento del lado corto (cicatrices, osteitis, seudoartrodesis o curvaduras congénitas, etc.).

Creo que mi técnica operatoria ofrece las mayores ventajas para el alargamiento operatorio de la tibia.

Durante el período de crecimiento la estimulación puede intentarse en casos de ritmo muy desigual en niños antes de los ocho años e incluso repetirlo más de una vez hasta poder plantear el programa definitivo de igualamiento.

La epifisiodesis será el método de elección cuando no pretendamos compensar más de 3 centímetros. Para mayores diferencias es preferible alargar el lado corto y vigilar el desarrollo para con la epfisiodesis igualar al final.

La existencia del cartílago de conjunción no es inconveniente para usar nuestra técnica durante la adolescencia, pero exige centrar bien el clavo intramedular.

Cuando, de acuerdo con las tablas de crecimiento, creemos que se originarán diferencias mayores de 5 centímetros, se debe alargar la tibia alrededor de los 3 centímetros, y nos queda todavía margen para realizar una epifisiodesis de la otra tibia antes de finalizar el período de crecimiento o para repetir el alargamiento unos años después, o usar la técnica del acortamiento.

Cualquier decisión que se tome, debe ser bien meditada y realizada de acuerdo con el paciente y sus familiares, a quienes se debe exponer con toda claridad las ventajas, inconvenientes y riesgos de las diversas técnicas y combinaciones. De esta manera nuestra conciencia no podrá echarnos en cara ningún fallo en el sentido de responsabilidad, que será lo que guíe nuestra conducta.

RESUMEN

Se analizan las múltiples causas que pueden dar lugar a una desigualdad entre ambas tibias, indicando que para el tratamiento de las diferencias de longitud hay que tener en cuenta la que puede existir por debajo, a nivel del tarso posterior, y que hay que sumar a la estrictamente tibial.

Estudia y fundamenta: el tratamiento conservador, el tratamiento indirecto y la acción quirúrgica sobre la tibia, señalando que para igualar ambas tibias se puede disponer de diversas posibilidades técnicas que admiten combinaciones variadas entre ellas, y refiere su experiencia personal y aportaciones en los diversos métodos descritos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABBOTT, L. C.—«The operative lengthening of the tibia and fibula.» *Journ. Bone Joint Surg.*, 9, 128, 1927.
2. BARR, J. S., y OBER, F. R.—«Leg-lengthening.» *Journ. Bone Joint Surg.*, 15, 674, 1933.
3. BLOUNT, W. P.—«Inequality in length of the lower extremities in Campbell's operatives orthopaedics.» Tomo II, pág. 1.829, Mosby Company, St. Louis, 1956.
4. GREEN, W., et ANDERSON, M.—«Experiences with epiphyseal arrest in correcting of discrepances in length of the lowver extremities in infantile paralysis.» *Journ. Bone Joint Surg.*, 29, 659, 1947.
5. GREEN, W., et ANDERSON, M.—«Epiphyseal arrest for the correction of discrepances in length of the lower extremities.» *Journ. Bone Joint Surg.*, 39-A, 853, 1957.
6. PALMER, I.—«The correction of inequality of length between the lower extremities. A surgical procedure.» *Acta Chir. Scandin.*, 101, 179-184, 1951.
7. PHEMISTER, D.—«Operative arrestment of longitudinal growth of bones in the treatment of deformities.» *Journ. Bone Joint Surg.*, 15, 1, 1933.
8. SANCHIS OLMOS, V.—«Les allongements thérapeutiques du tibia.» *Rev. Chir. Orthop.*, 47, 6, 686, 1961.
9. SANCHIS OLMOS, V.; VAQUERO GONZÁLEZ, F., y LEÓN VÁZQUEZ, F.—«Las diferencias en longitud de las extremidades inferiores y su tratamiento.» Ponencia presentada al IX Congreso Nacional de la S. E. C. O. T., Madrid, 8-11 octubre 1962.

Dirección: General Sanjurjo, 34. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

EL MÉDICO ANTE EL PROCTÓLOGO (*)

POR EL

DR. JAVIER LENTINI

BARCELONA

¿Por qué razón seguimos los proctólogos viendo tardíamente a los pacientes portadores de una neoplasia maligna, muchas veces un año o más después del comienzo de los primeros síntomas? ¿Por qué sucede esto con nuestra especialidad, mientras que en otras es más frecuente el hecho del diagnóstico precoz? ¿Por qué visitamos tan pocos enfermos proctológicos en relación al enorme número de los que padecen de esta región? ¿Por qué en la mayoría de las ocasiones nos llegan los pacientes ya intervenidos por otras manos y nos corresponde a nosotros arreglar tantos desaguisados como posiblemente en ninguna otra rama de la medicina? ¿Por qué en muchos ambientes, incluso científicos, se considera la proctología como una rama inferior de la medicina?

Hay tantos «porqués» como concausas que los provocan. A través de estas líneas vamos a intentar vislumbrar algunos de los factores predisponentes y también en ocasiones determinantes de estas deficiencias.

ACTITUD DEL ENFERMO ANTE LAS AFECCIONES RECTALES

Una gran parte del mal estriba en la naturaleza misma de las afecciones rectales, ya que no suelen producir dolor, el síntoma más alarmante o al menos suficientemente molesto, más que en un período tardío o en alguna de las complicaciones: tratamos más hemorroides por existir fisuras concomitantes que por el síntoma hemorragia que la mayoría provocan. El enfermo está acostumbrado a oír que la sangre que sale por el recto no tiene importancia, más aún, que en ocasiones es beneficiosa. Estos mitos y bulos, al igual que otros muchos, siguen tan en boga hoy como hace quinientos años y deberían ser destruídos por una educación desarrollada en período escolar, por una divulgación bien dirigida y por una actitud del médico general absolutamente clara y definida. Nada de ello existe.

El recto es una parte vergonzosa de nuestro organismo, quizá la única, y con seguridad la más vergonzosa. Todo el mundo se afana en explicar sus intervenciones de apendicitis, sus pólipos uterinos o incluso, entre los amigos, su blenorragia, pero muy raramente se comenta una afección rectal; sólo los enfermos muy apu-

(*) Trabajo presentado a la II Reunión de Médicos Proctólogos de Lengua Latina. París, octubre 1962.

rados hablan y traen otros compañeros. Y aún más tratándose de señoras, que a pesar de las enormes hemorroides de un postparto, aguantan todas las molestias con tal de no mostrar esta región a los ojos de un facultativo, aunque haga quince días lo hayan mostrado todo ya con profusión. No es lo mismo: el recto causa mayor vergüenza.

Por otra parte, existe el miedo. El enfermo con una afección rectal nota un espasmo contractor tan sólo al pensar que un médico puede tocar esta región. En parte no le falta razón, ya que, a pesar de lo reacio que es el médico general a examinar esta zona, cuando lo hace suele ser de forma que no le resten al paciente deseos de irle a pedir de nuevo que vuelva a hurgar en semejante sitio. Uno de mis pacientes tardó dos años en dejarse operar de una fisura de ano que le atormentaba a diario porque su médico de cabecera empezó con toda decisión un tacto sin fijarse en absoluto en la pequeña pérdida de substancia de la comisura posterior.

Existe el miedo a «lo que le puedan encontrar», como si por el hecho de ignorarlo se detuviese la evolución de un tumor maligno. Además, el miedo a lo que le puedan recomendar, ya que el paciente ha oído siempre algún amigo que ha sido intervenido de hemorroides y cuyos fabulosos padecimientos postoperatorios han dado motivo a los más encendidos deseos de no intervención. Esto les lleva a que cualquier recomendación intervencionista sea acogida con una huída en toda regla.

El paciente, antes de ponerse en manos del médico, prueba entonces todos los remedios que tan graciosamente suelen facilitarles una publicidad desbocada y unas farmacias abiertas a toda petición. Sólo en el último momento, agotado el arsenal del médico de cabecera y del farmacéutico, y todos los consejos de los vecinos, de una enfermera o comadrona de buena voluntad, de los familiares y de algún curandero, el paciente suele acudir a otro médico que lo trata entonces para otra afección que no tiene, y que descubre el carcinoma cuando no queda más recurso. Este, entonces, lo envía al cirujano general.

Actitud del médico ante las afecciones anorrectales

Quizá parezca que exageramos los hechos. Es cierto, los exageramos; pero tan levemente, que en modo alguno puede concebir el buen internista o médico de cabecera los estragos que llegamos a ver durante una jornada normal, y de los que en gran parte son culpables nuestros colegas.

Es a todas luces cierto que un cabecera no puede enviar al especialista a cualquier enfermo que tenga una ligera rectorragia, una molestia rectal o una diarrea algo rebelde. *Pero esto sería lo ideal.* Ahora bien, si después de haber ensayado la primera pomada, que en otras ocasiones fue efectiva, o el astringente o antibiótico de moda, persiste el paciente en sus síntomas, me parece altamente constitutivo de un delito de imprudencia temeraria el seguir probando remedios uno tras otro, sin consultar otra opinión autorizada ni, *en la gran mayoría de las ocasiones,* haber examinado la región de la cual se queja el paciente. En todo caso se envía el enfermo al radiólogo, para efectuar un enema opaco, ignorando que éste es un paso de la exploración, pero no toda la exploración, y que de ese modo lo más probable es que pueda quedar indiagnosticado un carcinoma de ampolla, o incluso de canal anal, como he tenido ocasión de ver en una paciente del Hospital Clínico, que estaba siendo «llevada» por un catedrático de Granada en su consulta hospitalaria, y que durante el término de un año, que databan sus

molestias anales, en ocasiones intensas, no le habían hecho sino una inspección externa en una sola ocasión; la paciente era portadora de un enorme carcinoma de canal anal del que murió por una metástasis ósea poco tiempo después de la intervención a que se le sometió. ¿Pero cómo podía él pensar que aquella joven de 32 años, y además neurótica por todos los conceptos, era portadora de esta afección?

He tenido ocasión de operar a un muchacho, al cual se le habían practicado cinco sesiones de electroshocks, por un dolor referido a zona sacra, que no era sino reflejo de una fisura simple. El muchacho había perdido dieciséis kilos y tratado con toda clase de sedantes antes de ponerlo en manos del psiquíatra, pero no se había examinado su zona anal. Curó perfectamente con la intervención.

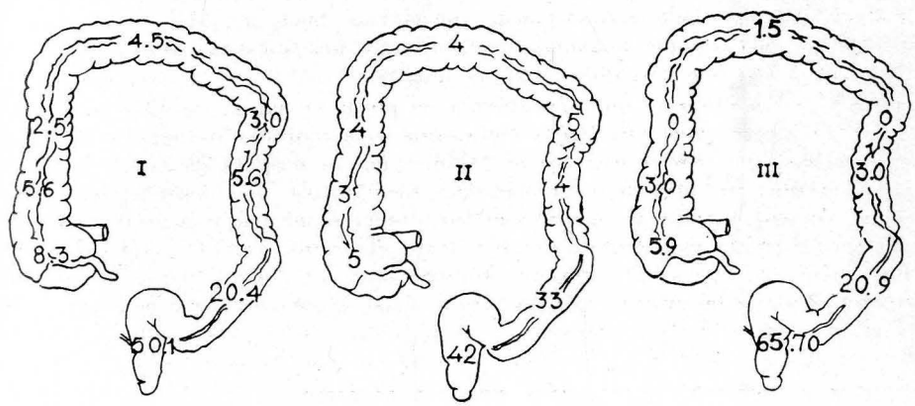
El médico respeta el pudor de sus pacientes hasta unos límites insospechados. En vez de ser el primero en impulsarlos a consultar al especialista ante los menores síntomas, es quien resta importancia a las molestias que explica el paciente; no lo examina o lo hace de modo deficiente; le ofrece una medicación de circunstancias, que repite, con diferntes nombres de preparados, una y otra vez dejándose llevar tan sólo por la propaganda; desconoce toda la patología e importancia de la región anorrectal y sólo cae en la posibilidad de una neo cuando han fallado todas las pomadas que conoce.

Importancia de la región anorrectal

Creo que unas estadísticas ilustrarán mejos que todas las palabras cuanto deseo explicar.

El 15 por ciento de todos los tumores malignos humanos se originan en el anorrectosigma. Contando los dos sexos, muere más gente de neoplasias colorrectales que de ninguna otra afección maligna. Solamente en los Estados Unidos fallecieron de neoplasias en esta región 36.112 personas, durante el año 1955.

En las figuras I y II se muestran la distribución de estas neoplasias. La razón de que en nuestra estadística exista un aumento de las neoplasias anorrectales a expensas de las colónicas se debe, posiblemente, a que el porcentaje de enfermos de la región baja en nuestro Servicio es también mayor en comparación con otros dispensarios de gastroenterología.



Así, pues, al menos la mitad de los cánceres colorrectales se originan en el tramo más bajo, y *la mayor parte de los mismos* son palpables digitalmente.

Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el comienzo de los primeros síntomas hasta el momento inicial del tratamiento, encontramos, según los diferentes autores:

Palumbo	10'4	meses
Hallstrad	7'18	»
Swintos y Gillespie	9	»
Bacon	9'5	»
Castell y col.	7'7	»
Nosotros	10'8	»

Estos datos tan desoladores para nosotros se complementan con los encontrados por otros autores españoles y extranjeros, y así, TRIADÚ halla de setenta y seis casos de pacientes afectos de neoplasias o lesiones precancerosas, que en sesenta y uno de ellos el diagnóstico fue tardío. JONES informa que el 75 por ciento de los pacientes portadores de neoplasias colorrectales habían sido tratados previamente como hemorroidarios. Todos los datos que poseemos nos hacen sospechar que no sólo han mejorado nuestros métodos de diagnóstico, por lo cual hallamos mayor número de neoplásicos, sino que *realmente el número absoluto de éstos aumenta de día en día,* debido posiblemente a la disminución de mortalidad por otras enfermedades y al alargamiento de la vida humana.

Además, la proctología plantea otros problemas graves que no son tan sólo el de la neoplasia, aun siendo éste, con mucho, el más pavoroso. Es preciso diagnosticar prestamente los tumores benignos y las lesiones precancerosas que, encabezadas por el adenoma, afectan del 2 al 7 por ciento de toda la población mundial, según diversas estadísticas, en las personas asintomáticas. En un estudio con lupa realizado en intestinos procedentes de necropsias, la incidencia de adenomas se eleva al 68 por ciento. En niños afectos de rectorragias, del 20 al 35 por ciento, según estadísticas, eran portadores de adenomas. La degeneración es extraordinariamente frecuente: no olvidemos que el 95 por ciento de las neoplasias malignas de esta región son adenocarcinomas. *Y el 90 por ciento de todos los adenomas se hallan al alcance del rectoscopio.*

Las hemorroides son excesivamente frecuentes para que se les dé importancia, pero las trombosis, fisuras, prurito, abcesos, fístulas, procidencia y prolapso, por no citar las complicaciones más comunes, no son ya desdeñables, sin olvidar la anemia hemorroidaria, tan frecuente en sus extremos leves y tan sencilla de curar, incluso si el paciente rechaza la intervención. El dolor fisurario y la desazón del prurito han llevado al suicidio a más de un paciente. La rectocolitis mucohemorrágica plantea uno de los más interesantes interrogantes de toda la patología. Las afecciones venéreas vuelven a encontrarse con una cierta frecuencia.

Todas estas afecciones son tratables y la mayoría de ellas de tratamiento agradecido. Todos hemos comprobado innumerables veces que el enfermo proctológico suele ser un enfermo contento durante el tratamiento y feliz al término del mismo. ¿Por qué, entonces, ese temor al proctólogo por parte del enfermo? La respuesta es clara: porque la mayor parte de los que intervienen en estas afecciones de los enfermos no son proctólogos.

ACTITUD DEL MÉDICO GENERAL ANTE ESTOS PROBLEMAS

El médico general desconoce la proctología. En ocasiones, incluso desconoce la palabra. Durante la carrera de medicina es un capítulo que se suele explicar en una sola lección o dos si se tiene en cuenta las neoplasias colorrectales. Después el médico sólo lee algún artículo de propaganda en una revista y lo que comúnmente se dice por los corrillos. Hoy día es más frecuente visitar un enfermo porque teme ser portador de una neoplasia que no que el médico piense en ella. Y, sin embargo, ¿han comprobado cuánto se asustan los médicos afectos de cualquier patología proctológica, por simple que sea, y cómo *siempre* acuden al proctólogo?

ACTITUD DEL GASTROENTERÓLOGO

En muchas ocasiones, el gastroenterólogo se comporta como un médico general que ha leído algo de tales asuntos. Es absolutamente cierto que existen excepciones, y más frecuentes cada día. Pero en la vitrina de otros muchos, el anuscopio es un instrumento raro y se prefiere realizar una radiografía por enema opaco. Algunos capítulos, como la colitis mucohemorrágica, han merecido plenamente su atención y nadie desdeña tratarla con los métodos más modernos, aun sin haber realizado una endoscopia, pero en los restantes capítulos permanecen con las ideas que proporciona un tratado general. Además les resulta imposible reconocer esta ignorancia, ni ante sus compañeros que les han enviado el caso, ni ante el enfermo, que no pueden dirigir al verdadero especialista.

ACTITUD DEL CIRUJANO

Se acusa al cirujano de estar más mercantilizado; de que desea casi siempre abarcar más ramas de las posibles, cuando la cirugía, como la medicina toda, debe dividirse en especialidades, pues es extraordinario el caso, aunque existe, del que todo lo puede abarcar porque tiene capacidad suficiente. «La cirugía proctológica es una cirugía menor». Esta frase tan escuchada ha llevado a que la mayor parte de los enfermos que ingresan en los servicios proctológicos hayan sido ya intervenidos de la misma afección por la que son ingresados; de que una gran parte de los afectos de neoplasias hayan sido intervenidos anteriormente de hemorroides; de que hayamos comprobado desconocimientos proctológicos intensos, con fallos operatorios en cirujanos a todas luces competentes; de que los mismos realicen exploraciones con el instrumental más rudimentario y que en la mayoría de los equipos quirúrgicos el instrumental de exploración y tratamiento sea inadecuado; de que los pre y postoperatorios sean equivocados; de que este tipo de cirugía llamada «menor» no goce de ninguna consideración en hospitales y servicios; de que veamos fístulas reintervenidas cinco y seis veces, estenosis hemorroidales e incontinencias esfinterianas. Estas consideraciones que he expuesto, resumidas, pertenecen a BUIE, uno de los más eminentes proctólogos de los Estados Unidos.

CONSIDERACIONES A TODO LO EXPUESTO

Que la proctología está creada artificialmente, tomando parte a la gastroenterología y parte a la cirugía, es absolutamente cierto. Que hoy día la proctología es una especialidad plenamente constituída, como cualquier otra de las existentes, es tan verdad como la consideración anterior. Negar la proctología y no hacerlo con la reumatología, geriatría, angiología, o incluso con cardiología o respiratorio, es negar la evolución de la medicina. Sólo se pide lo que se exige en las demás

especialidades: que en el momento en que el médico se cerciore de que una afección cae fuera de los límites de su saber, se dirija al especialista que más pueda conocer aquella enfermedad. Sobre todo, pensando en el bien del enfermo y en el desprestigio que representa para un médico no diagnosticar en un año lo que está a la vista... o al tacto.

Respecto al enfermo

El problema de los diagnósticos tardíos, por lo que respecta al enfermo, sólo podrá soslayarse el día que exista mayor cultura. Y no me refiero tan sólo a la cultura en general, ya que un pueblo tan culto como el francés mima y cultiva los curanderos, adivinas y quirománticos como ningún otro de los civilizados, y todos los problemas antes expuestos pueden aplicarse también a ellos en gran parte. Me refiero a la falta de cultura médica básica que, como asignatura, debiera estudiarse y explicarse con sencillez en todas las escuelas primarias. Como se infunde en las almas de los niños los conceptos de religión, humanidad y justicia, deberían exponerse los rudimentos de la conducta ante las enfermedades; y los médicos ser tan dignos de crédito como el sacerdote, el juez o el político. Pero para eso, claro está, hemos de ganarnos ese sitio.

El enfermo debe acudir al médico *siempre* que presente: 1) *Molestia rectal*: tener en cuenta que la ampolla rectal es indolora y, por lo tanto, el dolor suele ser ya demostrativo de alguna complicación. No debe esperarse, pues, a la aparición del mismo. Pero, en ocasiones, algunas sensaciones que no son las de dolor vivo, sino de peso o de defecación incompleta, y no digamos ya las de tenesmo o esfinteralgia, son indicadoras de que debe realizarse una exploración. 2) *Rectorragia*: no siempre la sangre está mezclada con las deposiciones; no siempre las cantidades de sangre son grandes, en casos de neoplasia. He visto debutar una neo por una rectorragia de sangre roja, y de tanta consideración que obligó a efectuar un taponamiento, y en otros casos los enfermos señalan que durante meses han estado viendo pequeñas cantidades de sangre que atribuían a sus hemorroides. Es tan frecuente que se sangre alguna vez durante la vida por unas hemorroides, que si a esto se añaden los factores antes expresados de temor al dolor, al diagnóstico o a la intervención, etc., se comprende la poca importancia que se da a este signo de comienzo. 3) *Variación en los hábitos intestinales*: En muchas ocasiones es el único síntoma verdaderamente precoz, y quizá es el menos tenido en cuenta. El enfermo está también acostumbrado a pasar decenas de diarreas y períodos de estreñimiento durante su vida, y aquí no se trata sino de una más de estas fases alternantes, quizá más caprichosa y más rebelde.

En el cuadro IV he resumido las opiniones de diversos autores respecto a los síntomas de las neoplasias colorrectales:

En nuestra estadística llaman la atención las ligeras variaciones con los otros autores, que se explican al pensar en el mayor número de neoplasias rectales y en el grado más avanzado en que las mismas nos han llegado.

Respecto al resto de la patología rectal, descontando la neoplasia, si el enfermo acudiese al médico ante aquellos síntomas y el facultativo lo dirigiese al proctólogo en cuanto sus primeros intentos de normalizar la afección resultasen infructuosos, en este caso el resto de la patología rectal sería ya tratada en un momento de mayor precocidad que el que generalmente nos llega, ya que al descartar la neoplasia, se tratarían las otras afecciones causantes de la sintomatología.

Respecto al médico

Ya que hoy día no existe la posibilidad de que se realice una instrucción escolar médica, es al médico de cabecera al que cabe tener la suficiente autoridad para que su palabra sea acogida sin discusión, como fruto de sus conocimientos, y realizar entre sus enfermos esta labor de difusión que consiga que le consulten ante cualquier pequeña anomalía. Lo que no debe hacer en modo alguno es restar importancia a síntomas de los cuales desconoce el valor, o al menos, si lo hace para tranquilizar al enfermo, no olvidarse de la importancia que los mismos puedan tener.

	Castelli y col. 148 *casos*	*Hallstrand* 252 *casos*	*Palumbo* 80 *casos*	*De Peyster Gilchrist* 100 *casos*	*Lentini* 67 *casos*
Variación en los hábitos intestinales .	69'3		72'55	50	64'1
Dolor	68	69'96	81'25	24	52'2
Sangre en las heces (macroscópica) ...	66	66'40	48'75	47	76'1
Anemia	20'6	4'35		12	23'8
Tumoración palpable (abdominalmente) .	13'3	25	35'2	10	8'9
Tumoración palpable (digitalmente) ...					53'7
Pérdida de peso ...	59'6	76'28	66'25	6	79'1
Obstrucción		10'27	25'00	10	14'9
Asintomáticos				7	

El achacar las molestias a «los nervios», el decir que a él mismo también le ha sucedido aquello muchas veces y que no le da importancia, o que una rectorragia es incluso conveniente, pueden ser mentiras piadosas para no intranquilizar, pero que corren de un enfermo a otro, haciendo que no acudan a consultar más que en un momento tardío. Decir siempre que en este caso no ha tenido importancia, pero que ha hecho muy bien en acudir al primer síntoma; la psicosis colectiva no será mayor. Y si el caso no se resuelve bien ante el tratamiento impuesto, no olvidar lo que antes hemos indicado: el especialista es el más capacitado para dar una respuesta correcta.

Respecto al farmacéutico

Que el farmacéutico despache una tras otra las muy diversas pomadas existentes porque el paciente traiga, una tras otra, recetas de distintos o del mismo médico, es muy lógico. Pero recomendar él mismo las pomadas que aún no han sido probadas por el enfermo, como en ocasiones sucede, puede ser causa de un retraso más considerable, moralmente delictivo. Una indicación al paciente puede, en ocasiones, ser decisiva, aunque reconozco que esto suele ser muy difícil.

Respecto al cirujano

Que cualquier cirujano puede intervenir un enfermo rectal, es algo absolutamente cierto. Pero que no por ser una afección rectal puede ser mal intervenida,

también debe considerarse. Igualmente pueden intervenirse unas varices, un pulmón, corazón o cerebro, pero no suelen hacerlo por no considerarse lo suficientemente preparados; en cambio, cualquiera se cree capacitado para intervenir una fístula, hemorroides o una neoplasia de esta región. La prueba del gran número de intervenciones deficientes que se realizan sobre esta zona, lo da el hecho de que una gran parte de los enfermos que tratamos, hayan sido intervenidos y reintervenidos con anterioridad por la misma afección que de nuevo tenemos que tratar, así como realizar una colostomía en lugar de un Miles. Y si en las intervenciones «menores» tratan esta zona como si fuese cualquier otra del organismo, las estenosis, recidivas, o las incontinencias, serán el fruto de este descuido.

Respecto al cirujano-proctólogo

Algunos de los cirujanos que dedican todos sus esfuerzos a la proctología, suelen caer en el error de intervenir algunos casos innecesarios. El cirujano-proctólogo que afirma intervenir todos sus pacientes hemorroidarios, me parece que obra con la misma ligereza que el proctólogo que afirma resolver todos estos casos por medio de inyecciones esclerosantes. Asegurar que jamás se emplea la anestesia local, es como no conocer más que una técnica. No olvidar jamás que uno de los mayores alicientes de la proctología es el ser una especialidad médica y quirúrgica a la vez. Olvidando uno de los dos aspectos, se es cirujano o se es gastroenterólogo, pero entonces no se es un buen proctólogo, el cual debe reunir la maestría del primero con el criterio del segundo.

Respecto al proctólogo no cirujano

La proctología de los tiempos de Bensaude ha evolucionado. Hoy día no se es proctólogo si no se es un buen cirujano-proctólogo, y muchos especialistas no admiten este cambio. El cirujano proctólogo mira con superioridad al «proctólogo simple». Este le quita a aquél la categoría de proctólogo y lo convierte en cirujano abdominal. Cada uno ignora voluntariamente las técnicas del otro y dice bastarse con las propias. Ambos yerran y se perjudican, pues pierden el placer de ejercer una de las pocas especialidades verdaderamente completas; no recuerdan que *ser médico es aprender siempre*, siempre descubrir y asombrarnos de nuestra ignorancia, de las nuevas experiencias y de las imprevisibles reacciones de este laboratorio asombroso que es el hombre. Es preciso estudiar y aprender incluso lo que nos desagrada o molesta, si ello conviene para el beneficio del paciente. Y recordemos que cuando no se ama una especialidad, o una parte de la misma, y más cuando se denigra a ella o a los compañeros que la ejercen, es porque no la hemos estudiado a fondo y, por lo tanto, no estamos en condiciones de hacer lo que ellos hacen.

Consideración final

Que a estas alturas deba defenderse aún la existencia y validez de la proctología, parece casi imposible cuando la escuela de St. Mark's, de Londres, cuenta ya casi con ciento treinta años de existencia, la Asociación Americana fue creada hace más de sesenta años y Raoul Bensaude europeizó y dio a la especialidad carácter y validez reconocidas ya en 1919. Sin embargo, es así. La invasión procede de todos los campos, incluso de los extramédicos, hasta el punto de hacer

exclamar a Buie: «Mientras los médicos dediquen a los problemas rectales la escasa atención que hasta la fecha han demostrado, no hemos de sorprendernos de que aquellos que hacen de la medicina un negocio, aplicando a ella todas las artes del comercio, consigan un provecho cada día mayor». Y termina: «Pero no habrá solución frente al problema en tanto que la actitud de los hombres que en medicina son representativos, no cambie fundamentalmente».

RESUMEN

Se examina el problema de por qué los pacientes portadores de lesiones anorrectales —generalmente malignas— llegan tardíamente al proctólogo para su examen y tratamiento adecuado. Hoy día, la proctología es una especialidad bien definida, con métodos propios, y a la cual es preciso recurrir en el momento en que aparezca una afección sospechosa, para establecer un diagnóstico correcto.

El autor analiza las causas que impiden un contacto oportuno entre los pacientes y el especializado en estas materias, y revisa la actitud de los enfermos ante los padecimientos anorrectales; la posición del médico general, la del gastroenterólogo y la de los proctólogos no cirujanos; señala igualmente los signos de alarma para que el paciente acuda a su examen sistemático ante las molestias rectales dolorosas, la rectorragia, y las variaciones aparecidas en sus hábitos intestinales, como única forma de hacer una labor profiláctica útil, y termina señalando la necesidad de un mejor conocimiento de la especialidad de proctología, considerada hasta hoy, incluso en ambientes científios, como una rama inferior de la Medicina.

Dirección: Balmes, 323. Barcelona (6).



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

NUEVOS CONCEPTOS DE LA ENCEFALITIS INFANTIL (*)

POR EL

DR. JOSÉ SOLÉ SAGARRA

JEFE DE NEUROPSIQUIATRÍA DE LA CÁTEDRA DE PEDIATRÍA, DE BARCELONA
CONSULTOR DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO «PEDRO MATA», DE REUS

BARCELONA

I

La confusión de los primeros años del presente siglo en la *delimitación* del concepto de *encefalitis* se vio notablemente aclarada cuando VON ECONOMO describió, en 1917, los primeros casos de encefalitis epidémica o genuina, la mal llamada hasta ahora encefalitis letárgica. El vocablo encefalitis se basaba, antes de la nueva era que representa la aportación de VON ECONOMO, en una significación puramente anatómica. Los autores que más se distinguieron a partir de entonces en el estudio de la encefalitis (STRUMPELL, WERNICKE, OPPENHEIM) pudieron substraerse en parte del imperativo anatómico hipervalorado, que años atrás había traído a la Medicina la orientación anatomopatológica de VIRCHOW. La sola base anatómica no bastaba, como resulta insuficiente todavía hoy, para justificar un concepto clínico bien delimitado de encefalitis. La consecuencia fue un lamentable poliformismo clínico y anatómico de la enfecalitis, que aumentó las dificultades diagnósticas de esta parte de la neuralgia, abarcándose procesos cerebrales en el concepto encefalitis que nada tienen que ver con ella; tales son muchos casos de absceso cerebral, lúes nerviosa, reblandecimientos diversos, etcétera. En pediatría se impuso entonces la «encefalitis congénita» de WIRCHOW.

La confusión anatomoclínica que hemos mencionado corría pareja con la *etiología* de las encefalitis. Las grandes epidemias de encefalitis que se desarrollaron en Europa desde 1917 a 1921 hicieron adelantar del todo el conocimiento de la inflamación no supurada del cerebro. Al comprobarse que no todas las formas eran letárgicas en la encefalitis, se dirigió la investigación, en 1924, a las formas de encefalitis que se daban en las enfermedades infecciosas, siendo en este sentido la Pediatería la rama de la Medicina que más valiosos datos aportó en el estudio completo de la enfermedad que nos ocupa. Desde 1924 se pudo diferenciar bien la encefalitis letárgica o genuina —que por la razón anteriormente apuntada de que no siempre presenta el síntoma letárgico se llamó epidémica—, de las encefalitis secundarias post o parainfecciosas. Dentro de estas últimas adquirió tal importancia la encefalitis postvacunal, que formó subgrupo aparte. De este modo se deslindaron ya dos grupos claros de encefalitis: de un lado, la *encefalitis epidémica*, con sintomatología clínica característica y base anatómica en partes concretas del cerebro (sustancia nigra y diencéfalo, principalmente); en segundo lugar, las encefalitis relacionadas con una infección, con síntomas menos característicos y anatomía patológica difusa. En ambos grupos de encefalitis se pensó que el agente etiológico responsable tenía que ser un virus filtrable. Pero estos dos grupos solos no abarcan todos los casos de indudable encefalitis de la infancia. Por esto PFAUNDLER estableció un tercer grupo, que llamó *encefalitis esporádica*, en el cual se podían incluir los casos atípicos o mixtos. En muchos de estos últimos casos rozamos otras afecciones neurológicas, no todas víricas, tales como diversas formas de encefalomielitis, encefalopatías degenerativas, etc., que es preciso descartar siempre con cuidado. La condición anatómica esencial para poder hablar de encefalitis es que en el cerebro estén presentes los caracteres conocidos de inflamación que nos enseña la patología general, a saber: lesión de tejidos, exudación con infiltración perivascular de células redondas y proliferación reparativa. Pero además concurren factores reactivos hiperérgicos en el parénquima cerebral, que deben valorarse casi tanto como la inflamación genuina.

En varios Congresos de Neurología y Pediatría de los últimos años, las infecciones del sistema nervioso por virus constituyeron una de las ponencias. De ellas mencionaremos, comentándola brevemente, la clasificación de SABIN, que resume los conocimientos sobre la materia hacia 1950.

A) *Enfermedades y virus conocidos*

I. *Reservatorio básico en seres humanos: Distribución mundial.*

1. Esporádica y epidémica:
   poliomielitis.
2. Esporádica:
   paperas (parotiditis)
   herpes simple
   linfogranuloma venéreo.

II. *Reservatorio básico extrahumano: Distribución limitada.*

1. Encefalitis transmitida por atrópodos:
   Encefalitis de St. Louis (U. S. A.)
   Equina occidental
   Equina oriental.
   Equina venezolana
   Japonesa B
   Rusa, por garrapatas.
2. Transmitidas por secreciones o excreta de animales:
   Rabia
   Coriomeningitis linfocitaria (coriomeningitis seudolinfocítica)
   Virus B (mono).

B) *Posible etiología por virus. Virus poco conocidos o desconocidos*

Encefalitis letárgica de VON ECONOMO
Herpes zóster
Encefalitis australiana X (quizá se trata de la japonesa B).

(*) Conferencia correspondiente al *X Cursillo de Progresos de Pediatría*, de la Cátedra de Pediatría de Barcelona. Julio de 1962.

C) *Virus neurotropos conocidos, pero enfermedades del sistema nervioso humano desconocidas*

Virus descubiertos en Africa: Nilo occidental, fiebre del Bwamba, Selva de Semlike, Bunyambera.

Virus descubiertos en América sudoriental: virus del mosquito de Colombia e Ilheus.

Virus descubiertos en el NO. de América: virus del mosquito de California (Hammon y Reeves).

Virus descubiertos en el NO. de América y Africa. Probablemente, los mismos virus descubiertos varias veces y descritos bajo los nombres de «Columbia SK», poliomielitis MM.EMC (encefalomiocarditis), meningoencefalitis.

D) *Enfermedades agrupadas a veces como infecciones por virus, pero sin evidencia adecuada*

Polineuritis infecciosa (síndrome de Guillain-Barré).

Encefalitis postinfectiva postvacunal (desmielinizante): sarampión, varicela, rubeola, vacunal, paperas, variola, influenza, etc.

Encefalitis aguda hemorrágica.

Se ha dicho que una parte de las encefalitis y meningoencefalitis consideradas como primitivas se deben al virus de la parotiditis epidémica. La demostración del virus se consigue en estos casos por las reacciones de fijación del complemento en el suero de casos agudos y de convalecientes. Se ha conseguido demostrar la presencia del virus en el líquido cefalorraquídeo por la inoculación en el saco amniótico del embrión de pollo. También se admite que el virus del herpes simple puede ser la causa de encefalitis agudas, habiéndose demostrado su presencia en el líquido cefalorraquídeo, así como la presencia de anticuerpos durante la convalecencia; habría una serie continua de virus afines al del herpes que derivarían unos de otros por adaptaciones sucesivas; virus queratógenos saprofitos, virus herpético, virus herpeto-encefalítico y, finalmente, los virus encefalíticos puramente neurotropos. Se trata de un virus filtrable de 150 a 200 micrones.

Se disiente la presencia del virus de la linfogranulomatosis venérea en el líquido cefalorraquídeo en casos de meningoencefalitis humana. Deberá sospecharse la posibilidad de esta afección cuando el cuadro clínico persiste durante semanas o meses y va asociado a una pleocitosis rebelde y excepcionalmente con un contenido elevado de proteínas en el líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico se basa en las pruebas de fijación del complemento y en la presencia del virus en el líquido cefalorraquídeo. No se ha conseguido todavía encontrar el agente etiológico de la encefalitis de Von Economo, debido a que durante los cuarenta últimos años no se han producido epidemias, y los casos que se han podido estudiar han sido reducidos.

Nuestros casos de encefalitis primaria no se han presentado en verdaderas epidemias, sino en pequeños brotes endémicos, y no hemos visto nunca en ellos la letargia típica del adulto en el cuadro clínico. Ello demuestra lo incorrecto que es llamar encefalitis letárgica a la encefalitis infantil primaria observable actualmente. En cuanto a la no presentación epidémica actualmente de la encefalitis, hay dos explicaciones: que asistamos a una latencia del *genius epidemicus* del virus encefalítico, o que se hayan modificado las condiciones etioclínicas de las encefalitis. Es corto aún el tiempo quizá para juzgar sobre este particular y sentar conclusiones categóricas, que podrían ser prematuras y candidatas a la

rectificación. Sólo de persistir durante largo tiempo las particularidades clínicas que dejamos mencionadas, estaremos autorizados para reducir definitivamente las *encefalitis* en los *dos grandes grupos* de la patología dentro de una misma enfermedad: el *período idiopático* y el *secundario o sintomático*. Esta es la síntesis nosológica de nuestra estadística, que brindamos como hipótesis de trabajo a neurólogos y pediatras interesados en la problemática de las encefalitis no supuradas observables en la infancia.

II

Creemos, pues, que la *clasificación* que más se aviene a la práctica pediátrica actual es la de dividir las encefalitis propiamente dichas, o sea, la encefalitis no supurada en general, en los dos grupos siguientes: *encefalitis primaria* o *genuina* y *encefalitis secundarias*.

Esta clasificación es de orden esencialmente práctico y corresponde a una indiscutible realidad clínica, que vivimos todos los días.

Cada una de ambas formas comprende dos grupos de encefalitis. Las encefalitis primarias se desdoblan en polio y leucoencefalitis; las secundarias comprenden las encefalitis para o postinfecciosas y las tóxicas.

El esquema siguiente resume la clasificación que propugnamos:

CLASIFICACIÓN DE LAS ENCEFALITIS INFANTILES

A) Primarias . . .
- 1. Esporádica
- 2. Epidémicas . . . . (*polioencefalitis genuinas*)
  - *a*) Letárgica (Von Economo)
  - *b*) Japónica, australiana, etc.
  - *c*) Panencefalitis
- 3. *Leucoencefalitis genuinas* . . . . .
  - *a*) Periaxil difusa (Schilder)
  - *b*) Formas de Van Bogaert, Leonhard, Baló, etc.
  - *c*) Oftalmomielitis

B) Secundarias . . Afecciones desmielinizantes
- 1. Parainfecciosas (leucoencefalitis secundarias): Postvacunal, postvacunorrábica, sarampionosa, varicelosa, rubeólica, variólica, parotídicas, de Heine-Medin, escarlatinosa, tosferinosa, tifódica, reumática, brucelósica, gripal, herpes simple y enteroviriasis (Echo y Coxackie), toxoplasma, mononucleosis, coriomeningitis linfocitaria y listerosis
- 1 bis. Nuevas formas encefalíticas
- 2. Tóxicas . . . . .
  - a) Endotóxicas: Eritroblastósicas, anémicas, dismetabólicas, porfirínicas, medicamentosas
  - b) Exóticas: Por CO, plomo, Hg., solanum nigra, cobre, arsénico

C) Pseudoencefalitis: «Encefalitis de Heubner-Kehrer», de Kramer-Pollnow, «encefalitis hemorrágicas», demencia infantil de Heller?

Esta clasificación es a la vez etiológica y anatomopatológica; tiene en cuenta, ante todo, las formas de presentación de las neuroviriasis y la localización preferente de sus lesiones, si en sustancia blanca o gris del encéfalo. Sus divisiones son, en realidad, menos tajantes de lo que podría esperarse a primera vista. El paso nosológico de las leucoencefalitis a las encéfalomielitis parainfecciosas, como asimismo entre inflamación genuina del parénquima cerebral (encefalitis) y ciertas formas reactivas paralérgicas del encéfalo es insensible. Si tenemos en cuenta la unidad del neuroeje, con sus cubiertas y sus prolongaciones, no puede extrañarnos el contrajuego nosológico entre encéfalo y medula espinal y entre procesos encefalomielíticos y meningíticos. Sólo aceptando el orden de prevalencia, ley general de la Medicina, podemos hablar de encefalitis tal o cual e incluso de encefalitis a secas, puesto que raro es el proceso encefalítico que no comporte un componente meníngeo, como, en realidad, toda meningitis afecta en mayor o menor grado el parénquima nervioso subyacente. En sentido riguroso, tendríamos que hablar casi siempre de encéfalomeningitis y de meningoencefalitis. Pero existen electividades biológicas entre determinados gérmenes y las reacciones que provocan en el neuroeje, originándose cuadros patológicos específicos en los cuales es diferente la participación parenquimatosa del neuroeje. La experimentación empieza a rendir en este sentido. En efecto, el problema de la *alergia neural*, junto con los progresos en el estudio de los virus, de las enzimas y de las técnicas histológicas para descubrir sus neurolesiones, han colocado la investigación de los procesos encefalíticos en un primer plano nosológico, en el cual colaboran activamente clínicos, patólogos y experimentadores. Especialmente notables son ahora los estudios experimentales en las leucoencefalitis, consideradas unas veces como tóxicas y otras como infecciones o degenerativas.

La alergia no sólo adquiere importancia patogénica en las encefalitis postexantemáticas, que son leucoencefalitis secundarias, en las cuales tanto significan las reacciones hiperérgicas del neuroeje, sino en todos los procesos desmielinizantes de la patología humana. Esclerosis múltiple, periarteritis nodosa, lesiones por factor Rh, etc., son objeto de detenido estudio en esta directriz, en la cual se vislumbran próximas aplicaciones de las grandes concepciones actuales, endocrina, tisular y nerviosa (síndrome de adaptación de SELYE, inflamación serosa de EPINGER y doctrina neurogenética de SPERANSKI, que explican experimentalmente (sólo en parte aún) las reacciones del organismo forzadas por un agente patógeno. En este punto se entrecruzan y correlacionan factores complejos, a cual más interesante, que van desde conocidos desequilibrios neurohormonales a finas alteraciones enzimáticas intracelulares. Mediante la aplicación de conceptos tales como endoalergia, autoanafilaxia y autosensibilización, llega a hacerse difícil la separación entre reacción inflamatoria y alérgica en el cerebro. La experimentación en animales persigue esclarecer cuánto hay de inflamación y cuánto de alergia en las lesiones leucoencefalíticas.

L'HERMITTS, ALPERN y BERTRAND, mediante inyecciones endovenosas de solución salina de tejido cerebral de conejo en suspensión parafínica, a la cual se añaden bacilos tuberculosos muertos, han provocado desmielinizaciones cerebrales en perros, monos y cobayos, de localización perivascular, con cuadros clínicos leucoencefalíticos y encefalomielíticos. Tales desmielizaciones tienen enorme parecido a las que se observan en otras encefalitis humanas secundarias, especialmente las provocadas por tratamiento antirrábico. Parece ser, por otro lado, que las inyecciones de emulsión de cerebro normal, protegen a tales animales de experimentación de las encefalitis alérgicas experimentales citadas. MACKBAY, basándose en tales experimentos, cree que en patología humana no sólo existen encefalitis posteruptivas de las enfermedades infecciosas, sino también preeruptivas, cuyo diagnóstico es imposible establecer aún en el estado actual de nuestros conocimientos; dificultad diagnóstica que puede hacerse extensiva a las leucoencefalitis propiamente dichas, si no aparecen epidémicamente, como en los casos de LEONHARD, o no se pueden estudiar anatómicamente, como tan bien ha hecho VAN BOGAERT.

En nuestra clasificación consideramos como *falsas encefalitis* de la infancia las llamadas enfermedades de HEUBNER-KEHRER y de KRAMER-POLLNOW, que en realidad son síndromes de dudosa clasificación entre encefalitis y psicosis endógenas infantiles, caracterizada por trastornos caracterológicos, bulimia y alteraciones intestinales, la primera, y por síntomas de agitación psicomotriz esquizofrenoide, la segunda, hasta el punto de equipararse a la psicosis de motilidad de KLEIST, del adulto. En un grupo intermedio parecido entre encefalitis y esquizofrenia infantil está la llamada demencia infantil de HELLER, de cuya enfermedad nos hemos ocupado ya en la cátedra de Pediatría, de Barcelona, y en esta misma revista, contribuyendo a la renovadora visión pronóstica y terapéutica más optimista que actualmente se tiene de la hasta ahora fatal enfermedad de HELLER. Nosotros creemos mucho más en el componente encefalítico que endógeno de esta última enfermedad. En cambio, muchas de las llamadas encefalitis hemorrágicas del niño son en realidad afecciones vasculares (aneurismas, angiomas, hematomas cerebrales), que nada o muy poco tienen que ver con las encefalitis propiamente dichas, pudiendo parangonarse, en cierto modo, a la llamada polioencefalitis hemorrágica superior de WERNICKE, cuyas lesiones alrededor del acueducto de Silvio se deben a impactos vasculares anóxicos por intoxicación alcohólica aguda.

Las más recientes clasificaciones de las encefalitis infantiles tienden a la simplificación y acusan el impacto de los estudios de los últimos años en el capítulo de las leucoencefalitis. Así, RIMBAUD (1961) reparte las encefalitis infantiles en primarias y secundarias; las primarias las divide a su vez en epidémicas y no epidémicas, subdividiendo las epidémicas en encefalitis tipo A (formas aguda y crónica de VON ECONOMO) y encefalitis tipo B (neuroviriasis transmitidas por artrópodos, encefalitis japónica, rusa, de S. Louis, etc.), mientras que en las encefalitis no epidémicas incluye las enfermedades de SCHILDER-FOIX, de VAN BOGAERT (llamada leucoencefalitis esclerosante subaguda) y, más discutiblemente, a nuestro parecer, la enfermedad de FEHR o acrodinia infantil, que todo lo más sería una pansimpateítis (afección global del simpático), como quiere dicho autor francés que ocupa ahora nuestra atención, pero de ningún modo una encefalitis en sentido estricto y mucho menos una panencefalitis, síndrome que debe entenderse siempre en el sentido de PETTE, o sea, en la idea de leucoencefalitis difusas.

Las grandes leucoencefalitis, cada día mejor estudiadas (FERRARO, BERTRAND, LEONHARD, BRÜKE, LAWSON, F. L'HERMITTE y VAN BOGAERT), que van reemplazando a los anticuados conceptos de esclerosis difusa de SCHILDER y al fatídico cajón de sastre de la «encefalopatía infantil». En este sentido, el I Congreso Internacional de Neuropatología, celebrado en Roma en 1952, al que concurrimos, marcó un importante hito de progreso y delimitación de síndromes encefalíticos aún no resueltos satisfactoriamente en la actualidad. En España, debido principalmente a las precarias investigaciones neuropatológicas que se llevan a cabo, son poco conocidas las leucoencefalitis y apenas se diagnostican. Es verdad su relativa rareza, pero lo es más aún su desconocimiento anatomoclínico. Sólo así se explica que en época

muy reciente hayamos oído afirmar públicamente, por un destacado y veterano especialista en neuropsiquiatría infantil, que enfermedades raras como la de VAN BOGAERT, de TAY-SACHS (idiocia amaurótica) y otras por el estilo que no hacen al caso aquí, no las ha observado en su larga vida profesional, dudando de su existencia en nuestro país, cuando este mismo curso se ha observado un caso típico de idiocia amaurótica, bien estudiado, bajo todos los puntos de vista (clínico, EEG, anatómico y oftalmoscópico), en la Cátedra de Pediatría de Barcelona, y hace más de dos años que en la misma Cátedra seguimos el curso, desgraciadamente fatal, de un niño con leucoencefalitis esclerosante subaguda de VAN BOGAERT, que esperamos sea publicado en su hora. Y es que individualmente es muy difícil hacer atinados diagnósticos de tales enfermedades, pero en trabajo de equipo no lo es ya tanto, sobre todo si se piensa en problemas tales como identificación de virus, bioquímica y neuropatología. Volviendo a la clasificación de RIMBAUD, en el grupo de su clasificación referente a las encefalitis secundarias incluye las encefalitis infantiles debidas a sarampión, gripe, varicela, etc., o sea, lo que nosotros concebimos como leucoencefalitis secundarias parainfecciosas en nuestra clasificación. Tal autor no habla de encefalitis tóxicas.

Nuestra *casuística* se basa en más de doscientos casos de encefalitis diversas infantiles, en su mayoría provinentes de la Cátedra de Pediatría de Barcelona, cincuenta de los cuales fueron estudiados antes de 1950, publicándose los resultados de tales estudios en esta misma revista en tales fechas. Entonces decíamos que la forma más frecuente de encefalitis infantil viene dada *clínicamente* por cuadros sintomáticos tempestuosos seudomeningíticos y convulsivos, con comienzo agudo febril y coma frecuente. El curso suele ser rápido, acabando en curación completa (cada vez más frecuente desde que disponemos de tratamientos antibióticos de amplio espectro y corticoesteroides), muerte o secuelas neurológicas y psíquicas. Ideas que podemos sostener igualmente hoy, sobre todo en lo referente a mayor curabilidad sin secuelas, desde que disponemos de la eficiente terapéutica actual y de valiosos medios, como el EEG, para seguir el curso día a día de tan graves enfermitos. Si tenemos en cuenta la particularidad del cerebro infantil para la propagación difusa de todo proceso inflamatorio, nos explicamos fácilmente la tendencia a los cuadros clínicos agudos y graves de la encefalitis en el niño, y actualmente tenemos en el *EEG* un valioso medio auxiliar para controlar tal propagación y con ello orientarnos mejor en el pronóstico y tratamiento, que debe ser enérgico (altas dosis) de antemano y mientras el EEG, repetido diariamente, no acuse remisión franca de las lesiones difusas.

A este respecto, del EEG en la enfermedad que nos ocupa, deseamos recordar que no toda convulsión o estado convulsivo en un niño hipertérmico es sinónimo de encefalitis o meningitis, como se hace aún con demasiada frecuencia en la práctica pediátrica. Hay muchos casos de convulsiones infantiles desencadenadas por una infección banal (anginas, catarros diversos), en los cuales el EEG, que debe practicarse siempre también en tales casos, demuestra un comienzo o estado de epilepsia centroencefálica o simplemente una irritabilidad neuronal sin trascendencia grave ulterior. Aquí, tanto el pronóstico como el tratamiento son muy diferentes de los casos de encefalitis infantil estricta, que en principio es siempre una grave enfermedad, temible por su letalidad a los lactantes y por sus secuelas neuropsíquicas en éstos y en niños más crecidos, de las cuales vamos a ocuparnos con alguna extensión.

Más que de las *secuelas postencefalíticas* neurológicas, consistentes en paresias y parálisis diversas, nos vamos a ocupar de las secuelas psíquicas, menos conocidas

en los ambientes pediátricos y médicos en general y quizá de más trascendencia humana. Las secuelas neurológicas en nuestra estadística las hemos visto más frecuentes en las encefalitis secundarias que en las primarias; en cambio, las secuelas psíquicas, principalmente trastornos caracterológicos y, por consiguiente, trastornos de conducta, creemos abundan más en las encefalitis primarias, sean polio o leucoencefalitis, es decir, abarquen las lesiones más la sustancia gris o la sustancia blanca encefálica. Especialmente cuando las lesiones difusas cerebrales son más acentuadas en la base cerebral (lóbulos frontales y núcleos basales), el peligro de alteración de la personalidad del niño encefalítico es muy grande. Y hay que tener presente que el trastorno de personalidad postencefalítico puede acusarse pasado bastante tiempo de la enfermedad inicial. No así las secuelas neurológicas, que son consecuencia inmediata de la afección cerebral encefalítica y siguen todos los requisitos de la topografía diagnóstica neurológica.

Se discute actualmente la patogenia del *trastorno de personalidad postencefelático* desde el punto de vista orgánico, con el misterioso intervalo asintomático entre encefalitis y secuela ulterior, que recuerda al intervalo entre encefalitis y parkinsonismo. Pero del mismo modo que las simples relaciones anatomoclínicas entre encefalitis y parálisis agitante no han podido aclarar el proceso de su patogenia intrínseca, no obstante los cuidadosos estudios sobre este tema por patólogos de la talla de H. SPATZ, KAUE, HASSLER y otros, creemos que a no ser por la vía bioquímica de la inflamación nerviosa no podremos entrar en esta *terra incognita* de la etiopatogenia de las secuelas psíquicas encefalíticas. La investigación de los procesos bioquímicos que toman parte en los cambios desintegrativos del tejido cerebral consecutivos a la encefalitis, cuyo resultado final son las lesiones histopatológicas, adquiere cada día más importancia y atención, ya que desde hace unos años asistimos a una revisión completa de los problemas relacionados con el proceso inflamatorio general del sistema nervioso, que de un concepto estático (la ruinología de nuestro LETAMENDI) ha pasado a ser eminentemente dinámico y funcional. Queremos recordar aquí sólo los nombres de LEWIS, MENKIN, FOLCH PI y S. OCHOA, entre otros importantes, que desde distintas vertientes tanto hacen adelantar los estudios bioquímicos cerebrales relativos a linfotoxinas, leucotoxinas, histaminas, fermentos, serotonina y aminoácidos encefálicos en general; es decir, bioquímica cerebral pura.

Pero insistamos sobre el gran papel etiológico de las encefalitis en los *trastornos de conducta* de la infancia. Los niños más profundamente ineducables en casa y en la escuela son los postencefalíticos. No en todos los casos de encefalitis primaria o epidémica se produce un trastorno tan profundo de la personalidad capaz de provocar la conducta fracamente psicopática que presentan los casos intensamente afectados por la neuroviriasis encefalítica. Ya hemos dicho que las encefalitis secundarias para o postinfecciosas (gripales, sarampinosas, tosferinosas, etcétera) acostumbran a dejar más secuelas neurológicas que caracterológicas. En algunos casos de grave sintomatología impulsiva hipercinética que recuerda la hipermetamorfosis postencefalítica, es difícil establecer el diagnóstico exacto de tal enfermedad por carecer la anamnesis del antecedente encefalítico evidente. Es probable entonces que ligeros procesos infecciosos, al parecer banales, de la primera infancia hayan sido en realidad neurovirasis localizadas en los ganglios basales del cerebro, en los cuales radica el sustrato somático fundamental de la personalidad. Incluso muchos comportamientos patológicos en el niño que se toman por esquizofrenia infantil se comprueba, mediante anamnesis cuidadosa o eventualmente

por la necropsia en caso de muerte del niño por una enfermedad intercurrente, que fueron debidos a un proceso encefalítico previo. Tales comprobaciones necrópsicas han aclarado también los profundos cambios de conducta acaecidos en niños de diversas edades, acompañados de discretos o evidentes síntomas neurológicos, habiéndose demostrado padecían una leucoencefalitis primaria, o sea, un proceso desmielinizante difuso y progresivo de naturaleza infecciosa solapada. VAN BOGAERT y F. LHERMITTE han descrito sendos casos, clínica e histopatológicamente, de la llamada leucoencefalitis esclerosante infantil, responsable de síntomas a la par neurológicos y demenciales, que motivan conductas patológicas irreversibles. En algunos países se crearon incluso establecimientos especiales para la asistencia de los llamados psicópatas postencefalíticos, lo que demuestra la peculiaridad del tratamiento de estos casi inválidos neuropsiquiátricos, que no puede ser otro a veces que el puramente asistencial, pues la psicoterapia y la pedagogía terapéutica moderna son impotentes para corregir la trastornada conducta de los casos extremos de psicopatía postencefalítica.

En resumen, podemos decir que las inflamaciones del sistema nervioso central comportan siempre un peligro de secuelas; riesgo que en los estados deficitarios graves está, ante todo, cuando la enfermedad afecta a los niños antes del nacimiento o en los primeros años de vida. Dijimos que el tratamiento moderno con sulfamidas, antibióticos y asteroides ha cambiado las condiciones epidemiológicas, y que las formas desconocidas antes de meningoencefalitis precoces se cree ahora que ocasionan *estados deficitarios más leves*, puesto que una gran variedad de trastornos nerviosos inespecíficos, así como de ineducabilidad, son causados en última instancia por lesiones cerebrales ligeras, a menudo de naturaleza inflamatoria. Estudios recientes demuestran que el cuadro sintomático del niño ofrece en realidad un doble origen: en parte se debe a los a menudo relativamente ligeros defectos orgánicos, con las consecuentes alteraciones funcionales, y, de otro lado, a la relación afectiva con el ambiente, que con frecuencia es lo más importante. En efecto, muchos casos designados antes como psicopatía o debilidad mental, pertenecen a este grupo siendo en realidad pseudopsicopatías o pseudooligofrenias, y en ellos es donde la higiene mental y la visitación social tienen más eficaz acción. Las alteraciones funcionales primarias más importantes son: trastornos motrices de diversa naturaleza, trastornos específicos perceptivos o del pensamiento y alteraciones afectivas o instintivas, así como manifestaciones psicoticoformes. Es esencial analizar detalladamente tales trastornos, puesto que ello posibilita una clara intervención médica, con frecuente mejoría de las alteraciones funcionales primarias. Finalmente, es muy importante poner en claro a familiares y maestros el comportamiento del niño, lo que tiene por consecuencia una mejoría de las tensiones afectivas y valiosos datos por una correcta actuación psicopedagógica. En cambio, en estos casos queda en segundo término el largo, costoso y nada efectivo tratamiento psicodinámico. Aparte de los estados postencefalíticos, está la importancia de las a menudo largas *convalecencias* que siguen a las encefalitis, que hasta ahora han sido tenidas poco en cuenta. En principio, los síntomas son iguales en las postencefalitis, pero son pasajeros, aunque a veces pueden durar algunos años. Estos síntomas (desgana escolar, dificultades pedagógicas y de contacto con otros niños) llegan a fijarse si no se diagnostican y tratan a tiempo, no obstante haberse curado los síntomas primarios.

También, en parte, nuevas formas encefalíticas de curso subagudo o crónico se presentan, ante todo con síntomas psíquicos. Por ejemplo, ciertos casos de toxoplasmosis, listergosis, mononucleosis, forma asiática de la influenza y meningitis ECHO.

En todos los casos de educación difícil, problemas escolares, síntomas nerviosos y estados psíquicos patológicos de la infancia, deben estudiarse tales problemas multidimensionalmente. Y no sobre una línea psicológico-psiquiátrica y otra somática, sino que es necesario abarcar ambas en cada niño en cierto modo antropológico.

Para terminar, deseamos concretar la parte práctica de las encefalitis en la infancia, exponiendo a continuación las particularidades clínicas, diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que nuestra experiencia de dos decenios nos permiten afirmar en esta parte de la neuropediatría.

El *polimorfismo clínico* de los casos aislados de encefalitis en la edad infantil, por la tendencia mencionada del cerebro en desarrollo a la reacción difusa, ha traído confusión en la nomenclatura que han usado pediatras y neurólogos para describir los casos de encefalitis primaria aguda. Mientras los neurólogos tienden a incluir en el grupo de encefalomielitis todos los casos de encefalitis aguda que no siguen la «forma fundamental» de VON ECONOMO, los pediatras han creado el grupo de *encefalitis esporádica*, aunque la mayoría de los autores que en estos últimos años se han ocupado de este tema se muestren reacios en aceptar la relación entre encefalitis antes mencionadas, como se hace en otras enfermedades infecciosas del neuroeje. Pero en los casos esporádicos propiamente dichos de encefalitis epidémica en los infantes, con sus conocidos tipos soñoliento —oftalmopléjico y coreico—, irritativo, correspondientes a la clásica encefalitis de VON ECONOMO, echamos de menos con frecuencia la letargia manifiesta, los trastornos de los músculos oculomotores típicos y desplazamientos del ritmo normal del sueño. Pocas veces observamos cuadros polimorfos en los cuales la somnolencia y el embotamiento de la conciencia objetiva, junto con otras alteraciones psíquicas y neurológicas, remedan los cuadros antiguos de las grandes epidemias de la encefalitis de hace cuarenta años.

En las epidemias de poliomielitis es difícil muchas veces delimitar la encefalitis aguda genuina de la forma con predominio cerebral de la *enfermedad de Heine-Medin*, hasta el punto que cuando el cuadro morboso es exclusivamente encefalítico hablamos de encefalitis aguda a virus polimielítico.

La *constitución* del enfermo y su *herencia* condicionan muchos rasgos de la clínica encefalítica, en el sentido de mayor abundancia de accesos convulsivos cuando hay antecedentes epilépticos en la ascendencia, formas más graves en casos de familias muy asténicas y depauperadas, así como mayor frecuencia de casos mortales o de secuelas neurológicas más o menos graves.

Una forma típica del grupo de las *encefalitis secundarias* es la consecutiva a la vacunación antivariólica, llamada encefalitis vaccinal; pero en nuestro país se ven muchos más casos de encefalitis postsarampionosa y de otras etiologías infecciosas que la postvacunal, al contrario de lo que sucede en Holanda e Inglaterra, en donde esta temible complicación de la vacuna no es rara contingencia. En nuestra casuística predominan las formas postsarampionosas, las postgriposas y postosferinosas.

La sintomatología de estas encefalitis secundarias es la mencionada para la encefalitis aguda genuina, más los síntomas presentes aún o residuales de la infección específica causante. Por esto el cuadro clínico suele ser más confuso en estas encefalitis, como ocurre en toda enfermedad mixta, en la cual concurren diversos

factores etioclínicos. Desde el punto de vista neurológico, estas encefalitis secundarias se caracterizan por acercarse mucho a las formas encefaliomielíticas, siendo más frecuentes en ellas las secuelas en forma de parálisis espásticas, de morfología variable.

La encefalitis postvacunal suele presentarse en formas explosiva y grave a los pocos días (del diez al quince) de la vacuna. Es mortal en un tercio de los casos. Parece ser que nada (sulfamidas, penicilina, estreptomicina, córticoesteroides) modifican el curso gravísimo de esta forma encefalítica. Es típica aquí la localización perivenosa de las lesiones inflamatorias del encéfalo. En nuestro país abundan los neuropediatras con larga experiencia, entre ellos nosotros, que no han visto ningún caso mortal de esa forma encefalítica, pero sí hemos visto reacciones encefalíticas alarmantes varias veces, pero de curso benigno.

En las *encefalitis parainfecciosas* es común la siguiente *sintomatología* clínica: comienzo de la encefalitis de los cinco a los quince días después de la enfermedad casual, generalmente en forma repentina, no siendo raros los síntomas de irritación meníngea, que alguna vez pueden dominar el cuadro clínico; entonces se habla más de meningoencefalitis que de encefalitis pura. Son frecuentes los vómitos, cefalalgia, hipo, somnolencia, mioclonismos y ataques convulsivos. El líquido cefalorraquídeo acusa pleocitosis franca e hiperglucorraquia, no tan frecuente como en las formas primarias. Entre los síntomas neurológicos deficitarios predominan las parálisis espáticas en forma de monoplejía, sobre todo en las formas postsarampionosas. En la esfera psíquica puede quedar oligofrenia como secuela; tenemos varios casos nosotros. Sólo la identificación de virus asegura el *diagnóstico* de neuroviriasis encefalítica. Pero ésta es difícil de practicar. Por la mencionada tendencia del cerebro infantil a reaccionar difusamente a la propagación de todo cuadro inflamatorio, domina el polimorfismo clínico y el cuadro grave desde un principio en la encefalitis del infante, sea ésta primaria, sea secundaria. Predominan los cuadros febriles tempestuosos desde un comienzo, con coma, convulsiones y síntomas de irritación meníngea, que curan rápidamente (con secuelas a veces) o conducen a la muerte en plazo corto. Ante un tal cuadro pseudomeningítico grave, practicamos la punción lumbar y nos encontramos generalmente con liquor claro y negativo, salvo ligero pleocitosis, aumento de globulinas y glucorraquia no constante. Descartada por los antecedentes y la clínica el factor tuberculoso y, por tanto, la meningitis tuberculosa, se impone el diagnóstico de encefalitis; que será secundaria si descubrimos una afección gripal, infección exantemática o intoxicación exógena previa; de lo contrario, por exclusión llegaremos al diagnóstico de encefalitis primaria.

Sin embargo, en muchas ocasiones el diagnóstico de encefalitis no es tan fácil como se desprende de las pinceladas esquemáticas anteriores. Por ejemplo, hay casos que se toman por encefalíticos (fiebre, somnolencia, convulsiones y la necropsia descubre un glioblastoma localizado en tronco cerebral. Otras veces sucede al revés: un proceso que se creía expansivo de fosa craneana posterior, acaba siendo diagnosticado de encefalitis localizada. En estos casos, la pneumoencefalografía, el electroencefalograma y la arteriografía cerebral ayudan valiosamente en el *diagnóstico diferencial.*

En lactantes y primera infancia el diagnóstico de encefalitis es más difícil que en los niños por encima de los cuatro años de edad, porque la escasa madurez de su sistema nervioso central impide la cristalización sintomatológica propia de las encefalitis infantiles que hemos descrito. En nuestra estadística hemos recogido,

ante todo, casos de niños por encima de los tres años de edad. Especialmente en el diagnóstico de encefalitis primaria surgen serias dificultades en los primeros días o meses de vida. En esta época vital adquieren importancia las encefalitis por toxoplasmosis, ocasionadas por el toxoplasma, que se encuentra en las zonas necróticas periventriculares y ópticas que provoca, así como también la ictericia nuclear (*kernioterus*), encefalitis secundaria endotóxica consecutiva a eritroblastosis fetal, temible por las secuelas neuropsiquiátricas que comporta. El diagnóstico es fácil en estos casos.

En cuanto al *pronóstico* global, dijimos ya que las encefalitis secundarias suelen ser de curso clínico más benigno y atípico que las primarias, pero dejan más secuelas neurológicas (amaurosis, parálisis diversas, sordera, afasia, etc.).

En las estaciones frías se iguala el pronóstico en ambas formas. La encefalitis postvacunal es mortal muchas veces. La *mortalidad* en el conjunto de nuestro material es de un 12 por ciento. Especialmente mortíferas se han mostrado las formas tosferinosas, complicadas con frecuencia con procesos bronconeumónicos graves. Tanto como la forma encefalítica influye la estación del año, la edad y otros factores extrínsecos (nutrición, asistencia, etc.) en el pronóstico global de la encefalitis infantil. Los niños pequeños mueren más fácilmente que los mayores, especialmente cuando existen procesos (raquitismo, desnutrición) complicantes. Los meses de mayor mortalidad por encefalitis en nuestro servicio hospitalario han sido febrero y marzo.

Como toda enfermedad grave, el evitar la mortalidad y las secuelas residuales es un problema de diagnóstico y tratamiento precoz. La comparación de historias clínicas de encefalitis infantil que hemos realizado antes y después de la era de los antibióticos, demuestra ventaja para la época actual. Ello es especialmente demostrativo en las encefalitis parainfecciosas.

Las secuelas y la mortalidad no dependen mucho de la forma encefalítica en el caso de las encefalitis parainfecciosas, pues infecciones benignas generalmente, como el sarampión y la parotiditis, pueden ocasionar cuadros encefalíticos rápidamente mortales o que dejan graves síntomas residuales. En estas encefalitis secundarias marca el pronóstico más o menos grave la intensidad de las reacciones hiperérgicas del encéfalo.

De gran importancia son las secuelas tardías, que producen un síndrome diencefálico, responsable de la sintomatología motriz hipermetamórfica. Al mismo tiempo que la pérdida de las inhibiciones de motórica general, del instinto sexual y de los impulsos agresivos, se presentan en estos casos intranquilidad persistente de movimientos instintivos, subir sobre las mesas y bancos, arañar, morder, golpearlo todo, como ocurre en los pequeños animales de presa, y completa pérdida del pudor sexual. Por este gran peligro, en las consultas bien dirigidas de los adultos debería dedicarse más atención que hasta la fecha a la encefalitis sufrida en la primera infancia. Asimismo es importante conocer el *síndrome apálico* (sin palio, corteza cerebral), que puede darse en las panencefalitis difusas, y se caracteriza por panafasia, panafraxia y panaguesia, con pulso y respiración normal.

Respecto al *tratamiento*, en trabajos anteriores hemos afirmado ya la acción beneficiosa de los antibióticos en la encefalitis. Podemos añadir ahora la de los córticoesteroides. Por esto se ha dado el desplazamiento de la terapéutica de las encefalitis hacia el empleo de los antibióticos y esteroides, que han descartado por

completo las poco eficientes medidas terapéuticas de antaño a base de suero de convaleciente, utropina, vaccineurina, iodo, etc.

Es un hecho bien probado que con los antibióticos y esteroides actuales obtenemos mayores beneficios que antes en el tratamiento de las encefalitis infantiles. Ello sin olvidar, claro está, las medidas fisioterápicas y ortopédicas para prevenir y combatir las secuelas paralíticas y deformaciones de los miembros, tan frecuentes en las encefalitis de los infantes; como tampoco la medicación complementaria antiinfecciosa y protectora del sistema nervioso (vitaminas C, B y E) y los tratamientos sintomáticos pertinentes en cada caso (hemoterapia, sedantes, sueros hipertónicos, analépticos y neurolépticos). Subrayemos los beneficios de la hibernación en los casos superagudos y la acción del haloperidol en el síntoma de la excitación motriz crónica postencefalítica a base de prescribir cinco gotas dos o tres veces al día, según la edad del paciente.

Teniendo en cuenta que desde el punto de vista experimental la acción de los antibióticos es prácticamente nula en la mayor parte de virus, resulta hasta cierto punto paradójica el éxito terapéutico anunciado desde el punto de vista clínico. No obstante, en todas partes se emplean empíricamente los antibióticos en el tratamiento de las encefalitis, y consideraríamos falta terapéutica no usarlos hoy. Es una medida que pudo discutirse hace un decenio (y nuestros trabajos levantaron polvareda en este sentido), pero no actualmente.

En los casos dudosos entre encefalitis infantil y psicosis orgánica, que caen muchos de ellos en lo que hemos llamado falsas encefalitis y en amplio sentido en el concepto de las antiguas encefalopatías, sean connatales o no, han dado buenos resultados las grandes dosis de vitamina B_6, a base de 300 y más miligramos diarios a partir de la segunda infancia. A nosotros nos ha dado tal terapéutica una grata sorpresa en el tratamiento de un comienzo de demencia infantil de Heller, hasta el punto de haber contribuído tal resultado a la revisión pronóstica y terapéutica de tan temible enfermedad, que se realiza en los momentos actuales en Europa y América.

A pesar de los adelantos de la microscopía electrónica, pocas novedades caben aportar en la *anatomía patológica* de las encefalitis, por lo que renunciamos a comentarla. Estamos en la época de predominio bioquímico en estos y otros muchos aspectos de la medicina actual. Pero somos de los que no creemos se hayan agotado todos los recursos de investigación en este campo de la neuropatología, a pesar de haberse estancado momentáneamente en vía muerta.

Actualmente, la investigación patogénica y etiológica de las encefalitis está abocada casi por completo en los cambios bioquímicos cerebrales y en la identificación del virus, entre cuyos múltiples tipos que se van descubriendo ocupan lugar destacado el virus Coxackie y el virus ECHO, especialmente nocivo este último para el sistema nervioso central del niño. Se trata de investigaciones que requieren amplios medios económicos y de organización en equipo, por lo que están aún en estado incipiente en nuestra patria. Pero, de momento, es el camino más prometedor para conocer a fondo el acontecer etiopatogénico de los problemas que tiene planteados el conocimiento moderno de las encefalitis en la infancia, problemas que en las páginas anteriores hemos procurado plantear en sentido crítico positivo y práctico al mismo tiempo.

Subrayemos, para terminar, el pronóstico maligno de muchas formas de encefalitis después del banal herpes simple, según se deduce de casuísticas recientes, en

contra del pronóstico benigno en general de las meningoencefalitis causadas por el grupo enterovírico Coxackie. Asimismo, recientes estudios sobre las nuevas formas encefalíticas infantiles incluíbles en el grupo de encefalopatías connatales (toxaplamosis, listeriosis, citomegalia y embriopatías a virus), con su anexo la coriomeningitis linfocitaria de *Armstrog*, indican interesante parentesco genético y neuropatológico (calcificaciones intracerebrales, cuerpos de inclusión celular, etc.).

RESUMEN

Se expone la clasificación de las infecciones del sistema nervioso por virus según Sabin, y después el autor propone una clasificación propia que se aviene más a la práctica pediátrica actual y divide las encefalitis propiamente dichas, o sea, las no supuradas, en dos grupos: encefalitis primaria o genuina y encefalitis secundarias. Cada una de ambas formas comprende dos grupos de encefalitis. Las encefalitis primarias se desdoblan en polio y leucoencefalitis; las secundarias comprenden las encefalitis para o postinfecciosas y las tóxicas. Esta división es, a la vez, etiológica y anatomopatológica, y es del orden esencialmente práctico, por corresponder a una indiscutible realidad clínica, que vivimos todos los días. A continuación, se compara esta clasificación con la de otros autores y se relata la experiencia de una casuística de más de doscientos casos de encefalitis diversas infantiles. Y para terminar se hacen unos breves comentarios clínicos acerca de diversos tipos de encefalitis.

Dirección: Muntaner, 185, 1.º. Barcelona - 11.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

PRE-EXCITACIÓN VENTRICULAR; SÍNDROME DE WOLF - PARKINSON - WHITE

COMENTARIOS EN TORNO A NUESTRA CASUÍSTICA (*)

POR EL

DR. VALERIANO BOZAL URZAY

DIRECTOR DEL DISPENSARIO DE ENFERMEDADES DEL TÓRAX, DEL P. N. A.

ZARAGOZA

No soy investigador ni cultivo actividad docente. Soy un profesional médico que atiende al hombre en estado de necesidad cuando se supone enfermo o ciertamente lo está. Profesional que en el acto médico procura establecer con el sujeto-hombre que cuida camaradería itinerante, como preconiza PEDRO LAÍN ENTRALGO, que es: posibilitar un buen enjuiciamiento del enfermo.

Ruego a los señores académicos sepan dispensar la osadía que presupone presentarles este trabajo, que es el fruto del esfuerzo intelectual de un médico para el mejor conocimiento de su ignorancia.

La prodigalidad actual del método instrumental exploratorio en cardiología hace que en la práctica diaria surjan trazados electrocardiográficos cuyos perfiles deben ser contrastados con el cuadro clínico que el enfermo acusa. Dentro de la multipluralidad de trazados, en determinados casos, existe perfecta correlación entre el perfil eléctrico y el síndrome o proceso anatomoclínico. Así ocurre, por ejemplo, en los ventriculogramas infartales y en los bloqueos de rama (figs. 1 y 2). Otras veces, el registro instrumental electrocardiográfico nos reporta una imagen que no encuentra aparente y certera justificación etiopatogénica, situación que pudiera calificarse de nebulosidad etiopatogénica. El síndrome que analizamos se halla dentro de este carácter o circunstancia. Cualidad ésta que motiva el presentar al alto criterio de esta docta Real Academia de Medicina mis aportaciones recogidas en el quehacer diario profesional.

La pre-excitación ventricular es un síndrome electrocardiográfico y también clínico. Se le conoce con diversos nombres: de Wolf-Parkinson-White, por ser estos autores los que le dieron carta de naturaleza, en 1930, si bien anteriormente, en 1919, WILSON lo había descrito.

HOLZMANN y SCHERFF lo denominaron *antesistolia*. BURCH y WINSOR lo califican de *falso bloqueo de rama* o *síndrome del haz de Kent*. ROSEMBRAUN lo llama

(*) Comunicación presentada en la sesión de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el día 15 de marzo de 1962.

componente prematuro. Corrientemente, la terminología usada es la de W-P-W. En el curso de la disertación emplearemos indistintamente los términos citados.

* * *

La pre-excitación ventricular, en su respuesta clínica, dicen que se refleja por la aparición de crisis de taquicardias paroxísticas que responderían a la anticipación, lentitud y desviación de la actividad inicial de los ventrículos.

En los prmeros tiempos en que fue identificado el W-P-W se estimaba como trazado patrón del mismo aquel que cumplía los dos requisitos gráficos que se suponían indispensables: intervalo PQ corto —auriculograma— y QRS —ventriculograma— alargado. La medición de los tiempos de conducción y su valoración como anormales no responden a cifras absolutas, lo cual justificaría la discrepancia de los autores que han estudiado este asunto (fig. 3).

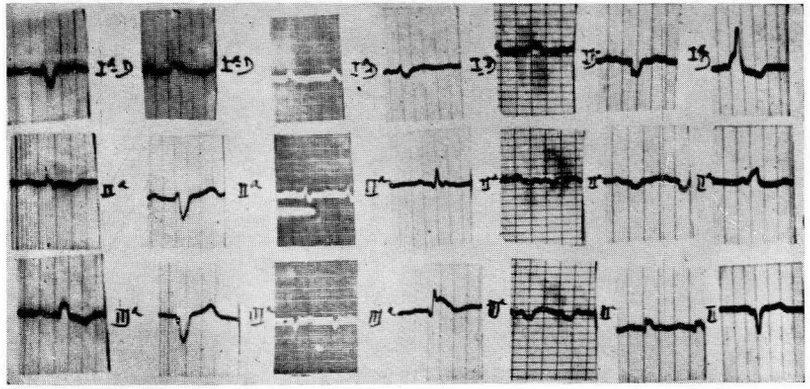


FIGURA 1

Para BATTRO («Las arritmias en clínica», pág. 344. Edit. *El Ateneo*, 1948), el el PQ era de 0'08". LENEGRE («Electrocardiographie clinique», pág. 304. Edit. Masson, París, 1954), la cifra es de 0'11". CABRERA («Técnica y práctica de la electrocardiografía», pág. 167. Edit. *Prensa Médica Mexicana*, 1958), la estima en 0'12". Si el alrgamiento del tiempo de conducción del QRS es mayor de 0'12", se establece como patológico. Los citados autores estiman que estos tiempos se modifican según la edad del sujeto, tipo constitucional y frecuencia del ritmo.

SEGERS (*Acta Cardiologique*, t. II, pág. 21, 1947; y *Cardiología*, fasc. 5, página 319, 1951) investigó en torno a estas alteraciones de acortamiento y alargamiento del PQ y QRS, y observó en el perfil de estos trazados caracteres singulares. Identificó que en el comienzo del QRS había un segmento lento y desviado, que lo denominó «onda delta» (véase fig. 3). El estudio vectocardiográfico ha servido para enjuiciar este síndrome, que también se ha presentado en el curso del cateterismo cardíaco en su doble faceta: experimental y clínico.

ROUJON (*Annales du Laboratoire de Cardiologie et de la Clinique Medicale*, Prof. G. GIRAUD, Montpellier, pág. 101, 1956), GIRAUD (*Arch. Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, n.º 44, pág. 101, 1956), SODI PALLARÉS («Nuevas bases de la Electrocardiografía, 2.ª ed., págs. 413 y ss., 1949. Aportación al II Congreso de

Cardiología, Wáshington, 1954), DUCHOSAL y SULZER («La vectocardiographie», pág. 158. Edit. S. Karger, 1949), MEY (*Arch. Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, n.º 8, pág. 688, 1954), ODIER (*Cardiología*, v. 30, pág. 182, 1957), DUCHOSAL y GOSGURIN («Atlas d'Electrocardiographye», pág. 104. Edit. Karger, 1959) y otros nos informan que el alargamiento del QRS resulta de la interposición de un accidente inicial que afecta la forma de un plano inclinado o «peldaño», a lo que los autores citados —DUCHOSAL y GOSGURIN— también le denominaron y aceptan el calificativo dado por SEGERS, de «onda delta». Perfil eléctrico éste —DUCHOSAL y GOSGURIN— que sufre variantes de las cuales participa el complejo ventricular. Cuanto más voluminosa es la zona de pre-excitación o precozmente activada, mayor es la deformidad del ventriculograma.

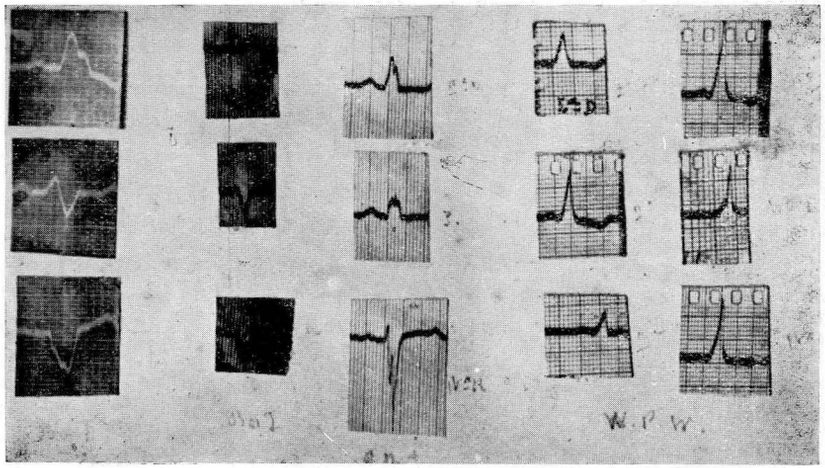


FIGURA 2

Analizando estas alteraciones desde el plano vectorial —DUCHOSAL y GOSGURIN—, entendiendo como tal la vectocardiografía de MILANOVICH y el vectocardiograma espacial normal, se explica por qué unas veces a este trazado se le ha identificado o confundido con un bloqueo de rama, y en otras circunstancias, ante la ausencia del «escalón inicial», no se haya diagnosticado el síndrome que analizamos (véanse figs. 1 y 2). CERNOHORKY (*Cardiología*, v. 29, pág. 278, 1956) analiza el vector en veintidós casos de W-P-W, y confirma que el vector medio máximo se dirige hacia atrás en siete casos, y hacia delante, en quince casos; en los dos tercios de su casuística existe un tipo izquierdo.

Los autores suizos DUCHOSAL y GOSGURIN, en recientes aportaciones, insisten en que para interpretar el trazado como de pre-excitación es necesario que se identifique la deformación inicial de la onda delta (fig. 4), que no adopta exclusivamente el carácter ascendente; puede ser también descendente.

* * *

Si intentamos realizar una revisión de las hipótesis o teorías lanzadas con el fin de aclarar la nebulosidad etiopatogénica del W-P-W, resulta que son numerosas. El autor español SÁNCHEZ, en su trabajo publicado en *Revista Española de Cardiología* (v. 10, pág. 270, 1956), ha llegado a recopilar hasta sesenta.

Los criterios hipotéticos pueden agruparse en tres apartados fundamentales: 1.º Síndrome de W-P-W y vías accesorias de conducción aurículo-ventricular. 2.º Síndrome de W-P-W y aceleración de la conducción aurículo-ventricular. 3.º Síndrome de W-P-W e hiperexcitación septal.

En el año 1953 hice una publicación (*Revista Española de Cardiología*, v. 7, núm. 4, pág. 435), en la cual se hacía una referencia a los criterios etiopatogénicos más al uso en aquel tiempo. Trabajos y publicaciones de: HOLZMAN, SHERFF, WOOD y WOLFERTH, PEZZI, BATTRO, PARKINSON, ROSEMBRAUN, etcétera, razón por lo que ahora, señores académicos, no volveré a insistir. Por el contrario, haré mención de las comunicaciones y publicaciones posteriores.

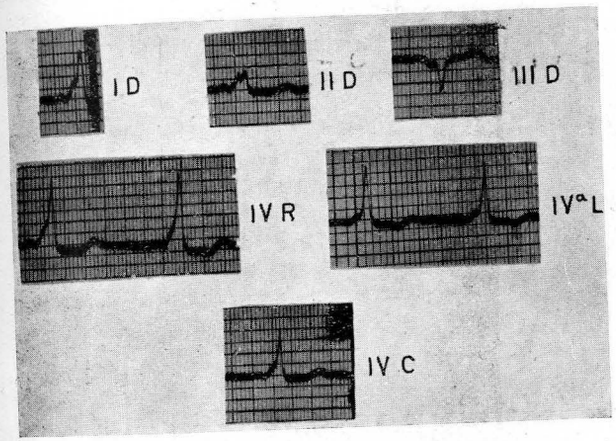


FIGURA 3

ADAMSON (*Circulation*, núm. 22, pág. 715, 1960) ha insistido recientemente —fruto de sus observaciones— en que el mecanismo del W-P-W estaría ligado a la respuesta del marcapaso, el cual es un foco auricular ectópico. SODI PALLARES y GIRAUD, ROUJON, han recogido trazados de W-P-W, excitando con el cateter la cara derecha del septum interventricular. FRAU (Monografía, «La sindrome W-P-W», Edit. Recordi, Milano, 1954) refiere la presencia del W-P-W, estimulando el corazón del perro en la porción anterior del ventrículo izquierdo, cerca de la inserción del septum y también en la región del cono arterial pulmonar. Posteriormente, WICK (*Z. Kreislauflorechg*, v. 49, pág. 309, 1960) refiere los hallazgos electrocardiográficos en el curso del cateterismo cardíaco, y sobre doscientas treinta y ocho exploraciones de este tipo, en once casos se presentó el perfil del W-P-W.

* * *

GIRAUD y su escuela han estudiado la pre-excitación ventricular desde el punto de vista vectocardiográfico —cardiovectografía de MILOVANOVICH, técnica de DONZELOT— y manifiestan que la actividad auricular es normal y que el trastorno es de carácter ventricular; la preexcitación ventricular provoca la aparición de vectores cardíacos antesistólicos cuya importancia depende de la precocidad de la alteración miocárdica y de su duración.

Muy interesantes y atinadas son las sugestivas ideas expuestas por MOSET, SCHWARTZ y WHITE (*Cardiología*, v. 34, núm. 4, pág. 43, 1959), que presentan un caso de W-P-W con bloqueo de segundo grado —bloqueo aurículo-ventricular 2/1 ó fenómeno de WENKEBACH—, hecho clínico muy poco frecuente; para los

autores citados sólo han podido ser captados —en la revisión que hacen— siete casos. Después de estudiar la etiología del síndrome de W-P-W, se definen ser partidarios de la teoría expuesta por PRINZMENTAL (*Circulation*, t. 1, pág. 241, 1952), que es la de conducción acelerada por la vía aurículo-ventricular ordinaria.

En esta segunda fase del estudio del W-P-W —la primera se refiere a nuestra publicación del año 1953, ya citada— van apareciendo trabajos y publicaciones que nos refieren la existencia de un foco patológico miocárdico y W-P-W. Por su interés, haré mención de la publicación del cardiólogo vienés PARTILLA (*Cardiología*, v. 33, n.º 2, pág. 108, 1958) sobre cuatro casos de miocarditis crónica y que por reactivación de un foco séptico se estableció el trazado W-P-W. Este autor es contrario al criterio exclusivista de que la aparición del síndrome lleve aparejada la presencia de vías o conductos anatómicos particulares entre las aurículas y ventrículos. ANGLE, W. (*American Heart Journal*, v. 56, n.º 1, pág. 36, 1958) y KARVI (*American Heart Journal*, v. 55, pág. 406, 1958) refieren la coincidencia de W-P-W con infartos septales. Teoría ésta —o hallazgo— de lesión infartal o de agresión miocárdica —autogenerada, viral o bacteriana— no exenta de veracidad clínica y que nosotros hemos podido recoger en la casuística que presentamos (figura 5).

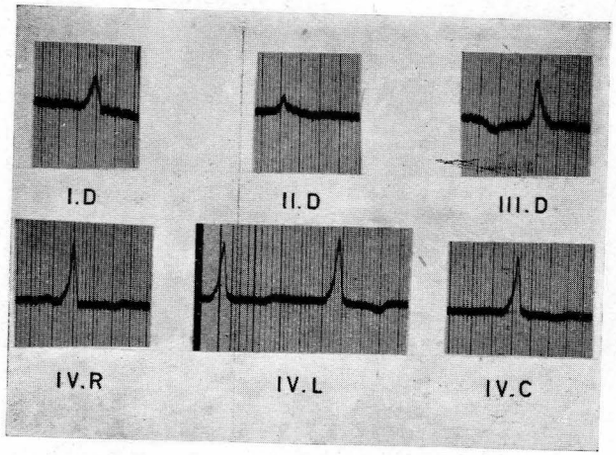


FIGURA 4

* * *

Las cardiomegalias también han sido tributarias de aparición de W-P-W, como lo atestiguan las publicaciones de VACHERON (*Arch. Maladies du Coeur et Vaisseaux*, n.º 4, pág. 345, 1954), ROSSI «Cardiopatías del lactante», versión española, pág. 470. Edit. Morata, 1958). Cardiomegalias familiares también han mostrado este tipo de trazado; publicación de SCHIEBLER y ADAMS (*American Heart Journal*, v. 58, pág. 113, 1959). El factor familiar sin cardiomegalia también ha sido valorado por AVEVIL (*American Heart Journal*, n.º 6, pág. 943, 1956) como resultas de sus investigaciones en dos hermanos de cincuenta y cincuenta y siete años.

* * *

Han seguido los estudios farmacológicos y las respuestas de estos fármacos en pacientes portadores de W-P-W; trabajos de MEY (*Arch. Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, n.º 8, pág. 688, 1954), TALLÓN CANTERO (*Revista Española de Cardiología*, v. XI, núms. 1-2, pág. 54, 1957), DONEFF (*Cardiología*, n.º 34, pág. 199, 1959). Según estas publicaciones, la administración de aminoprocaína, atropina, etc., modifica el perfil electrocardiográfico del W-P-W en aquellos pacientes con un componente global distónico neurovegetativo. FABRA JIMÉNEZ (*Revista Española de Cardiología*, n.º 1, pág. 1, 1961) hace una segunda aportación al síndrome que analizamos, y los casos por él estudiados no mostraron variantes después de las pruebas de fármacos. Sus casos respondían a cardiopatías orificiales reumáticas.

* * *

Se ha insistido en que la aparición de este síndrome estaba ligada a sujetos jóvenes con un corazón sano. La respuesta clínica: crisis de taquicardia paroxística. Este criterio, predominante hasta el año 1953, va perdiendo consistencia con el transcurso del tiempo, debido al mayor número de observaciones de W-P-W. Desde nuestra primera publicación hemos seguido apasionadamente la trayectoria etiopatogénica del síndrome, por hallar en las teorías más al uso discrepancias con la clínica. De esta forma se apunta, va ganando terreno, el criterio de que la presencia de un W-P-W no es dependiente de un corazón sano. Paralelamente a esta observación ha surgido sintomatología no de taquicardia en exclusividad. Así las cosas planteadas —desde el ángulo del quehacer diario—, resulta que PICK (*American Heart Journal*, v. 55, n.º 4, pág. 504, 1958) nos muestra varios casos en los cuales había y coincidía el W-P-W con bloqueos de rama. Los trazados que muestra este autor son muy demostrativos. Nuestro estudio sobre bloqueos de rama (véanse figuras 1 y 2) (*Revista Española de Cardiología*, n.º 1, 1947; y *Medicina*, 1952) confirman que la identificación de bloqueos de rama —derechos o izquierdos, alterantes o de arborización, con o sin infarto— son trazados que equivalen a enjuiciar al sujeto portador de ellos como paciente afecto de una cardiopatía grave.

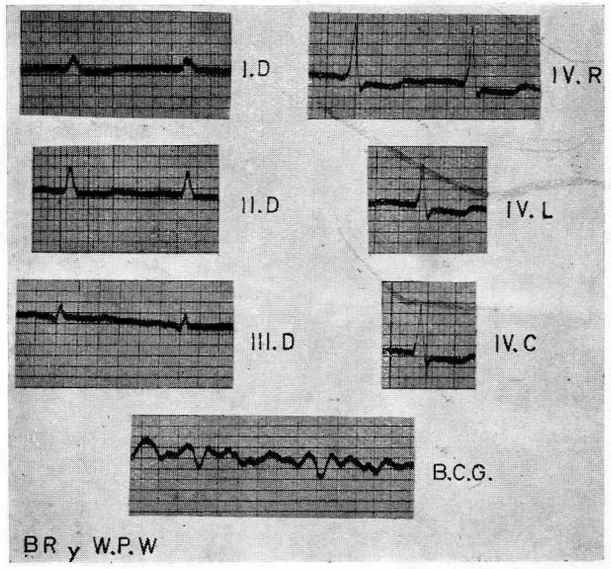


FIGURA 5

Si se analizan detenidamente los casos publicados de W-P-W —tarea nada fácil—, puede observarse que muchos de ellos están captados, enfocados, bajo un prisma de «técnico especialista». Quiero decir con esto que el enjuiciamiento del sujeto que se cree o está enfermo no se ha realizado con la visión total del sujeto-hombre que se halla en estado de necesidad. Puntualizando en torno a estas premisas, veamos cómo se expresa que el síndrome de W-P-W aparece en corazones sanos. A este respecto debemos meditar seriamente cuando queramos clasificar el

aparato circulatorio como óptimamente sano. Compartiendo el criterio expuesto por VEGA DÍAZ («Algunos problemas cardiológicos de actualidad», edit. Inst. Fisiol. y Patol. de Tenerife, 1961), sabemos que la normalidad absoluta y asintomática no tienen realidad, y nadie puede sostener que la normalidad humana pueda ser total; sólo teóricamente, a título de ejemplo didáctico, se puede sugerir u ofrecer tal idea, afirma el citado cardiólogo.

* * *

Adentrándonos en nuestro fichero, señores académicos, hemos revisado siete mil quinientas historias clínicas correspondientes a enfermos torácicos. De esta revisión ha resultado el hallazgo de veinticinco casos de síndrome de W-P-W, lo que reporta un índice de frecuencia, en nuestro material humano, del 0'33 por ciento.

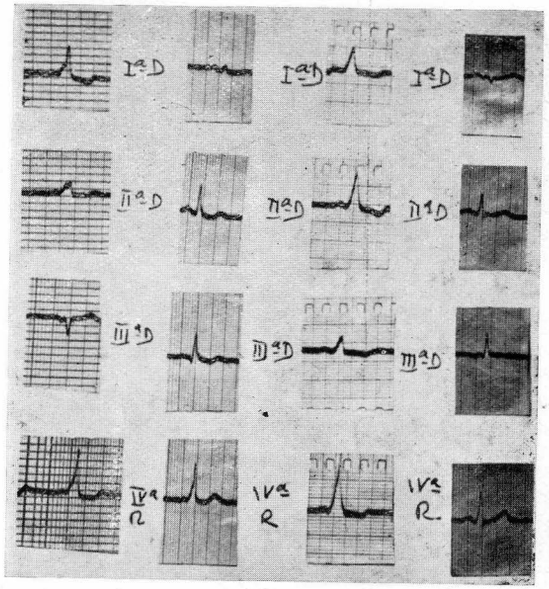


FIGURA 6

Deslindando en dos grandes grupos estas historias clínicas —siete mil quinientas—, resulta que cuatro mil setecientas cincuenta y cinco correspondían a pacientes cardiovasculares del más variado tipo, y precisamente en ellos fueron identificados los veinticinco casos de preexcitación ventricular. De estas observaciones se obtienen dos conclusiones: una, que sobre siete mil quinientos enfermos torácicos había cuatro mil setecientos cincuenta y cinco pacientes cardiovasculares, el 63'5 por ciento; otra conclusión es la asiduidad de presentación del W-P-W en estos sujetos, el 0'52 por ciento (fig. 6; tipos de W-P-W recogidos).

Investigando en el grupo de pacientes cardiovasculares —cuatro mil setecientos cincuenta y cinco—, resultó que en mil quinientos veinticuatro fue identificada la etiología reumática de su cardiopatía (el 32 por ciento). En este grupo de enfermos fueron localizados diez casos de W-P-W, lo que da un índice de frecuencia del 0'80 por ciento. Dentro del grupo de la cardiopatía reumática se obtuvo el dato de mil cuarenta y ocho valvulopatías orificiales —mitrales, aórticas, combinación de ambas—, que reporta el porcentaje de 68'7 por ciento de cardiópatas reumáticos con síndrome orificial valvular. En este grupo fueron identificados ocho casos de W-P-W, dando un índice de frecuencia del 0'76 por ciento. En los sujetos afectos de cardiopatía reumática no valvular —cuatrocientos setenta y seis— fueron localizados dos casos de W-P-W, que reportan el 0'42 por ciento.

El perfil electrocardiográfico de W-P-W fue descubierto en el curso de la exploración global del enfermo. Este, unas veces acudió a la consulta por manifestar

palpitaciones; otras, disnea de esfuerzo y de reposo, dolores precordiales, signos de carditis evolutiva —infección oroamigdalina, fiebre, velocidad de sedimentación acelerada, leucocitosis, dolores articulares, eritema, etc.— o descompensación de su cardiopatía valvular (véanse figs. 7, 8 y 9).

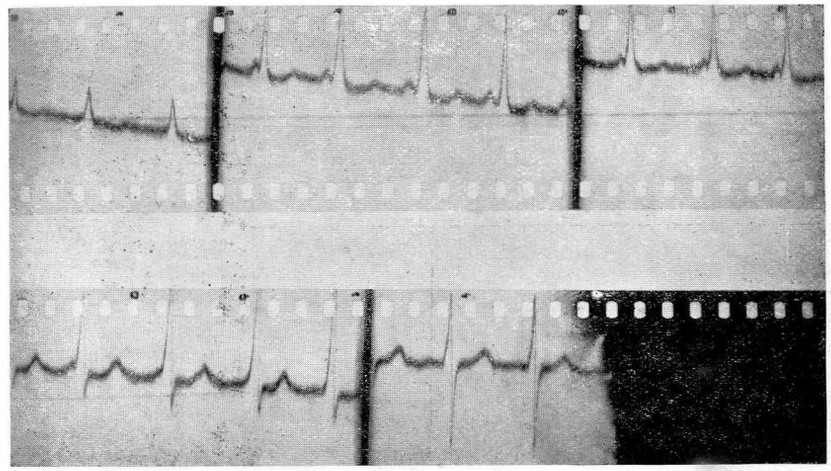


FIGURA 7

Es cierto que en este grupo o apartado —cardiopatía reumática— se ha recogido algún caso con sintomatología externa predominante de taquicardia. Taquicardia que se presentaba con mayor asiduidad con el esfuerzo, los días pre, en y postmenstruales y en las situaciones emocionales afectivas. Corazones los de estos pacientes de siluetas radiológicas prácticamente normales, en los cuales la auscultación denunciaba la estenosis mitral.

* * *

El comportamiento de estos trazados de W-P-W ha sido presidido por la irreversibilidad. Dominada e incluso conseguida la compensación, el perfil eléctrico ha persistido con las características fundamentales. También es interesante hacer constar la capacidad funcional de estos corazones con lesión orificial reumática y W-P-W, cuando se han visto obligados a soportar una hiperfunción desencadenada por el curso del embarazo o la precisión de realizar un acto quirúrgico e incluso la suma de ambas situaciones. Entresacando circunstancias de este tipo de nuestra casuística, tenemos el caso de una paciente portadora de cardiopatía orificial mitral doble —insuficiencia y estenosis—, que cursó su embarazo con manifiestos signos de insuficiencia cardíaca. Gestación que precisó el empleo de digital y estrofanto asociados a diuréticos y régimen hiposódico. Iniciado el trabajo del parto, y en virtud de las condiciones mecánicas del mismo, necesitó la paciente su internamiento en una clínica tocoginecológica. El profesional que le iba a atender, profesor FERNÁNDEZ RUIZ, estimó necesaria la colaboración del cardiólogo para valorar el riesgo quirúrgico que planteaba el caso. En la exploración que le hice hallé una grave descompensación de su cardiopatía orificial doble, y el trazado electrocardiográfico denunció la presencia de un W-P-W. Realizada la intervención —cesárea—, con

feto vivo y supervivencia de la enferma, ésta, posteriormente, siguió reportando en la exploración eléctrica el trazado de W-P-W. Ni las modificaciones hemodinámicas, psíquicas, ni la acción de los fármacos anestésicos empleados en el acto quirúrgico cambiaron los perfiles eléctricos de la exploración electrocardiográfica en lo referente al W-P-W. Esta observación fue recogida en nuestra publicación del año 1953.

* * *

Comentemos ahora los hallazgos obtenidos en las fichas correspondientes a pacientes cardiovasculares —cuatro mil setecientos cincuenta y cinco—, y de ellas se han seleccionado mil quinientas historias —el 31 por ciento— que responden a sujetos con sintomatología circulatoria con síndrome general de: distonías neurovegetativas, disfunciones ováricas, corazones del embarazo, neurósicos, aprensivos, etílicos, epilépticos, drogados, etcétera.

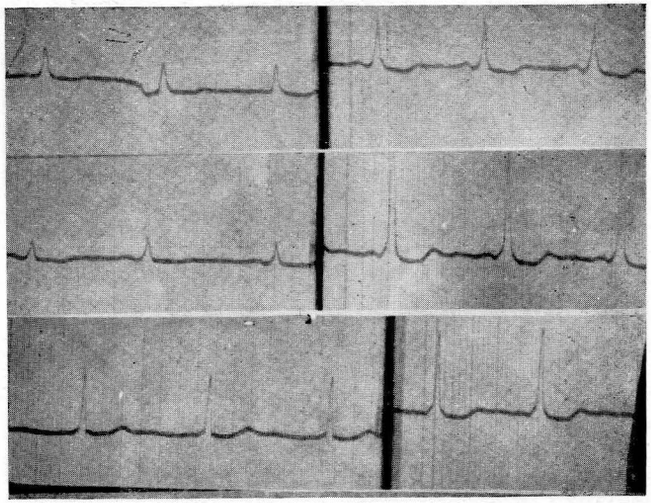


FIGURA 8

En este complejo grupo de pacientes que pudiéramos definirlos como pacientes con enfermedad cardiovascular en corazón sano, fueron localizados cuatro casos de W-P-W, lo que reporta un índice de frecuencia del 0'26 por ciento.

Si penetramos en el oscuro problema clínico que plantean este tipo de pacientes —distónicos neurovegetativos, síndrome adrenosimpatogénico, neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria— podremos observar que, siendo el aparato circulatorio objetivamente normal, funciona ineconómicamente a efectos de la sensibilidad subjetiva, por lo cual se exterioriza en síntomas —taquicardias, arritmias, hipotensiones— y que, con un concepto de cierta libertad, se suele hablar de corazón morfológicamente sano. Situación de disfunción cardiovascular motivada por la vida biológica, que es adaptación o defensa. Síndromes los anteriores que pueden calificarse como situaciones o momentos de inadaptación neuro-cardiovascular. El médico, ante estos casos, no debe comportarse como «técnico especialista» puro y sí como «intelectual especialista» —criterio que preconiza PEDRO LAÍN ENTRALGO («Ocio y trabajo», página 285. Edit. Occidente, 1960)—. Si el internista o cardiólogo toma esta directriz profesional, podrá descubrir el fondo de los síndromes de inadaptación cardiovascular y de muchas enfermedades que en ellos comienzan y que representan el fracaso de la personalidad global del hombre actual para enfrentarse con el agobio vivencial del ambiente. ¿No será acaso esta situación la creadora o predisponente

del gran número de asiduos pacientes a las consultas cardiológicas que aquejan la angustia y la inadaptación al potente y asfixiante clima emanado de la «civilización industrial»?

En estos sujetos, si el profesional médico realiza con minuciosidad el interrogatorio descubrirá en él cómo el supuesto paciente refiere situaciones afectivas encadenadas con respuestas cardiovasculares, como si en este aparato se hallase el reservorio evasivo. Evasión que se recoge en el acto médico por dolor precordial marcado a *punta de dedo*, palpitaciones, hipotensiones, astenias, reacciones, vasomotoras, etc.

El método instrumental exploratorio cardiovascular me ha permitido recoger el síndrome de pre-excitación ventricular. El perfil de estos trazados se asemeja al tipo patrón. Digo que se parece, si bien difiere en algunos aspectos. Electrocardiográficamente se identifica un PQ corto, e incluso se halla recogida la «onda delta». Esta no es tan gruesa o marcada como ocurre en la cardiopatía reumática. El ventrículograma frecuentemente se halla dentro de los límites normales (véase figura 10).

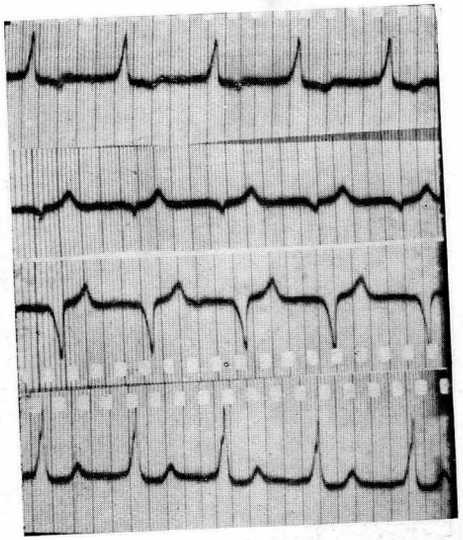


FIGURA 9

En estos casos, la práctica de determinadas exploraciones —prueba de ejercicio, administración de fármacos o supresión de las situaciones afectivo-emocionales— hace que el perfil del trazado se modifique y adopte la normalidad. En estos casos se podría hablar de reversibilidad del trazado, condición de que adolece cuando es tributario de cardiopatía reumática (véase figura 10).

Nuestro criterio se hermana con el de VEGA DÍAZ cuando éste afirma que: «en clínica cardiológica hay síndromes mínimos, patológicamente mínimos, lesionalmente inexpresivos, pero que muestran a las claras la conexión que el aparato cardiovascular tiene con la integridad del ser y las relaciones de éste con el cosmos».

* * *

Si insistimos en la subdivisión de pacientes cardiovasculares —cuatro mil setecientos cincuenta y cinco—, hallamos en este grupo un número —dos mil treinta y uno— que los diagnosticamos como hipertensos, insuficientes coronarios en sus más variadas formas, cardiópatas diabéticos, cor pulmonale crónico, tiroideos, miocárdicos no reumáticos, etc. Pues bien, el índice global de asiduidad de estos enfermos es del 42'7 por ciento, y en ellos se recogieron once casos de W-P-W, con un índice de frecuencia del 0'54 por ciento.

Prosiguiendo el desglose clasificatorio de este apartado, se obtiene la cifra de ochocientos veintiocho pacientes portadores de corazón pulmonar crónico dependiente de: enfisema, bronquiectasias, neumonías, neumoconiosis, tuberculosis pulmonar úlcero-cirrótica, asmas del más variado tipo, colapsoterapia quirúrgica y cifo-

escoliosis. En este apartado se identificaron cinco casos de W-P-W. Indice de frecuencia: 0'61 por ciento.

La cardiopatía isquémica —terminología de WOOD—, que corresponde a la insuficiencia coronaria en sus más variadas formas, también nos ha permitido captar siluetas con perfiles electrocardiográficos de preexcitación ventricular (véase figura 5). Hallazgo que también ha sido referido y publicado por ANGLE y KARVI, ya citados, y por SPRITZ y colaboradores (*American Heart Journal*, v. 56, n.º 5, página 715, 1958).

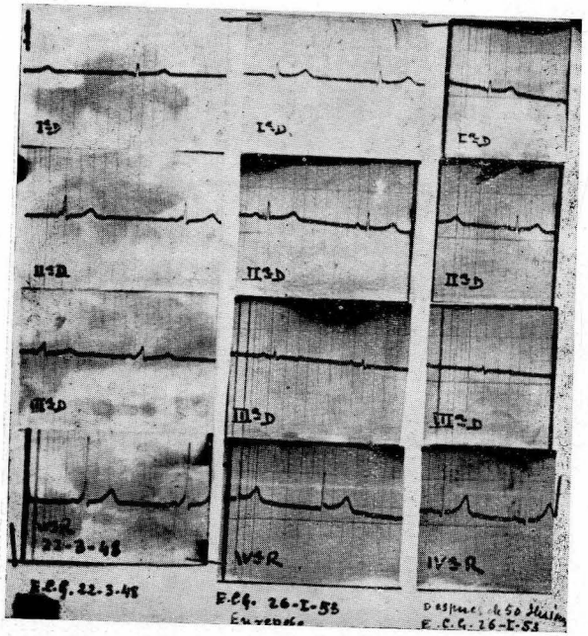


FIGURA 10

En esta modalidad de la patología cardíaca fueron hallados seis casos de W-P-W, lo que da un porcentaje del 0'49 por ciento.

* * *

Hemos tenido la feliz oportunidad de poder asistir a la formación de un trazado electrocardiográfico de pre-excitación ventricular. Este hecho singular, si se exceptúan los casos surgidos en el curso del cateterismo cardíaco, es muy demostrativo y aclaratorio de la etiopatogenia del síndrome de W-P-W.

El caso fue publicado por nosotros en 1953, y se refiere a un paciente en el que, coincidiendo con el recrudecimiento de un síndrome estenocárdico, apareció el perfil electrocardiográfico de W-P-W. Trazado que persistió con todos los caracteres típicos una vez cesado el síndrome doloroso (fig. 11).

* * *

A la luz de los casos recogidos y las valiosas aportaciones de otros autores, estimamos, señores académicos, que algunos de los criterios expuestos sobre la etiopatogenia del W-P-W deberán ser revisados. Al síndrome de pre-excitación ventricular no se le debe dar en exclusiva la presencia de un haz accesorio de Kent en un corazón sano. Para afirmar que la patogenia del W-P-W está ligada indefectiblemente a estas comunicaciones anatómicas anormales aurículo-ventriculares, no tengo los elementos precisos de control: datos histopatológicos. Sí se poseen informes de necropsia en los cuales, no habiendo alteraciones anatómicas de las citadas, se recogieron trazados electrocardiográficos de W-P-W. También disentimos del criterio de que este trazado es una pura curiosidad eléctrica de un corazón sano.

El examen de la casuística publicada y la revisión de la nuestra reporta un balance de mayor frecuencia de W-P-W en sujetos afectos de cardiopatía orificial reumática. Por el carácter peculiar de la agresión reumática se alteran los tiempos de conducción, estableciendo modificaciones irreversibles, las cuales le confieren al W-P-W, en estos casos, el carácter de permanentes.

La integridad funcional del corazón no estará presidida o regida por el W-P-W. Como tantas veces ocurre en patología cardiovascular, será el equilibrio del metabolismo celular cardíaco el que marcará, según su alteración, las variantes de eficiencia o insuficiencia cardíaca, que en este caso —insuficiencia cardíaca— dará paso hasta culminar en el síndrome de cardiopatía metabólica. Situación ésta que día a día alcanza más destacada personalidad en la patología cardíaca y que el profesional no debe desconocer. Su ignorancia lleva implícita la realización de una terapéutica incorrecta, que es sinónimo de fracaso terapéutico con pérdida del paciente.

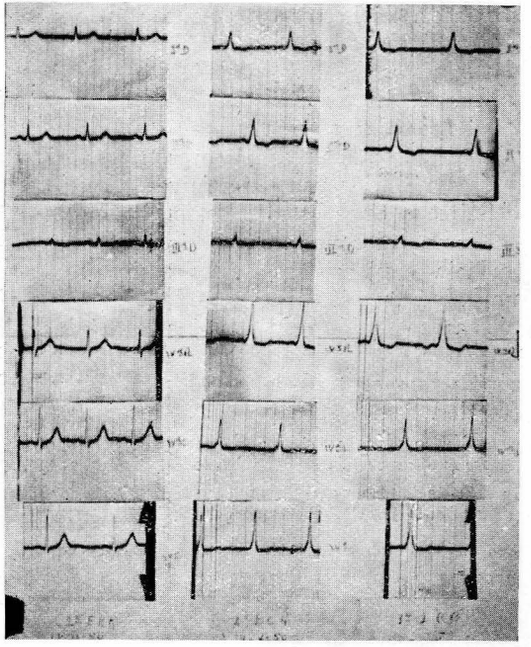


FIGURA 11

No quisiera hacer una disgresión del tema que tratamos; la circunstancia de que estos pacientes portadores de W-P-W subsidiario de cardiopatía orificial reumática puedan llegar al estado de insuficiencia cardíaca hace que, siquiera de una forma semejante a una panorámica cinematográfica, de pasada, digamos unas palabras sobre las concepciones actuales relacionadas con el tratamiento de estos cuadros de insuficiencia cardíaca.

Han sido SODI PALLARÉS y su escuela (*Archivos del Instituto de Cardiología de México*, septiembre-octubre 1961, pág. 557) y VEGA DÍAZ (*Revista Española de Cardiología*, v. XV, n.º 1, pág. 68, 1962) y PÉREZ CASAR (en la misma revista) los primeros que han iniciado estos trabajos de investigación y su aplicación a la clínica, al poner en práctica la acción terapéutica de las soluciones polarizantes. Personalmente —siguiendo el criterio de los autores citados— también he manejado esta moderna concepción terapéutica del cardiópata insuficiente. Del enfermo que a pesar de haber sido tratado correctamente por los métodos clásicos —digital, estrofanto, diuréticos— ha llegado a situación límite. Los resultados obtenidos —en dos casos— han sido totalmente satisfactorios al conseguir la recuperación funcional de un corazón que se consideraba incapaz de reaccionar. La experiencia, corta pero aleccionadora, nos permite defender el criterio de SODI PALLARÉS expresado en las palabras con que finaliza su importante trabajo «Posibilidad de una

terapéutica de integración iónica celular»: «El hecho de que toda agresión celular a las fibras miocárdicas determina pérdida de potasio y aumento del sodio y cloro celulares con alteraciones metabólicas consecutivas a las iónicas». Espero poder hacer brevemente, cuando tenga más casos, una exposición de esta modalidad terapéutica en cardiología.

* * *

También hemos confirmado el hecho de que en determinados casos el W-P-W era reversible y susceptible de modificarse por la administración de determinados fármacos. Ya hemos comentado anteriormente que el tipo de trazado no se identificaba en un todo con el perfil patrón. Se ha podido comprobar que estos cambios o respuestas del electrocardiograma llevaban emparejado un determinado tipo de pacientes. Sujetos a los cuales se les englobaba o engloba con el socorrido «cajón de sastre» de: astenia neurocirculatoria, neurosis cardíaca, etc. Situaciones patológicas que autentizan al corazón como órgano de resonancia, pero que responden a desequilibrios neurovegetativos. Usando la terminología de López Ibor, podría definirse a estos estados como timopatías con sintomatología cardíaca prevalente.

Impulsados por un criterio imaginativo —perdón, señores académicos, por la audacia—, pienso si en estos pacientes, certeramente catalogados por López Ibor, no habrá también un desnivel hormonal o electrolítico, y que la acción de estos fármacos —sulfato de atropina, quinidina, simpatol, aminoprocaína, etc.— no actuarán a semejanza de las soluciones polarizantes que restablecen el equilibrio iónico que se traduce por los cambios de los trazados electrocardiográficos infartales.

Día a día, y como feliz respuesta a los estudios, puede observarse cómo en cardiología van tomando cuerpo conceptos y criterios que por las respuestas experimentales y clínicas desplazan a los existentes. Esta corriente nueva identifica que muchos procesos patológicos cardiovasculares son la respuesta de alteraciones metabólicas del músculo cardíaco. Ya en 1954, Beretervide y Fiandra (*Arch. Malad. Coeur et des Vaisseaux*, n.º 1, pág. 60, 1954) estudiaron el síndrome electrocardiográfico del hipometabolismo del miocardio. Rossi —ya citado—, Pendl («Tratamiento moderno de las cardiopatías», versión española, Edit. Labor, 1958), Maggi y colaboradores (*Cardiología*, v. 35, n.º 3, pág. 9, 1959), Seyle y colaboradores (*Acta Cardiológica*, n.º 15, pág. 317, 1960), nos muestran a todas luces la importancia que tiene el estudio y valoración del equilibrio electrolítico del músculo cardíaco. Estimo, señores académicos, que los problemas de patología cardiovascular deben ser enfocados con menos criterio «hidráulico» y sí más metabólico.

El metabolismo de los tejidos juega un papel importante, fundamental, en la génesis de los fenómenos de necrosis, de lesión y de isquemia, inherentes a toda trombosis de miocardio, cerebro o tejido que sea, detalles que hasta ahora, como afirman Sodi Pallarés, Vega Díaz y Pérez Casar, no se han tenido en cuenta.

* * *

Como complemento a lo expuesto anteriormente, señores académicos, se desprende la necesidad de estudiar dos hechos fundamentales derivados del empleo de las soluciones polarizantes en patología cardiovascular. Uno será la respuesta posterior de estos corazones ante el empleo terapéutico de la digital, bien sea lanata o purpúrea, y estrofanto.

En uno de nuestros casos ya tenemos el hecho de que la administración oral del lanatóxido C ha consolidado la funcionalidad cardíaca. Dato éste que tiene mucha más importancia cuanto que este paciente, en su fase anterior al empleo de la solución polarizante, no experimentaba ninguna recuperación, sino todo lo contrario.

Otro de los hechos que debemos analizar será la determinación de los aspectos de la función fisiológica cardíaca después del uso de estas soluciones polarizantes, y a este respecto estimo de utilísimo valor la recogida de trazados balistocardiográficos. No olvidemos las expresiones manifestadas en el II Congreso Mundial de Cardiología —Wáshington, 1954— por Isaac Star, Nikerson, Brown, Wittern, Barker, Mandelbaum, Scarbough, Dock.

Por la índole de los pacientes, esta faceta de estudio no ha podido ser realizada, bien a nuestro pesar, cuanto que cultivamos la práctica de este método de exploración instrumental cardiológica desde el año 1950.

Conclusiones finales

1.ª La revisión de siete mil quinientas fichas de pacientes torácicos ha reportado el hallazgo de veinticinco casos de W-P-W, lo que nos ha dado un índice de frecuencia del 0'33 por ciento.

2.ª Seleccionadas estas fichas —siete mil quinientas—, resultó que cuatro mil setecientas cincuenta y cinco correspondían a enfermos torácicos con enfermedad cardiovascular primitiva o secundaria, y fue precisamente en este grupo en el cual se identificó la pre-excitación ventricular, aportando el índice de 0'52 por ciento.

3.ª Fue la cardiopatía reumática la que reportó el mayor índice de frecuencia: 0'80 por ciento.

4.ª El perfil electrocardiográfico de estos hallazgos (C R) se asemejaba en un todo al que se ha identificado como patrón.

5.ª La cualidad o carácter que ha definido estos trazados ha sido la irreversibilidad. No ha sufrido variación ni por la acción de los agentes farmacológicos —incluso aquellos que fueron administrados para dominar la descompensación—, actos quirúrgicos ni sobrecargas cardíacas (embarazos). La compensación de la cardiopatía orificial —mitral y aórtica, en sus más variadas formas— no se ha reflejado por la desaparición del perfil del trazado de W-P-W.

6.ª La sintomatología clínica de estos enfermos estaba presidida por la situación de su cardiopatía. La expresión oral por el paciente de crisis de taquicardia identificó más tarde en el sujeto la presencia de cardiopatía orificial, preferentemente mitral.

7.ª La agresión cardíaca por bacterias, virus, desequilibrio metabólico, puede ser responsable de la creación de un trazado de pre-excitación ventricular.

8.ª No estimamos como indefectible que el hallazgo de este síndrome clínico-electrocardiográfico sea tributario en exclusiva de la existencia de vías anómalas anatómicas aurículo-ventriculares.

9.ª Tampoco valoramos a este síndrome como curiosidad electrocardiográfica que aparece en un corazón sano.

10.ª El empleo de soluciones polarizantes, como preconizan Sodi Pallarés y Vega Díaz, abre nuevos horizontes para el estudio de los trazados de W-P-W en aquellos sujetos afectos de una cardiopatía por desequilibrio metabólico. Se ha descrito por los autores citados las modificaciones electrocardiográficas de los trazados infartales tratados con esta terapéutica. Como en determinados casos se

ha presentado en clínica la asociación de ambos síndromes, sería muy aleccionador comprobar si la acción terapéutica de las soluciones polarizantes marchaba paralela en los casos de síndrome infartal y W-P-W, en lo que a variantes de trazado se refiere.

11.ª En los casos de cardiopatía isquémica —terminología de WOOD— en sus más variadas formas, fueron hallados trazados de W-P-W en la proporción del 0'49 por ciento. Estos perfiles tenían el carácter de irreversibles.

12.ª En el grupo de pacientes clasificados de timópatas con sintomatología prevalente (LÓPEZ IBOR), fueron identificados los trazados de W-P-W en la proporción del 0'26 por ciento.

13.ª Los trazados recogidos disentían del tipo que se estima como patrón. El acortamiento del PQ y la «onda delta» era el carácter predominante.

14.ª El carácter electrocardiográfico de estos trazados se traducía por su inestabilidad. El empleo de determinados fármacos —sulfato de atropina, quinidina, aminoprocaína, etc.— cambiaba el perfil electrocardiográfico, conduciéndolo a la normalidad. Puede catalogarse el W-P-W en estos pacientes como reversible.

15.ª La sintomatología clínica que expresaban estos sujetos la presidían mayormente: crisis de taquicardia, estados de ansiedad, dolores precordiales —independientes del esfuerzo—, que el individuo interrogado *señalaba a punta de dedo*.

RESUMEN

Primeramente, el autor define la pre-excitación ventricular, y estima que este síndrome no es puramente electrocardiográfico. También es clínico. Resalta que en la práctica se le suele denominar con los siguientes sinónimos: antesistolia, falso bloqueo de rama del haz de His, componente prematuro, síndrome del haz de Kent.

La pre-excitación ventricular, en su respuesta clínica, se refleja por la aparición de crisis de taquicardia paroxística que respondería a la anticipación, lentitud y desviación de la actividad inicial de los ventrículos.

Sobre un total de siete mil quinientas historias clínicas de pacientes torácicos, fueron hallados veinticinco casos de W-P-W, lo que da un índice del 0'33 por ciento.

Se hacen consideraciones patogénicas y clínicas, y presenta numerosos gráficos propios.

Del examen de su casuística resulta que en muchas ocasiones la aparición del W-P-W no va acompañada de crisis de taquicardia. Las manifestaciones del enfermo están supeditadas a la cardiopatía de que es portador. Pueden ser síntomas reveladores: disnea de esfuerzo, de reposo, dolor precordial, etc.

Dirección: Paseo de Pamplona, n.º 1. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

CORRELACIONES BIOLÓGICAS

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

EL concepto más general que tenemos sobre la vida es el de inmanencia y espontaneidad, o sea, aquellos seres organizados que existen en virtud de potencias virtuales y reales en correspondencia con principios propios de individuación.

Esta aptitud de ser en sí, conducente a un singular concreto organizado y funcional, con sus caracteres y cualidades específicas, con sus diferencias formales cualicuantitativas, condicionan los entes vivientes en el tiempo y en el espacio.

Cuando decimos de lo vital que es una aptitud de ser en sí, se quiere significar que en su constitución intervienen potencias y actos que se suceden de un modo contingente y pasajero, sino también otras potencias y actos que obran en razones constantes de unidad de plan y finalidad.

Como nuestra mente está facultada para discernir sobre casos, hechos y experiencias, sobre fenómenos en general en cuyo mundo nos movemos de modo inteligible, no ocurre lo mismo cuando nuestra razón intenta discernir aquello potencial causal y determinante, aquel principio cualificador formal y funcional de los fenómenos. Se quiere decir que los seres para nosotros son una realidad conceptuable por su razón actual, cuyas esencias se nos escapan, perdiendo sus horizontes en cuanto es tendencia, fuerza integradora de leyes y principios formales.

A este respecto, no puede negarse que la inmanencia vital resulta de un concurso de potencias, inductoras unas, informativas otras, de cuya síntesis resulta el mundo organizado.

A pesar de nuestra incapacidad para intuir eso que podríamos llamar anticipaciones orgánico-funcionales, que también se entiende por eso que se denomina el ser en sí o cosa en sí vital, nuestra razón tiene que afirmarse en aquello que es realidad observable o experimental. El mundo vital tiene su fundamento en la materia; todas las leyes de la constitución de los cuerpos, los principios que rigen las diversas sustancias minerales y orgánicas informan con sus cambios y mutaciones el sustrato elemental que materializa lo viviente.

Al lado de esta fenomenología física, la inmanencia posee su mayor jerarquía en otro orden, en el de la continuidad, regularidad y permanencia de géneros y especies, etc., es decir, que al lado de lo temporal, se dan caracteres de perma-

nencia más o menos indefinida en el tiempo; el poder generador o eslabón de las series específicas, realidad potencial por antonomasia informante de los individuos.

La ciencia biológica, en consecuencia, tiene ante sí dos perspectivas inteligibles; una, objetiva y sensible, real, que la fundamentan principios físico-químicos en un determinismo elemental determinable por valoraciones matemáticas, el ser existencial; la otra perspectiva es la inteligible o ideal, que se refiere a aquellos principios metafísicos de orden, causa y finalidad, o sea, lo que intuímos como funciones, formas, mecanismos de correlación, lo dinámico en sí, de las funciones vitales. Dos mundos, el objetivo o sensible y el ideal o inteligible. Esta bipolaridad de nuestra actitud ante el hecho vital condiciona nuestra voluntad en términos de simple rutina empirista, o, por el contrario, a toda consideración sobre los conjuntos funcionales, puesto que toda organización es respaldada por una relación de dinamismos conjugados y unitarios.

Tenemos, por lo tanto, la vida como objeto físico y la vida como objeto ultrafísico en mutua correspondencia con órdenes y leyes propios de inmanencia distintos por sus dinámicas respectivas; aquello cual, cuantitativo numerable y mensurable o pesable, ocupa un nivel que no es el nivel que ocupa aquello otro cual, más cualificado, potencia de unidad, variedad y armonía del ser vivo.

Por lo indicado se llega al término más racional en que debe asentarse la ciencia biológica, y la ciencia médica en particular, y es que como ciencia experimental y de observación, su saber comprende o implica el de las ciencias naturales y positivas, antecedentes necesarios; mas la ciencia médica es más exigente en su saber, puesto que lo vital no es sólo determinismo elemental o dinamismo cósmico, sino aquello otro que lo informa como potencia totalizadora de sus cualidades funcionales; la ciencia médica, que resume y culmina la de los seres vivos, no se agota en inducciones fenoménicas en lo físico-químico elemental, sino en aquella valoración de la parte en relación con el todo.

El mundo biológico nos lleva a la consideración de que a la materia dirigen fuerzas y actividades con irreductible y distinto signo jerárquico. Téngase presente que la fuerza no es constitutivo esencial de la materia, y, por lo tanto, ésta en todo caso no es más que simple instrumento de otros principios más genéricos, a los cuales se adapta por razón de inercia natural.

Estos niveles jerárquicos representan, los más elementales, las cualidades de los cuerpos simples en sus combinaciones minero-orgánicas; otro nivel, que está representado por el poder organogénico o biopláxico, por el cual se cumplen las leyes del concierto funcional, y el otro, más elevado, el que hace referencia a nuestro poder racional o consciente. Estas diferencias genéricas con sus naturales principios, condicionan fenomenologías con sus propias cualidades, sus específicas formas y funciones; la esfera físico-química, la esfera fisiológica y la esfera de relación o psíquica. La triada definitoria de los procesos de inmanencia vital.

Nuestros conocimientos sobre las propiedades de la materia en el torrente vital son oscuros; lo que la ciencia puede saber sobre las leyes de la materia y la energía puede poner en claro conceptos todavía muy opinables doctrinalmente; no obstante, las formas y las funciones como objetos creados en el tiempo y el espacio, son correlativos de las grandes leyes que rigen la naturaleza; las leyes cosmológicas, que presiden el calor, luz, electricidad, magnetismo, gravitación, con sus posibles mecánicas moleculares, son factores determinantes en sus activas manifestaciones de esas otras leyes que rigen los cuerpos físicos en general. De la conexión existente entre las leyes cosmológicas y las propias o peculiares de

los cuerpos físicos podemos llegar a la subordinación de éstos con respecto de aquéllas, puesto que en la naturaleza, al lado de lo irregular y caótico, se da la forma y la función representativa de una inteligencia y principios de las cosas. Desde aquí podemos declarar que las formas y las funciones en sus tres esferas rigen ciertas potencias cualificadoras, con sus naturales atributos, entendiendo por potencias cualificadoras aquellas virtualidades específicas primarias ordenadas a determinado principio informante y finalista, ya genérico, ya específico.

Todo esto nos dice que la materia integrada en las formas y funciones responden a una correlación de términos en los que presiden leyes de principio y de finalidad a sistemáticas ordenadas de unidad, variedad y armonía, como síntesis de un orden inteligible impuesto a las cosas. ¿Qué podemos decir sobre reflejos condicionados, mecanismos de regulación, potencias y movimientos instintivos, etcétera, y de los genes como portadores de mensajes vitales con sus específicos códigos diferenciados, mensajes físico-químicos de gran actualidad en los laboratorios, mensajes morfológicos y los propios de las fases metamórficas, etc., y, por último, los mensajes o atributos teleológicos, como síntesis de concreción e individualidad en las distintas escalas naturales? Pues bien poco podemos decir por ahora; quizá el futuro aguarde sorpresas; en la inmanencia reside el secreto de los principios de la vida, cuya urdimbre y trama es nuestra vida misma.

Los actuales conceptos inmanentes de adaptación, selección y herencia, son modos que están sujetos a revisión en sus líneas generales, por los que se intenta llegar a conceptos evolutivos como argumentos de teorías vitales que apuntan a sentidos doctrinales en los que no reina la conformidad con la tradición histórica. No se niega la evolución de las formas y series vitales en cuanto las condiciones geogénicas lo han podido permitir en razón de que lo vital puede ser sujeto de mutaciones accidentales en el tiempo y el espacio; lo que ponemos en tela de juicio es aquel principio sustancial que por ser permanente pueda dar origen a cambios de géneros y especies entre sí, dadas las condiciones cosmológicas actuales. No es difícil tener a la vista formas seriadas de seres vitales que nos prueben formas de transición en los individuos que si en escalas inferiores podemos hacer alguna concesión a esta teoría, no está probado de un modo científico cuando se trata de valorar lo evolutivo de géneros y especies superiores. A este respecto debemos ser consecuentes con los datos científicos lógicamente interpretados, para rechazar todo aquello que una imaginación confiada puede descubrir, aunque esté inspirada por los más nobles ideales.

Esfera racional. — Donde sube de punto la diferenciación genérica de la inmanencia vital es en nuestra condición racional y consciente, en la conciencia, lugar común de nuestros pensamientos. Su inmanencia está definida por su operación o acto de pensar. El pensamiento es inmanente porque contiene en sí el término de su operación y además es espontáneo, porque está regido por la ley universal de la vida. La materia, la vida y la razón son naturalezas distintas, jerarquizadas por sus específicas operaciones y modos de ser naturales.

El cómo de su actividad natural, responde a causas tanto extrínsecas, ya que nada se da en el intelecto que no tenga su antecedente sensorial, como a causas intrínsecas propiamente funcionales correlativas en sí, por cuyo concierto o síntesis alcanzamos las ideas, conceptos o intuiciones que son reveladas por su actividad natural o acto consciente.

Pensamos desde dos niveles operativos, uno, el más aleatorio, el del primer modo de abstracción, cuando los objetos físicos nos proporcionan, ya la materia, unas veces, y otras, la forma en su entidad matemática o geométrica, y el otro

nivel operativo, el metafísico, por el cual deducimos leyes, principios, ideas universales sobre todo lo creado. Por ello, nuestra operación racional es, o físicamente objetiva, con métodos y principios positivos de sus leyes y fenómenos, o metafísicamente subjetiva, con sus modos generales, abstractamente universalizadores.

Como el principio de la inmanencia racional es determinante del porqué o causa de los objetos, tendremos que nuestra razón generalmente, a pesar de sus grados de abstracción, recorre todas formas conceptuales, ya objetivas o sensoriales o ya universales, es decir, que opera con entes tanto finitos como infinitos. Así podemos llegar al concepto de que su inmanencia potencia nuestro poder reflexivo de modo indefinido en orden de sus posibilidades y actos.

Sin entrar en aquello verdadero o falso de nuestros juicios sobre los objetos o las personas, las diferencias tensionales de su poder cualificativo, es el determinante de nuestras infinitas maneras dialécticas por las que nos identificamos o no. moral, lógica y espiritualmente.

La mente como función orgánica y fisiológica tiene sus métodos y principios; constituída por estímulos aferentes y eferentes que la modifican con sus infinitas reacciones o estados de conciencia, con sus modos afectivos, sus fluctuaciones emotivas y sentimientos cuyo arranque parte del indeterminado o potencial inmanente de lo entrañable y profundo de nuestro ser orgánico, con tanto poder causal en nuestra facultad intelectiva como volitiva, traductor de la personalidad; en fin, nuestro ser psíquico objeto de la ciencia psicológica. La otra operación inmanente propiamente racional o consciente, viene referida a su objeto, métodos y principios propios, que estudia la ciencia lógica como antecedente de aquellos modos y grados de intuiciones de las cosas en sus niveles abstractos y metafísicos.

Todas esas diferencias funcionales nos dicen que su inmanencia es producto de un pensar, de un lado, en razón de la contingencia y relatividad de las cosas, y de otro lado, de un pensar de sí, cuya materia y cuya forma son modos implicados de su operación natural, el acto reflexivo consciente de su propia inmanencia, que en última instancia es nuestra actividad cualificadora, que los antiguos llamaron «entendimiento agente», que es el factor eficiente de nuestros objetos formales, definidor de nuestras intuiciones sobre las cosas, ya reales o físicas, ya ideales o metafísicas.

El que nuestra inmanencia mental siga vías inductivas o vías deductivas, es cuestión de disposiciones naturales y de principios adquiridos. La función racional requiere no sólo hábito, sino disposición y tendencia natural hacia lo intuicional sobre la imagen o representación, que es relativa, transeúnte y fugaz, lo opuesto a aquello otro que reposa sobre lo eterno necesario e inmutable. El hábito físico y el hábito metafísico son actividades límites del pensamiento; pero el pensar no es sólo esta bipartición, esta dicotomía simplista; como nada de este universo; nuestro pensar es un universo de modos y formas en que nuestra naturaleza corporal es un tercer elemento en discordia, porque pensar es cualificar, en última instancia, cosas, hombres, ideas, materia, forma y funciones, potencias y actos, el ser con sus categorías, sustancia y accidente, el ser, el no ser, la nada y el infinito.

Si a esta problemática del pensar sumamos causas y razones suficientes, impulsos y tendencias de nuestro libre albedrío, cualificador de eficiencias empíricas e inteligibles y espirituales, podemos darnos cuenta de la desproporción de nuestras potencias, limitadas por los caminos infranqueables que la razón puede recorrer.

Por lo indicado se llega al término de que la inmanencia del pensar, o sea, su ser operacional, presenta dos modos evolutivos: uno, el pensar en acto, condicionado por la relación objeto-sujeto, desde cuyos términos hacemos ciencia natural y matemática, y las abstracciones concomitantes sobre arte, economía, política, etcétera, cultura en general; y con el segundo modo, traducido como principio potencial o determinante intencional, más o menos determinable entre la realidad y su posibilidad; aquí la imagen es indistinta o caótica, inestable, donde reina lo innominado, es el mundo potencial, el telón de fondo sobre el que las ideas se suceden para ser o no ser por su virtualidad natural, para pasar al acto sustantivo o pensar natural. Potencialmente, somos portadores de un pensar racionalmente razonante, y de un pensar racionalmente racionado o en acto, dos modos sucesivos que implican operaciones propias en el tiempo, con sus notas tanto sustantivas como accidentales.

El en sí del pensar, es tanto ser, como potencia de ser, al servicio de sí y también el servicio del complejo vital sobre el que se asienta; con el pensar nos proyectamos al futuro, valoramos el presente y juzgamos el pasado. Por la razón, premisa de la voluntad, acariciamos, renunciamos, esperamos, en aquella medida más conveniente a nuestras causas finales, que son las razones suficientes en que se resuelven los hechos naturales físicos y psíquicos.

RESUMEN

Se exponen conceptos doctrinales que fundamentan la doble naturaleza psicofísica en sus correlaciones e interdependencia recíproca de formas y funciones. Esta condición inmanente se manifiesta en nuestros sistemas racionales con doble polaridad objetiva y subjetiva, que si la consideramos desde el punto de vista biológico no podemos alejarnos del criterio que por finalidad tienen asignados los seres vivientes en general, como sujetos implicados cósmicamente en actos y potencias transitorios y permanentes.

Dirección: General Franco, 66, pral. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

PROBLEMAS FUNDAMENTALES DE LA FRÁCTICA OBSTÉTRICA, *por los doctores* F. BONILLA, V. SALVATIERRA y M. GALBIS *y colaboradores. Segunda edición. Un volumen (17 por 25 cm.) de 454 páginas, con numerosas figuras; encuadernación en tela. Precio: 450 pesetas. Editorial Facta. Cirilo Amorós, 88. Valencia, 1962.*

EL presente volumen ofrece a cuantos se dedican al ejercicio de la obstetricia una perfecta y novísima visión de aquellos problemas que se presentan a diario en la clínica.

No hemos de hacer de nuevo su apología, pues tendríamos que repetir con creces cuanto expusimos al aparecer la primera edición. Su indiscutible éxito y la rapidez con que fue agotada, son el índice más claro de su valía y de su indiscutible utilidad.

Los rápidos adelantos de la obstetricia desde que apareció aquella edición primera de este libro, ha obligado a sus autores a una profunda revisión de su contenido, lo cual podemos decir que han cumplido concienzudamente, incorporando a este nuevo volumen las adquisiciones más recientes.

La obra en conjunto comprende veintiún capítulos, todos a cual más sugestivos en cuanto a datos de fisiopatología y clínica. En todos ellos, aparte la revisión general para ponerlos al día, difiere de la primera en los siguientes puntos:

En el capítulo segundo, redactado por el profesor Salvatierra, y dedicado a las «Hemorragias de la primera mitad de la gestación», se ha ampliado la parte terapéutica y se ha fijado una norma de conducta ante una metrorragia que aparezca en ese período del embarazo.

El doctor Galbis ha revisado y ampliado también el capítulo dedicado al «Tratamiento de la toxemia gravídica», que se ha completado en su bibliografía.

En el capítulo cuarto, redactado por el profesor Bonilla y dedicado a las «Hemorragias del último trimestre» y en especial a la placenta previa, se ha desglosado todo lo referente a «Apoplegía útero-placentaria», que es tratada en un nuevo capítulo, escrito por el doctor Zaragoza Orts.

También el capítulo que sobre «Prolongación del parto» escribiera el profesor Salvatierra, ha sido notablemente ampliado, así como el que este mismo autor dedica al «Choque po tparto».

Completamente nuevos y de gran interés son los capítulos sobre «Perfusión intravenosa de ocitocina» y «Anestesia en el parto», ambos debidos a la pluma del doctor Galbis.

Nuevo totalmente, es también el que el profesor Salvatierra dedica a la «Rotura uterina».

El de «Fibrinogenopenias durante la gestación», tratado por el doctor Martí Alvarez Ossorio, está ligeramente retocado.

Finalmente, el profesor Bonilla, con su didáctica característica, nos ofrece dos capítulos inéditos sobre temas de tanto interés como la «Insuficiencia renal aguda en el parto» e «Infecciones intrauterinas del feto».

Como puede verse por esta sucinta reseña, se trata de una obra verdaderamente completa y moderna, expuesta con claridad y sencillez, y rica en informaciones útiles para la práctica diaria del ejercicio obstétrico, de la cual se obtendrán provechosas enseñanzas, avaladas por un criterio de escuela muy estimable.

Esta nueva edición, fruto de una estrecha colaboración entre valiosos elementos formados en la cátedra de Valencia, proporcionará una gran utilidad, no sólo a quienes cultivan la especialidad, sino también a los estudiantes que ahora se forman, y a todos los estudiosos de otras disciplinas.

La presentación editorial es excelente, con clara y nítida impresión, y con excelentes esquemas y cuadros. Un éxito para Editorial Facta y para sus autores, que seguramente alcanzarán la misma favorable acogida que en la edición precedente. — RICARDO HORNO LIRIA.

FRACTURAS Y OTRAS LESIONES TRAUMÁTICAS, *por el doctor* V. SANCHIS OLMOS. *Un volumen (20 por 28 cm.) de 646 páginas, con 736 figuras, algunas en color; encuadernado en tela. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1963.*

NO hay obra sin hombre. Ni escuela sin maestro. La obra después podría ser buena o mala. Y el maestro mediocre o genial. Que de todo hay por esos mundos de Dios. Pero un hombre es indispensable siempre.

Los comentarios que anteceden nos lo sugiere la tarea que estamos cumpliendo de analizar el libro reseñado. Por cierto, voluminoso, de muchas páginas y con gran presentación tipográfica. Porque, en efecto, analizada la obra y lo que representa, se encuentra detrás de ella a un hombre. O quizá sería mejor decir delante.

Dice la portada del libro que Vicente Sanchis Olmos y un grupo de colaboradores, también prestigosos, son los autores del libro comentado. Mas no se tome esto al pie de la letra. Sin quitarles nada a los colaboradores —Gomar Guarner, Jimeno Vidal, Perayta Perayta, Pérez Castro, Rábano Navas, Sánchez-Bordona, Sánchez Galindo, Vaquero González—, todos con firmas cotizadas, nos ratificamos en lo dicho. Y pensamos que bien se puede considerar la obra de un hombre. Sobre todo, teniendo en cuenta que es un eslabón más de una larga cadena de esfuerzos y de trabajo.

La obra que comentamos, pues, es obra de varios autores, pero podemos decir que se debe a un hombre. Al que aunó esfuerzos, estimuló colaboraciones y se propuso y consiguió que se publicara. Y si se considera que en ella se recogen criterios de escuela y que esta escuela la creó, la sostiene y le da vida el mismo hombre, nuestra tesis es ya irrefutable. Aquí se podría repetir lo que contestó Alejandro Dumas cuando le preguntaban malévolamente si era también el autor de «La dama de las camelias», y respondió que era más que el autor, que era el padre del autor.

Es justo, pues, que sea el profesor Sanchis Olmos a quien se la atribuyamos. Y que pensemos en él y digamos algo de él también al ocuparnos de este libro. Si decimos que es hombre de extraordinaria capacidad de trabajo y sobre todo organizador, con más de dos lustros formando traumatólogos y cirujanos ortopédicos, con discípulos ya por muchos países, nada añadiremos a lo por todos conocido. Ni tampoco si agregamos que tiene muchos positivos y está a la cabeza, en los aspectos mencionados, del campeonato mundial de la cirugía ortopédica, expresándonos en términos deportivos. Los que cultivamos la traumatología y la cirugía ortopédica, no podemos por menos de reconocer que ha hecho mucho por ellas, dándoles rango, prestancia y difusión. Claro que también ha tenido puntos negativos, siguiendo con el símil deportivo, de repercusión general. Pero cada vez menos, pues los ha enjugado con los años y las aristas de una intemperancia negativa, que resta amigos sin contrapartida, y crea ambientes hostiles innecesariamente, se han alisado mucho.

Por lo que hace estrictamente al libro que comentamos, se puede dar al lector una impresión de lo que es con no muchas palabras. Su título dice «Fracturas y otras lesiones traumáticas». Y esto es lo que va a encontrar el lector por lo que hace a su extensión. El otro aspecto a destacar en este momento, es el de que su lectura evidencia que todavía se puede escribir y publicar, a estas alturas, un libro sobre tratamiento de las fracturas que resulte de interés. Y que no ha sido *vana pretensión* hacerlo, como sagazmente intuye Sanchis que pueda pensarse, reflejando, acaso, un momento de vacilación.

Para completar una impresión sobre este libro, se puede añadir que en él se recogen condensadas las lecciones dictadas en los cursillos sobre *Fracturas* profesados en el Servicio a lo largo de dos lustros. Y que se recogen fundamentalmente las técnicas seguidas y experimentadas en el Servicio. Con la pretensión loable de mostrarlas a los especialistas para que las contrasten con las propias y para someterlas a la crítica y comentarios médicos. Que los habrá, qué duda cabe.

La labor de los colaboradores van en capítulos especiales, todos de interés, como corresponde al prestigo de que merecidamente gozan cada uno de ellos en su especialidad.

Para terminar, diremos que en conjunto es un libro práctico que tiene interés para los especialistas y para los que no lo son, el cual destacará en la serie de monografías del Servicio del profesor Sanchis Olmos, y continuará con acogida idéntica a la que recibieran los anteriores. — F. SERAL Y CASAS.

ANALES DEL «INSTITUTO RADIOQUIRÚRGICO DE GUIPÚZCOA» (LUCHA CONTRA EL CÁNCER). *Un folleto (17 por 24 cm.) de 89 páginas, con figuras; rústica. Impreso en Nueva Editorial, S. A. San Sebastián, 1962.*

ESTA benemérita institución, que cuenta ya más de treinta años de existencia, pues fue una de las que primero se establecieron en España debidas al impulso y aliento generoso de la Reina Victoria, nos ofrece su acostumbrado volumen anual, en el que se recogen las actividades del Instituto, tanto en la labor científica de su personal médico, como en la asistencial y propagandística en la lucha anticancerosa en Guipúzcoa.

En ella aparecen artículos interesantes relacionados con la clínica y la terapéutica anticancerosa, por los doctores Llombart, Uriarte, Sanz Acín, Irigaray y Gastaminza, así como la charla radiofónica de su director, don Al-

berto Anguera, con motivo de la «X Semana de lucha contra el cáncer».

En conjunto, una publicación notable, que acredita la labor entusiasta de los médicos guipuzcoanos en la organización sanitaria de lucha anticancerosa.—RICARDO HORNO LIRIA.

EL SEXO GENÉTICO, *por el doctor* J. A. CLAVERO NÚÑEZ. *Un volumen (17 por 23'5 cm.) de 63 páginas, con 22 ilustraciones y gráficas; rústica. Impreso en Gráficas Canales, S. L. Madrid, 1962.*

CON esta monografía, el doctor Clavero Núñez pone al alcance de cualquier médico interesado en estos problemas —siempre de gran interés, y mucho más ahora, que con los nuevos descubrimientos han cobrado resonante actualidad— un texto que en breves páginas le proporcionará los datos esenciales sobre lo que es el sexo genético y cómo se determina; sus características en la especie humana y las alteraciones patológicas que, rompiendo el equilibrio cromático, dan lugar a los diferentes cuadros de los intersexos humanos.

Este trabajo fue merecidamente galardonado con el «Premio Sánchez de Toca», de la Real Academia Nacional de Medicina, en el pasado año; y su autor —de prestigioso e inolvidable apellido en la ginecología española— ha tenido el acierto de refundirlo y darlo en un volumen, que será de gran utilidad e interés, tanto para los ginecólogos como para los clínicos, pediatras, cirujanos y biólogos.

Expuesto con gran sencillez y exactitud científica, a pesar de su complejidad indudable, y redactado con arreglo a las más recientes innovaciones bibliográficas y experimentales, constituye una valiosa monografía para el conocimiento y orientación de los problemas de variación de la estructura cromática, cuyo discernimiento se hace cada día más importante. — RICARDO HORNO LIRIA.

AUTORES EXTRANJEROS

ANTISERA, TOXOIDS, VACCINES AND TUBERCULINS IN PROPHILAXIS AND TREATMENT, *por los doctores* H. J. PARISH y D. A. CANNON. *Sexta edición. Un volumen (14'5 por 22'5 cm.) de 315 páginas, con numerosas figuras; encuadernación en tela. Precio: 40 chelines. Editorial E. S. Livingstone. Edimburgo. Londres. 1962.*

CONOCÍAMOS el libro de Parish y Cannon, así como las anteriores investigaciones de sus autores, especializados en trabajos de laboratorio, y en la actualidad directores de los servicios de investigación de los laboratorios Welcome, de Inglaterra. No nos ha sorprendido, por tanto, su sexta edición, lanzada un año después de la quinta, lo que acredita el éxito de la obra.

Sin que pueda en realidad calificarse de tratado, el libro de Parish y Cannon es un extenso manual, muy puesto al día, sobre técnicas de obtención y valoración de toxinas, sueros, vacunas y tuberculinas y los procedimientos más modernos de inmunización.

Se divide la obra en cinco grandes capítulos didicados a: «Técnicas generales de inmunidad», «Sueros», «Vacunas bacterianas», «Vacuna por virus», «Medicina preventiva».

El libro da una amplia información técnica sobre métodos de preparación de vacunas y sueros, señalando los más modernos procedimientos, extendiéndose asimismo sobre las formas de vacunación y sus indicaciones. Es, por lo tanto, útil al médico en general como al especialista, pero en mucha mayor proporción es indispensable como complemento de trabajo al técnico de laboratorio.

Los capítulos que tratan de inmunidad antiviral, son tratados con mayor extensión y en ellos pueden encontrarse las más recientes adquisiciones técnicas.

El libro, editado por la casa Livingstone, de Londres, es un modelo de presentación y contiene magníficas fotografías. — GONZÁLEZ FUSTÉ.

LES CONSULTATIONS JOURNALIERES EN GERONTOLOGIA, *por el doctor* P. BAUMGARTNER. *Un vol. (17 por 21'5 cm.) de 120 páginas; encuadernado en tela. Precio: 18 N. F. Editorial Masson et Cie. 120, Boulevard Saint Germain. París, VI, 1962.*

FORMA parte esta obra de una muy conocida y apreciada colección.

Aunque el autor insiste en el prefacio en marcar bien la diferencia entre Gerontología (estudio fisiológico del envejecimiento) y Geriatría (patología de los viejos), el hecho es que su trabajo contiene muy poco de fisiología y mucho de patología, si bien los procesos de que se ocupan sean consecuencia del correr del tiempo en el ser humano.

Era de esperar así en obra de esta colección, que, como su título indica, tiene como fundamental objeto informar al profesional sobre los motivos más frecuentes de consulta en las diversas especialidades.

La contradicción entre el prólogo y el texto, aparente o real, según se mire, otorga a la obra del doctor Baumgartner un mayor interés práctico, pues por sus pocas páginas desfilan un gran número de tipos clínicos perfectamente definidos y muy bien descritos.

Véanse, como botones de muestra, estos títulos verdaderamente sugestivos: «Las pequeñas molestias precordiales de la cincuentena», «Las estáticas defectuosas a los 50 años», «Las nucas», «Los lomos dolorosos», «Las adiposidades femeninas de la cincuentena», «Las deficiencias de la memoria en la mujer a los 55 años», «Los nerviosos a los 65 años», «Las rodillas que fallan», «Las terapéuticas de recuperación a los 65 años», «Los que a los 75 años no tienen apetito», «La intervención quirúrgica en el viejo de 80 años», «Las micciones difíciles a los 65 y el viejo que no orina a los 80», «El centenario».

Es, por tanto, esta obrita muy útil y recomendable, aunque en la terapéutica nos sorprenda alguna vez el autor por la amplitud de su criterio, muy francés por cierto, pero en desacuerdo con nuestros severos principios, pues en ella se recomiendan para combatir el envejecimiento desde las medidas higiénicas, dietéticas y medicamentosas más correctas hasta la acupuntura china, pasando por la jalea real y la cauterización de los cornetes.

La presentación de la obra es muy buena; demasiado buena a nuestro juicio.

Este «exceso», bastante frecuente hoy en las casas editoriales que emplean papel caro y encuadernación lujosa en obras técnicas, quizá sea motivo de satisfacción para los bibliófilos, pero supone, sin duda alguna, un grave inconveniente para su difusión, que es lo que más importa, al elevar considerablemente su coste. — JESÚS SARDAÑA.

EXPOSÉS ANNUELS DE BIOCHIMIE MEDICALE, *publicado por* P. BOULANGER y J. ROCHE. *Un volumen (16 por 24'5 cm.) de 286 páginas, con 57 figuras y 39 cuadernos. Precio: 42 N. F. Editorial Masson et Cie. 120, Boulevard Saint Germain. París, 1962.*

SERÍA ofensivo para nuestros lectores el presentarles el tomo últimamente aparecido de una colección, que iniciada por el profesor Polonowski alcanza con el actual el número 23 de los mismos y, por lo tanto, nos limitaremos a señalar los capítulos que el mismo contiene. Estos son siete, todos ellos de sumo interés dentro de los temas tratados.

El primer capítulo es un trabajo de investigación realizado en la Universidad de Tennesse, por Zilvermit, sobre el origen de los líquidos ateromatosos en el conejo alimentado con colesterina.

E. J. Bigwood, E. Schram, P. Soupart y H. Vis estudian profundamente el tema tan actual de la aminoaciduria y la aminoacidemia, basándose en los resultados obtenidos por los distintos investigadores con las últimas técnicas utilizadas. La lectura de este trabajo creemos es imprescindible para todo aquel investigador que quiera conocer a fondo este problema cada vez más interesante, tanto en la fisiología renal como en la clínica médica. Los autores estudian la aminoacidemia y la aminoaciduria en sujetos normales, adultos y niños, y en mujeres embarazadas, la capacidad del riñón en la eliminación de los aminoácidos mediante el estudio de los aclaramientos de cada uno de ellos, y una vez establecidos estos jalones fisiológicos pasan a la descripción de los distintos procesos patológicos relacionados con ellos, discutiendo en cada caso particular la posible fisiopatogenia. La exposición, muy bien conseguida, va acompañada de gráficas y curvas que la hacen muy agradable.

El tercer capítulo está redactado por F. Leuthardt y O. Brenner-Holzach, del Instituto de Bioquímica de la ciudad de Zurich, y estudian la biosíntesis de las proteínas en la drosófila melanogaster.

G. Biserte y M. Dautrevaux, del Laboratorio de Química biológica de la Facultad de Lille, estudian extensamente los datos actuales sobre composición y propiedades, tanto fisiológicas como farmacológicas, de un gran número de péptidos naturales, que abarca desde los péptidos microbianos y de los antibióticos hasta aquellas hormonas de naturaleza peptídica.

S. Lissipzky, profesor de bioquímica médica en la Facultad de Marsella, trata un tema tan reciente como es la fisiopatología de la desiodización de los aminoácidos iodados tiroideos, tema que con su enunciado basta para suscitar una gran curiosidad.

Los dos últimos capítulos son dedicados, uno de J. Longchampt (Instituto Nacional de Higiene de París), a la biogénesis de los estrógenos, y el último, de F. Gros (Servicio de Bioquímica celular del Instituto Pasteur), a los recientes aspectos del problema de la biosíntesis de las proteínas, tanto en lo que refiere a su estructura como a su especificidad.

No queremos terminar sin, una vez más, la presentación de estos volúmenes por la editorial Masson. — PEG JUARRERO.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTREE, *por* JEAN QUENU. *Fascículo 19. Un volumen (18 por 26'5 cm.) de 295 páginas, con 251 figuras; rústica. Gaston, Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París VII. 1962.*

SIETE trabajos se recogen en el fascículo diecinueve de esta ya veterana y valiosa colección. Sus títulos y autores son los siguientes: «Tiroidectomía total por cáncer», por Claude Dubost; «Tratamiento de una fístula duodeno-colo-cutánea postgastrectomía», por Jean Moreaux; «Rectopexia discal por prolapso rectal», por Francois Dubois; «Anastomosis colecisto-duodenal por cáncer de la cabeza del páncreas», por Georges Thomeret; «Abordaje directo de un mal de Pott lumbar con injerto "in situ"», por Jean Mathieu; «Nefrectomía izquierda por cáncer por vía abdomino-transperitoneal», por Louis Quenu; «Artroplastia de rodilla», por Robert Judet.

Dos de estos trabajos nos cumple destacar del conjunto. No porque los juzguemos más interesantes, ya que todos reúnen características análogas, sino por preferencias de tipo personal.

Uno es el tratamiento del Pott lumbar por abordaje directo del foco, y el otro, el de artroplastia de rodilla.

Por lo que hace al primero, se encuentra en línea con la más pura ortodoxia de la actual cirugía ortopédica. Y la observación objeto de esta publicación se refiere a un hombre de 74 años que, aunque fallecido al mes, de una embolia pulmonar, pone bien de manifiesto el valor del abordaje directo.

En cuanto al segundo trabajo destacado, la intervención representada corresponde a una anquilosis ósea de rodilla, sin participación de la rótula. Magníficamente ilustrada, como es norma en todos los trabajos de esta colección, pone bien de manifiesto las dificultades técnicas de la misma.

La presentación tipográfica, tan buena como siempre. — SERAL.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTREE, *nor* JEAN QUENU. *Fascículo 20. Un volumen (18 por 26'5 cm.) de 284 páginas, con 234 figuras; rústica. Gaston, Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, VI. 1962.*

LOS títulos y autores de los siete trabajos e aparecen con este fascículo son los siguientes: «Comisurotomía mitral», por Christan Cabrol; «Pleurectomía parietal por neumotórax idiopático», por Claude Dubost; «Operación de Heller por megaesófago idiopático», por Jean Loygne; «Hepático-yeyunostomía en Y», por Claude Dubost; «Injerto de la bifurcación aórtica por arteritis crónicas de los miembros inferiores», por Georges Thomeret; «Cura operatoria de un gran divertículo vesical», por Louis Quenu; «Cura operatoria de las luxaciones tarso-metatarsianas por reducción y artrodesis», por Paul Padovani.

El interés que ofrecen todos y cada uno de los trabajos publicados, se denuncia ya con la sola enunciación de los títulos y de los autores.

La tradición y el prestigio de la colección se mantienen. Y sobre todo, la característica de la diversidad de los asuntos tratados en cada fascículo. Esto le da variedad, cierto. Es decir, aumenta teóricamente el número de los interesados potenciales en la publicación. Pero representa, a nuestro entender, un factor negativo. El de que por esta diversidad de trabajos, pueda interesar al lector tan sólo uno de ellos.

Como el director de la N. P. C. I. desea saber e invita a que opinen los lectores, expongo sinceramente esta opinión. Y sugiero también que se estudie la conveniencia de dedicar cada fascículo a una especialidad determinada, con los temas más de actualidad. Cada número de éstos dedicados a una sola especialidad, interesarían naturalmente a menor número de lectores. Pero a buen seguro que constituirían obras de un valor superlativo para los interesados en cada especialidad. Y que serían de un aprovechamiento integral.

Por lo que hace a este fascículo que analizamos, las características de bondad e interés general de sus trabajos, se mantienen al nivel de siempre, en su fondo y en su forma. SERAL.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA SOCIAL

ROYO-VILLANOVA y MORALES, R. (Madrid). — «ARTE Y CIENCIA DE LA SONRISA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA.» (Extrato de su conferencia en la «Asociación de Médicos Escritores y Artistas», el día 24 de enero de 1963. Madrid.)

COMIENZA señalando cómo la amable sonrisa es un elemento importante, un poderoso factor, un recurso precioso, un instrumento valiosísimo en el ejercicio profesional de la Medicina, cualquiera que sea la especialidad que se cultive, en cuyo terreno, tanto como un arte puede ser una ciencia: lo mismo para el interrogatorio y el diagnóstico que para el pronóstico y el tratamiento.

Se ocupa de la sonrisa y el éxito profesional, explicando cómo aquélla puede servir al galeno, tanto y a veces hasta más y mejor que su saber y destreza en el oficio. En ésta, como en tras muchas actividades, abundan los triunfos que se deben a sonrisas simpáticas y simpatizantes, a sonrisas cálidas, amables, contagiosas, que pueden constituir el secreto de toda una personalidad. Aquel médico —dice— que sepa administrar bien sus sonrisas, tiene ya mucho adelantado, y triunfará fácilmente, con relativa facilidad, en los empeños de su carrera, como triunfará también en otras empresas y actividades de la vida.

Trata de la administración de la sonrisa médica, que por cosa buena y excelente que sea ha de considerarse con prudencia y discreción, y usarla con calma, sin apresuramientos ni atropellos, y hacer en ella las naturales economías, que aquí, como en todo y de todo deben hacerse, sin llegar, naturalmente, a extremos de mezquindad y miseria, sin incurrir en miserables avaricias.

Señala las sonrisas de las que debe de huír el médico, principalmente de las que, no raras veces, son refugio del orgullo intelectual, el más temible y nefasto de todos los orgullos por su trascendencia, de la sonrisilla de la vanidad científica, de la del egoísmo profesional y la incredulidad, de la del mal genio y mal humor, que tienen también las suyas.

Explica a continuación cómo y cuándo debe sonreír el médico, para que el gesto sea como un prisma, como un filtro a través del cual sólo pasan los rayos teologales de la fe, la esperanza y la caridad, que iluminan, alegran y alientan, que dan luz, calor y color a los que sufren las crueldades de la enfermedad. Hace notar cómo la dulce serenidad de una sonrisa clara, transparente, luminosa, se acoge siempre con agradecimiento y es llave que abre las puertas cerradas de la confianza, y camino sencillo, corto, recto para alcanzarla y lograrla plenamente.

Termina diciendo que los maestros de esta sonrisa son esos venerables médicos comprensivos y bondadosos, que consumieron su vida agotados en afanes y luchas de perfección, cuyas arrugas que ennoblecen sus rostros son como indicios de los sitios donde estuvieron aquellas sonrisas. Algo así como sus honrosas cicatrices, como las huellas de su ocaso, como una señal indeleble, en definitivo e imperturbable equilibrio y también como una nostalgia.—A.

EXTRANJERAS

CARDIOLOGÍA

GUERRERO, M. — «FEOCROMOCITOMA. UN TUMOR HIPERCRÍNICO.» «*Archivos del Instituto de Cardiología de México*», *tomo XXXII, núm. 2, pág. 184, año 1962.*

EL autor, investigador del Departamento de Anatomía Patológica del I. N. Cardiología, del que es jefe el profesor Costero, nos presenta en esta publicación un estudio de estos tumores que tan ligados están a la hipertensión arterial. Tumor este cuya sinonimia responde a: tumor de células cromafines, cromafinoma, tumor cromófilo, bocio quístico medular de la suprarrenal, adenoma medular de la suprarrenal.

El autor lo define siguiendo el criterio de Karsner: «El feocromocitoma es una neo-

plasia compuesta de tejido feocromo, frecuentemente acompañado de hipertensión espasmódica o persistente, y situado dentro o cerca de la suprarrenal. Habitualmente benigno.»

Para el autor, la definición sería más acertada si en lugar de usar el término espasmódica se emplease el de transitoria. El origen de este tumor —según el autor— es que se deriva de células primitivas que se originan en la cresta neural o en su vecindad inmediata (mesectodermo), que pueden diferenciarse para formar células llamadas feocromocitos. Etimológicamente, feocromocitoma significa tumor de células oscuras. En realidad, el término se refiere a la propiedad que tienen las células de estos tumores de adquirir color amarillo o café oscuro cuando se tratan por las sales de cromo.

Hasta el año 1948, se habían descrito en la literatura médica doscientos diez casos. La frecuencia es aproximada en ambos sexos. La frecuencia mayor ha sido recogida en el período comprendido entre los veinte y cincuenta años. La localización en suprarrenal derecha es algo más frecuente que la izquierda. En raras ocasiones se acompaña de paragangliomas en otros sitios, como en el órgano de Zuckerjandl, en el ganglio celíaco, en los ganglios torácicos y, según unos, en el apéndice (un caso). Del estudio de Brines y Jeannings, sólo el ocho por ciento fueron malignos.

Si el tumor es grande puede ser localizado por palpación y por la sombra que proyecta el neumoperitoneo diagnóstico. También la pielografía puede dar interesantes datos. El síntoma eje del *síndrome es la hipertensión*, que puede ser por crisis paroxísticas o persistentes.

Spatt y Grayzel describen tres formas: *a*) feocromocitoma suprarrenal maligno con metástasis, que puede o no acompañarse de hipertensión; *b*) feocromocitoma suprarrenal benigno, con hipertensión, ya sea transitoria o persistente; *c*) feocromocitoma suprarrenal benigno, encontrado por accidente en la autopsia, sin síntomas ni signos clínicos.

Síndrome adrenosimpático: La crisis de hipertensión paroxística tiene comienzo brusco, a veces sin estímulo conocido; a veces, puede ser identificado un estímulo, bien sea de orden emotivo, alimenticio, maniobras exploratorias, anestésicas.

Se presenta cefalea tudente, intensas palpitaciones, malestar indefinido, vasoconstricción en manos y pies y, a veces, sensación de «muerte próxima». La tensión arterial puede llegar hasta 300 mm. de mercurio; la presión arterial cae en las extremidades, según se aprecia por oscilometría, y la temperatura cutánea desciende. El E. C. G. no es demostrativo. Puede haber albuminuria y hasta hematuria. En fondo de ojo se identifican constricciones arteriales o arteriovenosas, que se pueden acompañar de difuminaciones de los discos marginales, «exudados cotonosos» o placas de hemorragia. La duración del ataque puede ser desde minutos hasta dieciséis horas. La muerte se produce por choque, insuficiencia cardíaca o hemorragia cerebral. Parece ser que el principio activo responsable del ataque es la noradrenalina o arterenol.

Macroscópicamente es un tumor pequeño de uno a diez centímetros. Se han descrito casos que llegaron a los 2.000 gramos. Los pequeños están mal limitados, pero si son mayores de 10 cm. parece estar bien encapsulados. Los tumores pueden ser sólidos o quísticos.

El autor describe los caracteres microscópicos de estos tumores, así como el estudio de la biogénesis y el metabolismo de la noradrenalina. Expone también las reacciones histoquímicas. El autor analiza el mecanismo de la reacción cromafin, manifestando que no siempre será debida a la presencia de catecolaminas.

Finaliza el trabajo con las conclusiones siguientes:

1.º El tejido cromafin probablemente se divide en: *a*) paragangliocromafin, que es catecolaminocromafin, y *b*) enterocromafin, que es muy probablemente 5-hidroxitriptaminocromafin.

2.º Al primer grupo pertenecen los tejidos paraganglionares y sus tumores, como son los feocromocitomas y los tumores glómicos o quemodectomas.

3.º Al segundo grupo pertenece el sistema enterocromafin y los tumores del tipo carcinoide. Ambos tipos son susceptibles de dar la reacción cromafin independientemente de la substancia reaccionante. — BOZAL URZAY.

REANDERD, J.; CRETIEN, J.; CHEMINAT, J. C., y BERTRAND, Y. (París). — «LA BIOPSIA PREESCALÉNICA EN LA SILICOSIS.» *(La biopsie pre-scalenique dans la silicose.) «Le Poumon et le Coeur», 1, 73. París, 1962.*

COMO quiera que la silicosis es una enfermedad profesional y presenta con frecuencia graves problemas médico-legales entre empresas y trabajadores, quiere la Medicina, o a esto se aspira en nuestra profesión, tener un método más que, en casos de duda de enfermos que trabajaron en medios contaminados por el polvo o en empresas que producen enfermedades coniósicas, permita tal método, unido a otros, dictaminar que el tal enfermo lo está por la silicosis. En casos claros radiográficamente no es menester acudir a la biopsia preescalénica o método de Deniels, descubierto por este autor en San Francisco, en 1949. Indudable que el método tiene mucha importancia, pues el hallazgo de sílice en el ganglio, cuando se emplea el análisis meticuloso del mismo, incluso previa incineración, o el análisis de los cuerpos birrefringentes, y del estudio de la hialinización ganglionar contribuye al diagnóstico de la enfermedad.

La biopsia precedida de una técnica quirúrgica correcta que el autor detalla, es fundamental, pues no es lo mismo el análisis de un ganglio tomado del triángulo de Pirogoff que el análisis en un tejido no ganglionar de una biopsia incorrecta. Sí que parece que el método citado es una ayuda muy valiosa en el diagnóstico de la sarcoidosis, y a veces también del cáncer, si éste ha invadido ya ese escalón ganglionar Pueden estar afectados escalones ganglionares inferiores y tener el enfermo un cáncer pulmonar con biopsia preescalénica normal.— SAMITIER.

CIRUGÍA

LAICO, J.—«RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL.» *(Total nasal reconstruction.) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», vol. 17, n.º 3, págs. 184-190, mayo-junio 1962. Manila.*

HACE historia y crítica de los procedimientos empleados hasta ahora: colgajo de brazo, de cuello, de cuero cabelludo.

En dos casos emplea el método de Beverly Douglas con piel de la frente, cuya superficie denudada cubre después de prendido el injerto de nariz por deslizamiento.

Presenta seis diagramas demostrativos de la técnica, y doce fotografías de los dos casos.

La nueva nariz fue funcional y cosméticamente útil.—J. RIVERA.

TERAPÉUTICA

SIMKIN, Z. — «ASOCIACIÓN ANTIBIÓTICO-CORTICOIDE EN EL ASMA, ECZEMA, URTICARIA, PRURIGO AGUDO, ACNÉ ROSÁCEA Y OTRAS AFECCIONES.» *«La Semana Médica», t. 120, n.º 18, págs. 644-651, 12 de abril de 1962. Buenos Aires.*

DESPUÉS de un resumen histórico del empleo de este preparado, expone su material y método.

En veintiún casos de asma escuentra un aumento de la capacidad vital, el volumen máximo minuto también aumenta y mejora la sintomatología.

En cinco casos de eczema hay mejoría. Lo mismo encuentra en tres prurigos agudos. En tres casos de urticaria aguda, mejoría con rápida respuesta. En dos rosáceas faciales, resultados altamente satisfactorios. Un caso de herpes zoster, curado.

La dosis empleada fue de cuatro cápsulas de 250 mg. de cloromicetina y 3 mg. de prednisona, diarios, alcanzando un total de dieciséis a cuarenta cápsulas.—J. RIVERA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MANAHAN, C., y GONZAGA, F.—«PROBLEMAS ESPECIALES EN EL USO DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.» *(Special problems in the use of blood transfussion in obstetrics and gynecology.) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», vol. 17, n.º 3, págs. 159-161, mayo-junio 1962. Manila.*

A diferencia de lo que ocurre en cirugía, en obstetricia y ginecología hay ciertos casos en que el uso de sangre sola no es bastante; tal sucede en los casos de afibrinogenemia en el desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal en útero o la isoinmunización Rh.

En la fibrinogenopenia, la enferma puede morir aunque el útero esté bien contraído. Si se extrae sangre y se coloca en un tubo de ensayo no coagulada. En estos casos sólo la administración de fibrinógeno resuelve el trastorno; de aquí la necesidad de tener en todo centro obstétrico este preparado.

Otra diferencia es que no se da demasiada importancia a la pérdida sanguínea; debe inquirirse en este sentido y reemplazarse cuanto antes.—J. RIVERA.

SALERNO, E. V.—«TENSIÓN PREMENSTRUAL, CLIMATERIO Y PSICODROGAS.» *«La Semana Médica», t. 120, n.º 25, págs. 987-989, 7 de mayo de 1962. Buenos Aires.*

EL autor se aleja del criterio localista, para adentrarse en la expresión psicofísica de la personalidad, sosteniendo que han de ser corregidas al mismo tiempo la desarmonía endocrina y la neurógena, para encauzar una normalidad funcional.

Señala cómo Benedek y Rubinstein demostraron que existe un ciclo psíquico que acompaña al endocrinológico genital, con pulsiones ideativas típicas para cada período; a la intensificación o desviación interpretativas patológicas inconscientes de dichas pulsiones corresponde un aumento de la excitación cortical, que se revela en el E. E. G. De ahí deriva la tensión neurógena que se manifiesta como alteración temperamental, cambio de carácter, irritabilidad, rechazo afec-

tivo, alergias diversas, cefaleas, disfunciones de órganos y sistemas, exponentes del fenómeno de conversión somática de estímulos psíquicos anormales.

Para obtener una acción terapéutica positiva se debe procurar suprimir la conversión de ansiedad psicógena en respuesta vegetativa, es decir, procurar silencio visceral. Así, el autor recurre a la terapéutica endocrinopsicoterápica combinada con las psicodrogas. J. RIVERA.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

BUTA, S., y GRUJIC, M. (Zagreb). — «RESULTADOS DE LAS REPARACIONES PRIMARIAS DE LOS TENDONES FLEXORES DE LOS DEDOS DE LA MANO.» (*Les resultats des reparations primaires des plaies des tendons flechisseurs des doigts de la main.*) «*Revue de Chirurgie Orthopedique et reparatrice de l'appareil moteur*», *t. 48, núm. 3, páginas 246-250, mayo-junio 1962. París.*

SE analizan los resultados alcanzados en el tratamiento de doscientos veintisiete heridas de los tendones flexores de los dedos de la mano, tratados en el curso de los cinco últimos años en el Hospital de Traumatología de Zagreb.

Se exponen sus puntos de vista terapéuticos, técnica operatoria, según sean recientes o viejas las heridas tendinosas, tanto si son fuera como si se encuentran en la *tierra de nadie*, y llegan, a la vista de los resultados alcanzados, a la conclusión de que la reparación primaria y completa en un solo acto operatorio, es la mejor solución al problema. Como particularidad técnica destacable, se cita la de proceder siempre a la excisión de las vainas tendinosas y canales fibrosos, conservando, claro está, las poleas. — SERAL.

NAETT, R.; GONZALO VIVAR, F., y KEPF, I. (Strasbourg). — «TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE PIERNA POR ENCLAVAMIENTO MEDULAR.» (*Traitement des fractures de jambe par l'embrochage centromedullaire.*) «*Rev. de Chir. Ort. et Rep. de l'app. moteur*», *t. 48, núm. 3, págs. 324-331, mai-juin, 1962. París.*

EN el Centro de Traumatología de Estrasburgo, que dirige el doctor Stulz, han adoptado, desde 1959, de una manera casi sistemática, tanto en fracturas cerradas como abiertas, la introducción de agujas de Böhler por el canal medular de la tibia, en las fracturas de pierna.

En veintinueve fracturas (catorce cerradas y quince abiertas) han obtenido los siguientes resultados: las catorce fracturas cerradas han consolidado en una media de doce semanas; de las quince abiertas, dos no han consolidado, un deceso al quinto día de una bronconeumonía bilateral y una fractura oblicua con tercer fragmento que no había consolidado óseamente a los seis meses. La duración media necesaria a la consolidación de las trece fracturas abiertas restantes han sido de dieciocho semanas.

Esta técnica la consideran como una adquisición de las más eficaces para el tratamiento de las fracturas de pierna, siempre como método de apoyo al tratamiento ortopédico. — SERAL.

CAMURATI, C., y PARENTI, G. (Bolonia). «TRASPLANTES ÓSEOS OMOPLÁSTICOS (INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES.) «*Trapianti ossei omoplastici.*» (*Richerche sperimentali.*) «*Min. Ortopédica*», *vol. 13, núm. 8, págs. 471-480, agosto 1962. Torino.*

EN la clínica ortopédica de la Universidad de Bolonia (Instituto Rizzoli), que dirige el profesor Zanoli, se han realizado estas investigaciones de gran valor científico, extendidas a los campos morfológico, radiológico, histológico, histoquímico y bioquímico. En el presente trabajo, se toman en consideración solamente las de carácter histoquímico y bioquímico.

El conjunto de datos recogidos en experiencias realizadas en perros de raza impura, sexo variable y de talla y edad medias, demuestra claramente que el hueso omoplástico es altamente recomendable en calidad de trasplante, siendo su comportamiento muy semejante al del hueso autoplástico.

Se describe la técnica seguida, y en esquemas, gráficos y tablas, se presentan ordenadamente los resultados experimentales. — SERAL.

RIVERO, S., y VASSONEY, G. (Torino). — «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COXARTROSIS BILATERAL.» (*Il trattamento chirurgico della coxartrosis bilaterale.*) «*Min. Ortopédica*», *vol. 13, núm. 9, págs. 543-553. septiembre 1962. Torino.*

DESPUÉS de una revisión de la etiopatogenia, intervenciones conservadoras y mutilantes, con sus indicaciones, de la coxartrosis bilateral, se presenta la experiencia del Servico de Ortopedia y Traumatología del Hospital «María Victoria», de Torino, que dirige el ilustre profesor Re.

De 1948 a 1960, han tratado sesenta y dos casos de coxartrosis bilateral con un total de ochenta y siete intervenciones, empleando todas las técnicas conocidas (denervación, varización, valgización, osteotomía, subtrocantiórica tetoplástica, artroplastia con cúpula, artroplastia con piel, con cabeza acrílica, resección cabeza femoral, resección-angulación según Milch y artrodesis).

Y del estudio y revisión de resultados llegan a la misma conclusión que Padovani, de que no existe hasta ahora un tratamiento quirúrgico de la coxartrosis. La cirugía puede sólo corregir las malformaciones articulares presentes en esta afección degenerativa o reducir la grave invalidez que determinan. — SERAL.

PEDIATRÍA

KAREL ZACEK (Praga). — «ALGUNOS ASPECTOS SOBRE EL CONTROL DE LA POLIOMIELITIS A TRAVÉS DE LA VACUNACIÓN MASIVA.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. 34, n.º 2, págs. 47-51, abril 1962. La Habana.*

LOS estudios de Koprowski y Sabin en 1952 los llevan a la obtención de cepas de virus poliomielíticos que podían ser usados por vía oral y que sólo provocasen la fase inicial de la infección natural: es decir, que se multiplicasen en el tracto intestinal solamente y fuesen incapaces de invadir el organismo y no dañar el sistema nervioso central.

Consiguió Sabin cepas de los tres tipos de polio que habían perdido la capacidad de proliferar en el sistema nervioso central, aun cuando se inyectasen en este sistema en monos de las especies más susceptibles a esta enfermedad. Consiguieron además una buena respuesta de anticuerpos en los vacunados y un alto grado de resistencia en el tractus intestinal para las subsiguientes reinfecciones con los virus de la polio, con lo que la cadena de transmisión de los virus quedaría interrumpida.

Los resultados obtenidos con las campañas masivas de vacunación en Checoslovaquia los resume el autor afirmando que el uso de la vacuna oral demostró su inocuidad, la *ausencia completa de efectos secundarios y de contraindicaciones*, por lo tanto, su gran actividad de acción sobre el mismo individuo y la diseminación de la polio; el poco valor de la vacuna, ya que con diez litros de vacuna Salk se pueden vacunar diez mil personas, en tanto que con diez litros de vacuna oral se pueden vacunar un millón, es decir, cien veces más; y la sencillez de la técnica de la vacunación, en forma de jarabe o caramelo oral.

Después de las vacunaciones masivas realizadas en invierno y primavera, el número de casos de polio se redujo a nada, cuando otros años era de dos mil a tres mil casos paralíticos en Checoslovaquia.

La vacuna no tiene tampoco efectos nocivos en los niños no vacunados que estuvieran en contacto con los vacunados.—A. MALLÓU LABRADOR.

VILEN SKOVRANE y KABEL ZACEK (Praga). — «VACUNA ORAL DE SABIN, CONTRA LA POLIO, CON VIRUS VIVO, EN CHECOSLOVAQUIA.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. 24, n.º 1, págs. 72-78, enero-febrero 1962. La Habana.*

APOYADOS en el éxito obtenido durante los años 1958-1959 vacunando con esta vacuna oral 140.000 niños en Checoslovaquia, y en los resultados soviéticos, deciden organizar un amplio programa de vacunación de toda la población infantil, con vacuna viva.

Refieren cómo cerca de 3.500.000 niños de dos meses a catorce y hasta quince años, el 93 por ciento de la población infantil, fueron vacunados.

Se administra en forma líquida, y por falta de tiempo, afirman los autores que se usó el siguiente «record» en la administración de los virus: primero, el tipo I, y a las cinco semanas, los tipos II y III. No encontraron complicaciones ni siquiera en los niños que sufrieron intervenciones quirúrgicas ni amigdalectomías.

Afirman los autores que, por primera vez en los treinta años que la incidencia de polio fue registrada en la segunda mitad del año, *no se confirmó ni un solo caso de poliomielitis paralítica.* Dos casos de poliomielitis paralítica fueron importados, uno de Yugoslavia y el otro de Egipto. Otros casos no fueron confirmados después de un cuidadoso examen clínico y virológico.

Los controles serológicos demostraron cómo los niños vacunados de esta forma se habían hecho seronegativos triples.

Por lo que los autores, en vista de los resultados extremadamente favorables obtenidos, consideran necesaria la vacunación idéntica en los niños pequeños nacidos después del último año de la campaña de vacunación, antes de la temporada de verano, y de revacunar por lo menos a todos los niños vacunados en 1960 con una dosis de vacuna trivalente.

Los programas futuros de vacunación dependerán de los valores obtenidos en la repetición de las pruebas serológicas e inmunológicas y virológicas. — A. MALLÓU LABRADOR.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

SESIÓN DEL DÍA 3 DE DICIEMBRE DE 1962

ABELLÓ, J. — «INVESTIGACIÓN SOBRE LA INERVACIÓN CARDÍACA (VENTRÍCULOS Y CORONARIAS).

El año pasado les di una comunicación sobre la estructura muscular y nerviosa de las orejuelas de corazón resecadas en las intervenciones quirúrgicas. En los últimos años he reiterado estos estudios sobre dos zonas cardíacas: ventrículos y coronarias; la mayoría de mis descripciones pertenecen a ventrículos y coronarias de animales (perros, conejos, cavias, ratones, murciélagos, etc.).

El problema me interesaba: por haber dispuesto de material de orejuelas recientes, proporcionadas por la sección de cirugía de la Escuela de Enfermedades del Tórax, de C. Martínez Bordiú; por la serie de técnicas de anestesia que se emplean en la actualidad; por el aumento de las coronariopatías, apuntando también la influencia que tienen los fenómenos meteorológicos en las coronarias como causa de muerte.

Los métodos que he empleado para la tinción de este sistema nervioso periférico de las coronarias han sido principalmente tres: el de Jabonero, Champy Maillet y el de Schabadasch, modificado por mí.

Es difícil hacer descripción amplia de las características de las coronarias, tanto en la disposición vascular como la nerviosa, así como la miocárdica. Cualquiera que sea la procedencia y destino de las ramas nerviosas del miocardio, constituyen un primer plexo denominado fundamental, que marcha por los tabiques conjuntivos entre los haces musculares, dividiéndose dicotómicamente en ramos cada vez más pequeños. También existen el plexo perimuscular, del cual nacen los axones terminales que penetran en el mismo espesor del haz secundario y van a dividirse alrededor de las fibras musculares. En cuanto a las coronarias, la red de fibras es ubicua y abundante; las imágenes microscópicas, fácilmente apreciables en las diferentes proyecciones de slides, y en las que fácilmente se aprecia la morfología, parecida a lo que en física se llama «solenoides»; elementos terminales que forman parte del vegetativo terminal, los simpáticos y los parasimpáticos, si bien mejor sería designarlos en amielínicas, mielínicas y vegetativo terminal. En las diversas ramas de las coronarias las fibras nerviosas forman un haz principal que sigue hasta el final, disminuyendo de calibre, y aporta fibras nerviosas a las paredes de la arteria, a la que está adosada; se distribuyen de manera regular, guardando una distancia muy parecida, y lo curioso es que la que sale de este haz principal surja rodeando a la arteria casi totalmente.

La serie de microfotografías que presentamos, teñidas con los métodos anteriormente citados y, sobre todo, con los del azul de metileno, sugieren una serie de conclusiones que nos llevan, junto con la existencia de las células intersticiales de Cajal, a comprender ciertos actos reflejos que hasta la fecha eran, quizá, inexplicables.

A mi entender, existe un «tono» de las fibras cardíacas, lo mismo que se produce en las fibras estriadas del esqueleto. Existen ciertas dificultades para resolver si el miocardio tiene o no un verdadero tono. Un corazón con tono disminuído es que está fatigado, aparece dilatado, y cuando ha terminado de contraerse todavía contiene una cantidad de sangre residual.

De los estudios sobre las materias expuestas, se puede sacar la conclusión que tiene que existir una correlación lógica entre todos los sistemas y, sobre todo, en el de inervación capilar y el tono de las fibras musculares cardíacas, pues si éste no se regula bien, entonces llegaría un momento en que el corazón se pondría anoxémico. Se puede expresar que el corazón depende de la inervación de sus capilares.

En la discusión intervinieron los doctores Jabonero, Lafora y Díaz Rubio.

SESIÓN DEL DÍA 10 DE DICIEMBRE DE 1962

GARCÍA ORTIZ, E.; GARCÍA ORTIZ, C., y CASAMAYOR, M. — «TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE STOKES-ADAMS.»

La prevención de las pausas cardíacas no ha sido resuelta aún, pese al ensayo de las más recientes terapéuticas. Sustituir el centro ideoventricular desfalleciente por un marcapaso (Pace-Maker) eléctrico, que obligue rítmicamente y con una exacta frecuencia a la contracción ventricular, es una solución terapéutica eficaz, más racional y mucho más segura.

El tratamiento eléctrico de la enfermedad de Morgagni-Stokes-Adams, requiere un aparato que responda a las siguientes premisas: electrodos no polarizables, que no produzcan fibrosis reaccional, que funcione con un voltaje constante y débil, con conexiones sólidas y seguras, productor de su propia energía y que libere al enfermo de toda servidumbre. Conviene, además, que los hilos conductores no salgan fuera del tórax; esto, que se utiliza en los casos de emergencia de la cirugía a corazón abierto, uniéndolos a un «marca paso» externo, es tan sólo para la corrección de un bloqueo traumático transitorio.

Siguiendo fielmente a Zoll, Kranck, Linenthal y Belgard, preferimos el sistema de electrodo-generador interno, con la ventaja de que la implantación de un excitador subcutáneo no conlleva más que una intervención mínima. Se adopta por Zoll una frecuencia de setenta y cinco latidos por minuto, asegurando una perfusión cerebral suficiente, gracias a un débito cardíaco muy bien asegurado, y previniendo además los accesos de taquicardia y de fibrilación ventricular.

Presentamos uno de los cinco casos observados y tratados todos ellos a efectos de síncope subintrante, rebeldes a todo tratamiento médico, pero que la implantación de un estimulador interno representó en todos la única posibilidad de supervivencia. El que hoy presentamos es verdaderamente espectacular.

El aparato que utilizamos, que el propio enfermo mandó traerse, con nuestra información, de la «Electrodyne Company», de Massachussets, es un pace-maker de 65 centímetros de largo, por 6'0 de ancho y 1'7 de espesor, y con un peso de 180 gramos.

El enfermo que presentamos, D. A., de 54 años, tuvo hace cinco años un infarto de miocardio, y desde su curación, la secuela de un enlentecimiento del pulso. Fue diagnosticado de bloqueo total, tratado de modo permanente bien, pero acusaba, cada vez más intensa, una disnea progresiva, edemas, mayor bradicardia y un agrandamiento de la silueta radiológica del corazón. Comienza pronto la aparición de una sintomatología sincopal y convulsivante; guarda reposo durante tres años y medio y cualquier movimiento le produce bradicardia y estado sincopal.

Se decide la intervención quirúrgica: toracotomía izquierda por el cuarto espacio intercostal; apertura del pericardio e implantación del pace maker en la región anterior, lateral y más baja torácica, sobre las últimas costillas; tunelizamos por el quinto espacio, introducimos los electrodos en la cavidad torácica e implantamos los dos electrodos de platino sobre la pared anterior del ventrículo izquierdo; la frecuencia cardíaca se establece alrededor de las setenta y cinco pulsaciones. El postoperatorio fue simple y el resultado magnífico hasta el momento actual.

En la discusión intervino el doctor Hidalgo Huerta.

ENRÍQUEZ DE SALAMANCA. — «CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA DEL PULGAR.»

Los tipos de intervenciones que se pueden utilizar en las reparaciones del pulgar son: retoques y alargamientos del muñón; falangización; pulgarización. Para el alargamiento del muñón, si éste es extremadamente corto o reducido al metacarpio, es posible construir un nuevo pulgar por medio de un injerto óseo recubierto con un colgajo tubular; preferimos los colgajos antebraquiales. Los alargamientos por injerto óseo no deben ser excesivamente ambiciosos en longitud.

La falangización es de una sencillez y unos resultados funcionales muy buenos; este proceder es extremadamente útil cuando por malformaciones o por traumatismos, no sólo el pulgar, sino también otro u otros dedos faltan.

La pulgarización consiste en la conversión en pulgar, mediante trasposición de algún dedo de la misma mano.

En la discusión intervino el doctor Vidal Sánchez.

VILAR SANCHO, B. — «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN.»

El tratamiento de la enfermedad de Dupuytren sigue siendo hoy exclusivamente quirúrgico; pasamos deliberadamente por alto todos los intentos de tratamiento médico y sólo recalcamos que la radioterapia es, no sólo inútil, sino contraproducente, pues con frecuencia, a una dosis pequeña, producen trastornos cutáneos que impiden la actuación quirúrgica o la retrasan, con perjuicio grave del resultado final.

Tampoco hoy se conoce su etiología de manera absoluta, y gran parte de las teorías son contradictorias. Nos inclinamos por creer, con Skoog, que la enfermedad de Dupuytren es el resultado de una reacción general fisiopatológica del tejido conectivo, que se manifiesta en la aponeurosis palmar, actuando como agente desencadenante el trauma único o repetido.

La clínica de la enfermedad es varia; generalmente, el comienzo es repentino, el paciente se encuentra sorprendido por la aparición de un nódulo ligeramente doloroso a la presión, en la palma de la mano, del que no había tenido noticias hasta entonces.

El pronóstico de la enfermedad es difícil de establecer. Para su tratamiento se han descrito más de veinticinco procedimientos quirúrgicos; hoy día es la aponeurectomía parcial y la aponeurectomía total, que desde hace diez años venimos empleando la técnica original de Mc. Indoe, que tiene la especial ventaja de tratar radicalmente la enfermedad; su única dificultad estriba en la necesidad de realizar una perfecta disección del plano

cutáneo de la aponeurosis subyacente. Somos particularmente reacios a la amputación de los dedos, aunque hay casos que precisa realizar la desarticulación metacarpofalángica.

En la discusión intervinieron los doctores Soria, Enríquez de Salamanca y Senti Montagut.

DÍAZ RUBIO, M., y GORDÓN BEZA, A. *Con la colaboración de* A. SEGURA.—«UN CASO DE SÍNDROME DE DUBIN-JOHNSON.»

LA personalidad del síndrome de Dubin-Johnson, su rareza y los problemas que entraña justifica la presentación de este caso. Dentro del grupo de las ictericias iniciadas en la infancia o en la juventud, no hemolíticas, ni tienen origen en una hepatitis o afectación apreciable de las vías biliares con el microscopio corriente; quedan definidos los siguientes síndromes: síndrome de Gilbert, ictericia neonatal, síndrome de Crigler-Najjar, síndrome de Lucey-Driscol, síndrome de Rotor, síndrome de Dubin-Johnson.

El caso clínico que motiva esta comunicación se refiere a una mujer de cuarenta y cuatro años, que hace siete inicia su ictericia, que se intensifica en ocasiones, extendiéndose por todo el cuerpo sin acolia, ni coluria; tampoco fiebre ni trastornos digestivos ni abdominales, como tampoco en zona vesicular ni en hipocondrio derecho.

El estudio clínico, y principalmente los métodos histoquímicos, demostraron la coloración desigual de los diversos gránulos, con el método de Masson, el de Hueck y el negro Sudán B. Ello pone de manifiesto que en su constitución, en nuestro caso, participan fundamentalmente la melanina, las lipofuschinas y elementos sudanófilos que no son grasas puras, sino más bien lipoproteínas u otros prótidos, ya que la negatividad con el azul Alcian, con la reacción de Hale y el Pas, permiten eliminar que se trata de glucoproteínas; como no se tiñen la totalidad de los gránulos, pensamos que no todos ellos tienen la misma composición.

En la discusión intervinieron los doctores Sicilia, Enríquez de Salamanca y Arias Vallejo.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

REUNIONES EL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 14 DE DICIEMBRE DE 1962

OLLER-DAURELLA, L.; MASÓ-SUBIRANA, E., y RODRÍGUEZ NOLLA, L.—«EL VALOR DE LA ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LOCALIZACIÓN Y DE LA MALIGNIDAD DE LOS TUMORES CEREBRALES.»

EN esta comunicación se hace revisión de la casuística personal de tumores cerebrales estudiados mediante electroencefalograma, resaltando el valor indiscutible de esta técnica en los tumores de los hemisferios (un 90 por ciento de trazados anormales) y la importancia de los signos eléctricos «proyectados» en el diagnóstico de los tumores de la base y del tronco cerebral.

Se resalta la posibilidad de un criterio electroencefalograma acerca de la eventual malignidad del tumor.

PUJOL SOLER, R.—«PARO CARDÍACO DURANTE EL ACTO OPERATORIO.»

EL paro cardíaco durante el acto de la operación, es una complicación felizmente poco frecuente, aunque no despreciable, y de suma gravedad, presenta una triple problemática: su profilaxis, su diagnóstico inmediato y su terapéutica.

El anestesista-reanimador debe recordar que las principales causas que pueden desencadenar al paro cardíaco son: la anoxia o hipoxia, medicación anestésica mal administrada, la hemorragia y el shock, las transfusiones abundantes de sangre citratada, la hipotermia, la embolia gaseosa (por entrada de aire del frasco de suero o sangre), etc. Con la buena conducción de la anestesia, administrando de una forma correcta y adecuada en cada caso los fármacos utilizados, procurando una buena ventilación pulmonar y una correcta oxigenación y evitando el shock, se hace una verdadera profilaxis del paro cardíaco.

Si el paro cardíaco no es diagnosticado y combatido antes de un breve espacio de tiempo, se producirá la muerte del paciente o, por lo menos, lesiones irreversibles por anoxia de los órganos más sensibles a la falta de oxígeno. Este tiempo, según autores y circunstancias especiales de cada caso, es de tres a cinco minutos. Por ello, es preciso, antes de iniciar una intervención, disponer de algún procedimiento que permita detectar el paro cardíaco en el mismo momento de su presentación. Para ello existen varios aparatos, pero su uso resulta un tanto engorroso y, en consecuencia, no son usados de una forma sistemática. El autor expone un sencillo aparejo, de fabricación simple y casera, pero de suma utilidad, excluyendo, por su misma simplicidad, cualquier posible avería.

Es aconsejable que en todos los quirófanos se disponga, en sitio fácilmente visible, de una lámina con las instrucciones de lo que debe de hacerse en caso de paro cardíaco, pues en estos momentos preciosos, de inevitable nerviosismo, debe de actuarse con rapidez y precisión. Hay que disponer también de un pequeño recipiente estéril conteniendo el instrumental preciso para una toracotomía y algunos inyectables de los fármacos de mayor utilidad para el tratamiento de esta afección.

Merece destacarse por su simplicidad y eficacia el masaje cardíaco a tórax cerrado. Con el enfermo apoyado sobre una mesa sólida, se ejerce con la mano plana y sobre la extremidad inferior del esternón una fuerte presión con una frecuencia de unas sesenta veces por minuto. Según varios autores, este tipo de masaje, resulta tan eficaz como el que puede hacerse con el tórax abierto.

Se documenta la comunicación con diversas proyecciones.

MONTÓN RASPALL, D.—«FISIOLOGÍA DE LA RESPIRACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA Y EL EMPLEO DE LOS RESPIRATORIOS.»

LA respiración con presión positiva constituye la principal característica de la anestesia moderna. El extendido uso de los miorresolutivos, al anular total o parcialmente la acción de los músculos respiratorios, ha convertido la respiración artificial con presión positiva, manual o mecánica, en una práctica que todos los anestesiólogos efectúan todos los días y conocen perfectamente. No obstante, la respiración así practicada modifica de una manera substancial los principios físicos de aquella función y altera grandemente la fisiología respiratoria hasta el extremo de que en ocasiones críticas, el desconocimiento de la fisiopatología de las nuevas condiciones creadas lleva a provocar alteraciones cardiorespiratorias de extrema gravedad y difícil solución.

Estas alteraciones son de dos órdenes: circulatorias y respiratorias, que se describen, cuyo responsable principal es el aumento de la presión pulmonar media.

Cuanto mayor sea el aumento de esta presión pulmonar media, mayor será la alteración provocada. Es lógico esperar que cuanto más reducido sea este incremento, sea menor la desviación de las constantes normales, y menor también, por consiguiente, la morbilidad de este proceso.

De ahí el empleo de respiradores automáticos de presión positiva y negativa, cuyo manejo razonable disminuye notablemente el incremento de la presión intrapulmonar media.

MIRÓ GUITART, C., y BATALLA BATALLA, J.—«ANEURISMAS VENTRICULARES: NUESTRA CASUÍSTICA.»

LOS aneurismas ventriculares son debidos a múltiples causas, pero la más importante y responsable del 80 por ciento de los casos, es la insuficiencia coronaria y especialmente el infarto de miocardio.

La semiología de los aneurismas no ofrece ningún síntoma ni signo patognomónico. El electrocardiograma muestra en el 90 por ciento de casos alteraciones persistentes del segmento ST-T, que hacen sospechar la existencia de un aneurisma ventricular. La exploración incruenta que nos proporciona más ayuda en el diagnóstico de los aneurismas ventriculares es la radiología y especialmente la radioquimografía.

La evolución del aneurisma depende generalmente del estado del músculo cardíaco después del infarto. La presentación de insuficiencia cardíaca irreductible es la evolución más frecuente.

El tratamiento quirúrgico correctivo o paliativo (con el empleo de plastias) no suele ser necesario, si exceptuamos aquellos casos que presentan complicaciones graves (embolias arteriales, trastornos del ritmo cardíaco, etc.).

En la presente revisión se aportan cinco casos, que se suman a los cuatro previamente presentados por el propio servicio de cardiología.

Se discuten las características clínicas y evolutivas de estos casos.

CARDONER PLANAS, A.—«ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA COLITIS ULCEROSA.»

DESPUÉS de exponer brevemente los caracteres clínicos y radiológicos, la evolución y las complicaciones de la rectocolitis ulcerohemorrágica, el autor enumera los diversos medios empleados en su tratamiento médico y el escaso fruto proporcionado por los mismos, a excepción de las transfusiones.

Esto le condujo a ensayar con el mismo objeto la vitamina B_{12}. Los interrogatorios de los enfermos hechos durante estas pruebas le hicieron sospechar que en la etiología de dicha enfermedad podía ocupar un lugar destacado la tuberculosis bovina, por lo cual amplió el tratamiento con la administración de hidrázidas, con excelentes resultados.

Discute el autor si cabe considerar la rectocolitis ulcero-hemorrágica como de origen tuberculoso bovino, o si es más oportuno considerarla como la consecuencia de una sensibilización, inclinándose por esta segunda hipótesis.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 443 - TOMO LXXV
FEBRERO 1963
SECCIÓN VARIA

EL PROBLEMA DE LA UNIVERSIDAD

POR EL
DR. GUILLHERME BRAGA DA CRUZ
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
COIMBRA (PORTUGAL)

I

La dificultad está en enfocar más allá de los «problemas», el verdadero «problema» de la Universidad. Pero no hay duda de que sin asentar las ideas en este respecto, no es posible concluir si existe o no, y en qué medida existirá una «crisis de la Universidad portuguesa», pues de «crisis» sólo podrá hablarse en la medida en que la Universidad se revela incapacitada para resolver ella misma «su problema», y en el uso de la diminuta autonomía institucional que todavía le queda, o haya perdido la esperanza de que se lo resuelvan desde fuera, como contrapartida de la autonomía que un día le robaron y nunca más le restituyeron.

Por eso no me he creído con el derecho de rehusar las declaraciones que me han pedido, aunque consciente de haberme metido en una aventura arriesgada. Me limitaré, sin embargo, por razones de espacio, a ofrecer un esquema de ideas sobre el asunto como quien pretendiera estructurar un sumario o fijar el camino para el primer capítulo de un estudio de conjunto que tuviera el triple objetivo de determinar la justa colocación y jerarquización de los problemas universitarios en el cuadro global del problema de la Universidad (problemática de la Universidad), las causas intrínsecas y extrínsecas que están en la base del fracaso de la respectiva solución (crisis de la Universidad) y las medidas que se requieren para disminuir el mal, reconduciendo todo el sistema al desempeño de su verdadera misión (planificación de una política universitaria).

La revista portuguesa «Encontro» pidió al ilustre Rector de la Universidad de Coimbra, profesor Guilherme Braga da Cruz, unas declaraciones sobre «el problema de la Universidad», como base de entendimiento para adoptar una postura sobre la llamada crisis de la Universidad portuguesa y la forma de superarla en una eventual planificación de la política universitaria.

El profesor Braga da Cruz respondió con lo que él llamó un «esquema de ideas», que constituye, en realidad, un verdadero y valioso ensayo sobre las principales cuestiones de la problemática universitaria: un trabajo escrito por su autor con los ojos puestos en la realidad universitaria portuguesa, pero que indudablemente tiene alcance y validez universales, por lo que hemos creído oportuno reproducirlo.

II

El punto de partida tendrá que ser, siempre, el de una idea clara y rigurosa acerca de los fines de la Universidad. Y felizmente en este punto no hay dificultades, pues ningún pensador de hoy en día niega seriamente —sea católico, liberal o comunista— que son tres los fines principales que la Universidad debe proponerse: *formación cultural* de los futuros dirigentes de la sociedad y de la Nación; *transmisión del saber*, con vistas a la preparación para el ejercicio de las profesiones intelectuales de más alto nivel; e *investigación científica* y preparación de futuros investigadores con vistas al progreso de la misma ciencia que le incumbe transmitir a las nuevas generaciones. Las divergencias vienen después; y con ellas surge la verdadera problemática de la Universidad.

Vistas bien las cosas, esa problemática se reduce a dos cuestiones fundamentales, ambas relacionadas con la tripartición de fines en la que todos están de acuerdo con apuntar para la Universidad: una, tripartición de carácter cuantitativo; la otra, de carácter cualitativo.

La primera cuestión, la de carácter cuantitativo, consiste en saber cuál es el relieve que cada uno de los fines debe tener en relación con los demás. Y no es cuestión poco importante, pues de una toma de posición a ese respecto puede luego resultar una preferencia por uno de los tres tipos posibles de Universidad: Universidad formativa o cultural, si es la primera finalidad la que predomina sobre las demás, como todavía sucede con algunas viejas Universidades inglesas; Universidad técnica si desprecia la formación cultural y la investigación científica en favor de la mera transmisión del saber y preparación de profesionales, como sucede actualmente con las Universidades portuguesas; y Universidad científica, si busca en la investigación y en el progreso de la ciencia su finalidad dominante, como acaece en gran número de Universidades alemanas.

La segunda cuestión, la de carácter cualitativo —no menos importante que la anterior—, consiste en determinar, con vistas al primero de los fines indicados, qué índole de formación cultural es la que corresponde ofrecer a la Universidad; con vistas al segundo de esos fines, cuáles son las ramas del saber que a la Universidad cabe transmitir y de qué modo debe transmitirlas. Finalmente, con vistas al tercero, hay que dirimir qué naturaleza de investigación le cabe promover a la Universidad.

No es necesario un gran esfuerzo reflexivo, para reconocer que toda la inmensidad de pequeños y grandes problemas relacionados con la estructura y funcionamiento de las Universidades, se encuentran directa o indirectamente dependientes de las dos cuestiones fundamentales que acaban de formularse. Y no es necesario saber mucha historia para tener que reconocer que la Universidad, como institución, ha sido grande mientras supo dar respuesta equilibrada y sensata a esas dos cuestiones fundamentales; y dejó de serlo cuando perdió el pie, perdiendo a la vez la conciencia de su verdadera misión.

Decir esto es lo mismo que afirmar que un consciente y justo planteamiento y solución de los problemas de la Universidad implica de antemano una toma de posición también consciente y justa, en el verdadero «problema» de la Universidad, que es lo que se debate en aquellas dos grandes cuestiones. Y aquí ya tendríamos materia, no para unas simples declaraciones, sino para un extenso ensayo doctrinal. Sin embargo, me veo obligado a ir directamente al fin, porque no fue un ensayo, sino unas declaraciones breves lo que se me pidió; y, por lo tanto, diré solamente cuáles serían las tesis que yo sustentaría, en respuesta a las dos cuestiones que he formulado, si tuviera que pronunciarme acerca de ellas *in extenso*.

III

En respuesta a la primera cuestión, mantendría la tesis de que la Universidad será tanto más universitaria cuanto más equilibradamente sepa y pueda llevar a cabo cada uno de sus fines, sin perjuicio de los demás.

Es institutivo que una Universidad exclusivamente cultural, exclusivamente técnica o exclusivamente científica, sería una aberración, pues no llegaría a ser una Universidad. Sería un centro cultural, en el primer caso; una escuela superior técnica, en el segundo; un instituto de investigación científica, en el tercero. Pero, en ningún caso, una verdadera Universidad, pues la palabra «universidad», cualquiera que sea el sentido en que se tome, significa siempre «conjunto», «cuerpo unitario de elementos distintos», en las personas que la integran («universitas magistrorum», «universitas scholarium», «universitas magistrorum et scholarium»), en las instituciones parciales que la componen («universitas facultatun»), y, por lo tanto, también en los fines que se propone. Pero, si es así, habremos de entender, por lo que concretamente respecta al cumplimiento de sus fines, que la Universidad merecerá tanto más esa designación cuanto más los respete y cumpla en su conjunto, y que estará tanto más desplazada de su verdadera misión cuanto más desprecie alguno de ellos para dedicarse sólo a los demás.

Además, es muy discutible que la Universidad, despreciando alguno de sus fines, pueda servir mejor a los restantes, con el pretexto de concentrar todas sus energías en la consecución de éstos. Es el momento de preguntar, en concreto, quién será mejor profesional: el que asimiló el mayor número posible de conocimientos técnicos para el ejercicio de una profesión, pero sin una base cultural y un espíritu científico, o el que adquirió una buena formación cultural y el gusto por enfrentarse con problemas y resolverlos, pero con conocimientos especializados algo más modestos sobre la profesión que ejerce. Y lo mismo debe preguntarse, *mutatis mutandis*, respecto de quien en la Universidad no hubiese recibido más que una formación cultural o no hubiese observado más que una investigación científica. Ni el primero sería verdaderamente un hombre culto, ni el segundo llegaría a ser algún día un auténtico investigador.

La Universidad, pues, para cumplir cualquiera de sus fines, no debe despreciar los demás. Y por eso, a mi entender, una Universidad, sólo con ser predominantemente formativa, predominantemente técnica o predominantemente científica —lejos aún de ser exclusivamente una de estas cosas—, es ya un desvío o una deformación de lo que conviene que sea una Universidad, sin ningún adjetivo.

Y, sobre este punto, no diría nada más si no adivinara la posibilidad de que me hicieran una objeción: en la práctica, ese perfecto equilibrio en la prosecución de los fines de la Universidad se vuelve muy difícil, siendo necesario, casi siempre, sacrificar parcialmente alguno o algunos de ellos, por falta de medios materiales, de personal capacitado, o de ambiente adecuado para su prosecución en el mismo nivel que los restantes. Y puede preguntarse entonces cuál será el mal menor, es decir, cuál de esos fines puede ser parcialmente sacrificado con menos inconvenientes para la tarea de conjunto, que en el plano ideal designamos como la verdadera misión de la Universidad.

La respuesta me parece que es esta: Con tal de que el sacrificio no vaya más allá de un límite razonable —y considero como tal el límite más allá del cual la propia prosecución de los demás fines se vería seriamente perjudicada—, el fin de la Universidad que puede, con menor inconveniente, ser parcialmente sacrificado, es el de la investigación científica. La razón de esto se halla en que los alumnos

de la Universidad no están destinados, sino en una pequeña minoría, a ser hombres de ciencia, sino tan sólo profesionales capacitados y dirigentes políticos y sociales, conscientes de su responsabilidad. Nunca serán una cosa ni otra si no tienen un mínimo de espíritu científico; pero no precisan para ello tener una formación completa de investigadores.

Lo importante, pues, en este caso, es que la Universidad no niegue a la inmensa mayoría de sus graduados ese mínimo de espíritu científico que necesitan para ser buenos profesionales y dirigentes; que no deje perder para la investigación aquella pequeña minoría cuya vocación científica se va haciendo notoria a lo largo de la carrera; y que haga de la investigación científica, eso sí, una de las principales condiciones de acceso al profesorado y una de las principales ramas de actividad de los profesores y demás personal docente, pues difícilmente podrá transmitir espíritu científico a los alumnos —aun en aquel grado mínimo antes señalado— quien por sí mismo no lo posea en grado elevado. Pero una vez respetado esto, que no es poco, no repugna admitir que la investigación científica ocupe en las tareas de la Universidad un plan algo más modesto que las restantes, tanto más que se trata por encima de un cierto nivel de una actividad extremadamente cara, a la que los países de pocos medios —máxime el nuestro— no tienen por qué avergonzarse de no poder corresponder completamente.

Sería mucho más lamentable que la Universidad se conformara con sacrificar, aunque en pequeña escala, alguno de sus otros dos fines, pues en eso se arriesgaría a un rotundo fracaso de su misión. Descuidar la preparación profesional, con el pretexto de que lo más importante es formar hombres capacitados para ejercer funciones directivas, sería olvidar que las funciones directivas se desempeñan, en la mayoría de los casos, a través del ejercicio de una profesión intelectual, y que, por lo tanto, nunca llegará a ser un buen dirigente quien no es un buen profesional. Y descuidar la formación cultural con el pretexto de que lo más importante es preparar profesionales competentes y formar hombres de ciencia, sería contribuir a la consolidación del reinado del «nuevo bárbaro», como llamó Ortega y Gasset, expresivamente, al ingeniero, al médico, al abogado, al hombre de ciencia de nuestros días: «el profesional más sabio que nunca, pero también más inculto que nunca». En ambos casos la Universidad habría dejado de cumplir totalmente su misión.

IV

Diré ahora la tesis que yo sustentaría respecto a la segunda de las dos cuestiones, que antes llamé fundamentales en la «problemática universitaria»: la de la determinación cualitativa de la tarea que le compete a la Universidad en la prosecución de cada uno de los tres fines.

Respecto al primer fin —formación cultural—, me parece pretensión excesivamente modesta y limitada confinar la misión de la Universidad a la «transmisión a la generación nueva del sistema de ideas sobre el mundo y sobre el hombre, madurado en la generación anterior», como defendió Ortega y Gasset, que fue, además, hasta el presente, el más vigoroso defensor de la Universidad formativa o cultural. Pretensión excesivamente modesta, pues al hombre verdaderamente culto no le interesará conocer únicamente el sistema de ideas sobre el mundo y sobre el hombre que encontró en el seno de la sociedad en donde nació por un azar del tiempo y del espacio; y pretensión demasiado limitada, en el caso de que exista la convicción de que es suficiente en el «aspecto formativo, que la educación

sea orientada en el sentido de integrar el hombre en una cultura de dimensión meramente temporal o espacial, cualesquiera que sean sus desvíos en relación con aquello que está más allá del espacio y del tiempo». Si la cultura es, como dice el mismo autor, «lo que salva el hombre del naufragio, lo que le permite vivir sin que su vida sea una tragedia sin sentido o un radical envilecimiento», entonces ha de reconocerse que la formación cultural que debe repartir la Universidad sólo puede ser encaminada hacia las verdades esenciales sobre el mundo, el hombre y su destino, más allá de las contingencias de un lugar o una época.

Sin embargo, aquí reside el verdadero drama de la Universidad de nuestros días. Porque esta formación cultural no puede ser repartida sin tomar posición en el terreno ideológico, como lo ha tomado a lo largo de los siglos. Y aquellos que proclaman enfáticamente que la Universidad debe tener, antes que nada, una misión «formativa», son muchas veces los primeros en retroceder en este dominio y exigirle que entre tanto sea neutra en el campo ideológico. ¡Como si esto no fuera semejante a la cuadratura del círculo o a la conciliación de los contrarios! Este problema fue claramente advertido por el doctor Adérito Sedas Nunes, en el discurso inaugural del I Congreso de la J. U. C., celebrado en 1953, al afirmar que «cuando la Universidad, por la fuerza de cualquier circunstancia, tiene que renunciar a tomar una posición en el terreno ideológico, en realidad se queda amputada en una dimensión esencial e incapacitada para realizar integralmente su superior misión de educar».

Entendámonos, pues: o continuamos afirmando que uno de los fines de la Universidad es la formación cultural de aquellos que vendrán a ser como profesionales de primer nivel, los futuros dirigentes de la nación, y no podremos amputarle el derecho y el deber de tomar posición en el terreno ideológico; o proclamamos su estricta neutralidad ideológica, teniendo que reducirla en este campo al papel mucho más modesto de ofrecer una mera información cultural, relegando la función formativa a instituciones marginales. Pero entonces, seamos justos: no echemos la culpa a la Universidad de dejar de cumplir una misión para la cual le negamos los medios.

Para un católico sólo cabe la primera postura; pero con una salvedad importante: la de la libertad humana, pues la solución de la Universidad de contenido ideológico «impuesta por la fuerza» no es ni podrá ser «nunca una solución cristiana, aunque se ponga al servicio de las verdades esenciales del cristianismo». Ahora bien, la única manera de conciliar la libertad humana con la necesidad, cada vez más urgente, de dar a la Universidad los medios suficientes para el cumplimiento de su misión formativa en el sentido de la única cultura verdadera y perenne que es la cultura cristiana —y que es, además, en nuestro caso, la cultura que corresponde a las preferencias ideológicas de la gran mayoría de los portugueses—, es no impedir a la Universidad la posibilidad de ofrecer esa formación cultural a aquellos que de una manera deliberada y libre la desean. Y para alcanzar ese fin no hay más que dos caminos: la formación de Universidades católicas ampliamente subvencionadas por el Estado, de forma que puedan dar una enseñanza tan eficaz y barata como la oficial —única condición dentro de la que se puede considerar libre la elección entre ella y la Universidad oficial—, y la creación, en las propias Universidades estatales, no sólo de varias asignaturas de formación cultural cristiana, establecidas en un régimen de opción y distribuídas en las Facultades más adecuadas, sino también de Facultades de Teología, con asignaturas abiertas, en idéntico régimen escolar, a los estudiantes de otras Facultades.

Debe hacerse notar que la primera solución, la de la Universidad católica, no invalida la segunda, pues siempre habrá estudiantes que, por consideraciones de orden vario —especialmente la dificultad para desplazarse a un centro universitario en donde funcione una Universidad católica—, se quedan privados de la opción entre ésta y la oficial. Y ni por eso debe quitársele la facultad de tener, en la propia Universidad oficial, la formación cultural cristiana que pretenden. Se trata, en fin, de una solución que se impone al menos como forma de remediar con urgencia, y sin grandes gastos, la falta de Universidades católicas en los países, como en el nuestro, donde no existen en absoluto y donde, por motivos varios, no es fácil erigirlas de un día a otro.

Excusado sería decir que al lado de estas asignaturas de formación cultural, ofrecidas a los alumnos en régimen de opción, deberá haber en todas las Facultades, relacionadas con las ramas de ciencia que en ellas se estudian, asignaturas culturales de carácter meramente informativo. Y esas de asistencia obligatoria e integradas en el esquema general de las carreras respectivas.

V

Respecto al segundo de los fines apuntados para la Universidad —transmisión del saber, con vistas a la preparación para las altas profesiones intelectuales—, la cuestión cualitativa estriba en determinar las ramas de saber que deben estar representadas en la enseñanza universitaria, y de qué modo o con qué grado de especialización debe enseñarlas la Universidad. Es un problema, como se ve, que se desdobla en dos.

Para tomar posición acerca del primero es necesario recordar un aspecto de gran importancia sobre la historia de la Universidad, pero que está normalmente muy olvidado. Nadie ignora que la Universidad surgió con este nombre en la Edad Media, en el momento en que ciertas escuelas, anteriormente subordinadas a una autoridad local (una catedral, un municipio, un monasterio), dejaron de poder mantenerse en esta situación en virtud de su rápido crecimiento y de su proyección ecuménica, y pasaron a regirse y gobernarse por sí mismas, con plena autonomía institucional, bajo la forma de corporaciones de profesionales de los estudios (maestros y escolares), sin acatar ninguna otra supremacía, excepto la del Soberano Pontífice. La *Universitas* es precisamente esta corporación, de gobierno autónomo, que puede poner el énfasis en el cuerpo docente (*Universitas magistrorum*) o en el cuerpo discente (*Universitas scholarium*), o formar un todo equilibrado con los dos elementos (*Universitas magistrorum e scholarium*). Pero ya es corriente olvidarse de que no es sólo en el sentido de corporación, de institución corporativa autónoma, como es utilizada la palabra *Universitas* para designar estas escuelas medievales, sino también en el sentido de institución donde se procura la síntesis y la jerarquía de las ramas más nobles de la ciencia, dentro de una visión armónica y unitaria del saber humano (*Universitas scientiarum*).

En la base de esta jerarquía estaban las disciplinas preparatorias, que recibían conjuntamente la denominación de *artes liberales*; y seguían a éstas las ciencias propiamente dichas, objeto de varias Facultades, en una síntesis destinada a conocer los problemas del hombre en el orden de los seres creados —objeto de la *Filosofía* y de la *Medicina*—, los problemas del hombre en su relación con los otros hombres —objeto del *Derecho*— y, en la cumbre de esta escala, los problemas del hombre y de la naturaleza en sus relaciones con Dios —objeto de la *Teología*—. Sólo así se comprende que una disciplina puramente empírica

—y muy lejana todavía en este tiempo de conseguir estructuración científica— como la Medicina hubiera adquirido en el mismo nacimiento de la Universidad medieval categoría universitaria, al lado de disciplinas especialmente especulativas como la Teología y el Derecho. De la preocupación de conocer al hombre como creatura, en su doble aspecto de materia y movimiento, nacería después la anatomía y la fisiología; y a la sombra de ella se engendraron y desenvolvieron, poco a poco, las demás ramas de la Medicina como ciencia con un lugar propio en el cuadro de las disciplinas universitarias.

Pues bien: la lección que se desprende de lo que acaba de decirse para el problema que en este momento nos ocupa, parece ser en mi opinión, que la Universidad no puede conformarse para merecer tal nombre con ser un simple conjunto de Facultades o escuelas superiores sin nexo o jerarquía científica entre sí. Para ser verdaderamente una *Universitas scientiarum* como fue en su principio, ha de procurar ser escuela síntesis de escuelas, una reducción a la unidad a partir de una cierta variedad de ciencias.

Esto obliga, sin duda alguna, a rechazar la integración de ciertas ramas del saber dentro de la Universidad, aunque sean profesadas en un nivel superior. La Universidad tiene pergaminos que debe defender o restaurar, y no por una mera pretensión aristocrática, sino porque no puede recibir en su seno, sin negarse a sí misma, ramas del saber que no sean susceptibles de integrarse en un cierto esquema unitario de saberes; esquema que debe constituir la propia esencia y la razón de ser de la institución universitaria.

Pero esto no supone, por otra parte, que la Universidad se cierre sobre sí misma como en una torre de marfil, apartando sistemáticamente de sí todos los nuevos aspectos del saber que de tiempo en tiempo llaman a la puerta para solicitar ingreso. No es ésta la lección de la Historia, sino que, por el contrario, nos ofrece varios ejemplos de integración de nuevas ramas del saber en la enseñanza universitaria, sin que la Universidad haya resultado disminuída, sino al contrario, reforzada en su prestigio y en su proyección, porque supo realizar esta integración sin quiebras en su unidad o alteración de las jerarquías dentro del conjunto equilibrado de disciplinas tradicionalmente cultivadas. Esto fue, concretamente, lo que sucedió en los siglos XV y XVI con el ingreso en gran escala de las humanidades en la enseñanza universitaria; y fue también lo que sucedió, en términos parecidos, durante los siglos XVII y XVIII con la apertura de las puertas de la Universidad a las ciencias de la Naturaleza. El mal sólo vino después, a fines del siglo XVIII y durante el siglo XIX, cuando la Universidad, bajo el signo del utilitarismo y el positivismo, permitió una completa inversión de valores en aquel esquema universitario y jerárquico de saberes que siempre había servido pasando a dar prioridad a las disciplinas con utilidad práctica inmediata y relegando a un segundo o tercer plano las disciplinas puramente especulativas y formativas. De ahí en adelante, la Universidad, habiendo perdido el norte en esta importante misión de promover y defender la unidad de la ciencia, no volvió a ser capaz de integrar verdaderamente nuevos aspectos del saber, contentándose con sumar aritméticamente, a las Facultades ya existentes, nuevas que entonces fueron surgiendo y que se le fueron añadiendo.

Lo importante aquí es, por lo tanto, que la Universidad no pierda —si todavía lo conserva en parte— o que vuelva a adquirir —en la medida en que quizá los haya perdido— el sentido de la unidad de la ciencia, y que sirva a esta unidad a través de una justa jeraquía y relación de las diversas ramas de la ciencia que cultiva, de forma que pueda dar a cada joven graduado la conciencia rigurosa

y exacta de que el aspecto del saber en el que se especializó no es, por sí mismo, una ciencia, sino algo que forma parte de ella y en la cual tiene un lugar y una misión que cumplir.

Una vez respetado esto —y también para respetar esto—, la Universidad nada tiene que perder abriendo sus puertas a las nuevas ramas del saber, dándole la integración correspondiente en el cuadro de conjunto de las disciplinas que tradicionalmente cultiva. Nadie se atrevería hoy día a negar, por ejemplo, categoría universitaria a la ingeniería, agronomía, a las ciencias económicas, a las ciencias sociales, a las ciencias políticas, etc.; lo que no puede suceder es que la Universidad las endiose al recibirlas, haciendo de estas disciplinas el nuevo sol de la ciencia y menospreciando ante ellas las ciencias puramente especulativas, que siempre han de tener la prioridad, el lugar noble, en la enseñanza universitaria. Esta es la razón por la cual la Universidad de Coimbra, con la responsabilidad que le nace de casi siete siglos de historia, al mismo tiempo que pide la restauración de la Facultad de Teología, desea hoy ardientemente la creación en su seno de nuevas Facultades para la enseñanza de la ingeniería, de la agronomía, de las ciencias económicas, etc., con la certeza de que la enseñanza de estas ramas del saber habrá de beneficiarse al ser hecha dentro de los cuadros de una Universidad de fuertes raíces clásicas.

Tomada posición acerca del criterio que debe presidir la determinación de las ramas del saber impartidas por la Universidad, es necesario decir ahora dos palabras sobre la manera cómo deben ser impartidas estas ramas del saber. Y esto nos lleva directamente al problema, tan debatido, de la mayor o menor especialización de la enseñanza en las diferentes escuelas universitarias.

No seré yo quien diga que el progreso científico sólo es posible por medio de una especialización cada vez más acentuada, y, por consiguiente, no seré yo tampoco quien defienda la necesidad de que la enseñanza universitaria, que debe corresponderse con el progreso científico y servirlo, se encamine cada vez más hacia la especialización. Por el contrario, he tomado posición muy clara —y todavía muy recientemente, en la Junta Nacional de Educación, lo hice notar a propósito de la creación de una Escuela Nacional de Sanidad Pública— contra la tendencia que se va generalizando entre nosotros, como en otros países, de relegar la especialización a escuelas o centros post-universitarios, independientes de la Universidad, dejando ésta reducida, con el tiempo, a la categoría de unos cursos secundarios complementarios, simple puente para el paso obligatorio desde la enseñanza secundaria a las escuelas científicas de alta especialización.

El problema que está en la raíz no es precisamente éste. Es el de saber si la enseñanza universitaria, en cada una de las ramas fundamentales de la ciencia, debe ser una simple yuxtaposición de enseñanzas especializadas o si debe tener como preocupación dominante el dar una preparación general necesaria para asimilar bien y rápidamente una preparación especializada que se administra en los últimos años de cada curso o en cursos universitarios para post-graduados. En una palabra, se trata de la cuestión de saber cómo se hace un médico, un jurista, un ingeniero, etc., antes de hacer un especialista de cierta rama de la Medicina, del Derecho o de la Ingeniería.

En este aspecto existe una tendencia a sobrecargar los cursos con un mayor número de asignaturas especializadas; y cada nueva reforma de la enseñanza de la Medicina, del Derecho, de la Ingeniería o de las otras ramas de la enseñanza universitaria, ha ido hacia un constante aumento de asignaturas o un desdoblamiento de materias, con la intención de que, en la medida de lo posible, ninguna

especialidad se quede olvidada en la preparación general de los futuros médicos, juristas o ingenieros, aunque para eso tenga que sacrificar la enseñanza de aquellas materias tradicionalmente consideradas como preparatorias o propedéuticas, en cada una de las respectivas carreras. Al tomar este camino, parece que se piensa que la formación de las estructuras mentales en las que ha de moverse un médico, un jurista o un ingeniero, ha de conseguirse empíricamente, a costa del aprendizaje de las disciplinas que presuponen esas mismas estructuras mentales. Ya se sabe de antemano que el alumno no retendrá sino hasta el examen la inmensa suma de conocimientos impartidos en cada una de las asignaturas especializadas que tiene la obligación de cursar; pero, asimismo, se cree en la utilidad de esa enseñanza especializada con vistas a la preparación general, pues ésta será justamente el residuo que el graduado conservará después de olvidar la totalidad de lo que ha estudiado y que es aparentemente inútil o demasiado especializado.

No niego que pueda llegarse por ese camino a la formación profesional de base, es decir, a la adquisición de las estructuras mentales y de los conocimientos generales mínimos para el ejercicio de una profesión intelectual de nivel superior; pero estoy firmemente alineado con los que piensan que no es el camino mejor, ni el más corto, ni el más eficaz para alcanzar ese resultado. No es el mejor, porque obliga al estudiante a realizar un enorme esfuerzo de adaptación en el aprendizaje de materias especializadas para las cuales no tiene todavía la preparación general correspondiente, esfuerzo que sería evitable si las cosas se encauzaran en el orden natural. No es el más corto, pues obliga a estudiar un considerable número de especialidades, sin otra utilidad que el aprendizaje de las generalidades implícitas en ellas; y podría caminarse más rápido, gastando el tiempo debido directamente en el estudio de esas generalidades. Y no es el más eficaz, pues la mentalidad profesional que se obtiene por este medio se arriesga seriamente en quedarse —permítaseme la expresión— en una mentalidad de *tarimbeiro* [1], en vez de ser la de un intelectual, preparado para ejercer una profesión en cierta rama del saber.

Soy de la opinión que cree fructífero el aumentar el número y extensión de las asignaturas que, en cada carrera superior, no tienen más función que la de formar la mentalidad y la preparación básica de los futuros graduados. Los dos primeros cursos de cada carrera podrían ser *rellenados exclusivamente* con asignaturas de esta especie, a las que se añadirían, a lo más, las asignaturas de preparación técnica consideradas de aprendizaje más elemental y fácil. Vendrían a continuación las asignaturas técnicas, bien de carácter general, bien de primera especialización, consideradas indispensables para la preparación profesional general de la respectiva rama científica. Y tendríamos, por fin, agrupadas en múltiples secciones, a escoger por los interesados, las asignaturas de alta especialización.

Es posible que un estudio bien orientado y bien cuidado sobre la economía y estructura de las diferentes carreras superiores, según el modelo apuntado, pudiera reservarnos algunas sorpresas agradables; y, entre ellas, la de que esas carreras, en vez de alargarse y sobrecargarse de asignaturas, como normalmente se pretende, puedan fácilmente ser acortadas en la duración y aligeradas de mucho conocimiento inútil que hoy día se enseña.

VI

En cuanto al tercero y último fin de la Universidad —el progreso de la ciencia, a través de la investigación científica y de la formación de investigadores—, poco más se puede añadir a lo dicho, al abordar ahora el problema en su aspecto cualitativo.

Hay, desde luego, una especie de investigación científica que en la Universidad no puede dejar de practicarse en gran escala, que es la investigación de fines puramente pedagógicos, realizada a lo largo de toda la carrera, en las prácticas de las diferentes asignaturas. No será visible la contribución inmediata que de ahí viene al progreso de las ciencias; pero nadie se atreverá a negar su enorme importancia para la formación de aquel mínimo de espíritu científico que todo graduado debe poseer por ser imprescindible en el ejercicio de cualquier profesión intelectual de nivel superior.

Esa investigación ha de consistir fundamentalmente en suscitar dificultades o plantear problemas que el alumno ha de resolver por sí mismo, ejercitando su inteligencia, la bibliografía y el laboratorio puestos a su disposición, y la suma de conocimientos ya previamente adquiridos. Se trata aquí, sin embargo, de una investigación de valor meramente formativo, pues, analizando bien la realidad, no es la investigación científica como fin autónomo de la Universidad lo que en este caso se debate, sino la investigación científica como medio de lograr mejor los demás fines de la enseñanza universitaria: la formación cultural y la preparación de profesionales.

Sin embargo, este primer tipo de investigación está llamado a desempeñar después un papel muy importante en una primera revelación del pequeño grupo de vocaciones científicas aprovechables en cada generación de estudiantes. A los profesores les cabe no perder jamás de vista ni abandonar esas vocaciones científicas, acompañándolas y amparándolas hasta que se revelen definitivamente en un segundo grado de investigación destinada ya al doble fin de adiestrar los alumnos en las técnicas de búsqueda científica y de aprovechar su trabajo como contribución positiva, por modesta que sea, al progreso de la ciencia. Esta investigación de segundo grado puede llevarse a cabo en seminarios integrados en el último curso de cada licenciatura —como ya hoy día sucede en nuestras Facultades de Letras—, o en cursos complementarios de la licenciatura —como se hace en las Facultades de Derecho—, o, simplemente, en la preparación de tesis de fin de carrera, bajo la orientación de los profesores —tal como fue establecido entre nosotros en la última reforma de la enseñanza médica.

Para completar esa investigación científica de segundo grado vendrá, por fin, la investigación de alto nivel, que deben realizar los propios profesores universitarios, los candidatos al profesorado y los investigadores profesionales al servicio de la Universidad, reclutados entre los graduados que revelen especial aptitud para esa misión, pero que no quieren, no pueden o no deben ascender al profesorado. Esa es la investigación orientada totalmente en el sentido del progreso de la ciencia y que tiene que hacerse en institutos adecuados o centros de investigación, ligados con la Universidad.

Debe advertirse, no obstante, que la investigación científica, aun siendo uno de los fines de la Universidad, no es monopolio de la Universidad. Es necesario que se cultive ahí con profundidad, pues, sirviéndome una vez más de las palabras de Ortega y Gasset, «si la cultura y las profesiones se quedaran aisladas en la Universidad, sin contacto con la incesante fermentación de la ciencia, de la investigación, rápidamente se anquilosaría en sarmentosos escolasticismos». Pero importa no perder de vista que la investigación puede y debe también ser intensamente cultivada fuera de la Universidad, y que hay incluso sectores de la investigación que encajan mejor en instituciones autónomas, como ocurre normalmente en el caso de las diversas modalidades de investigación aplicada. En mi opinión, no debe siquiera ceder a la tentación de la investigación aplicada —le llamo «tentación»

porque es la clase de investigación más fácil y de resultados más vistosos— sino en la medida en que sea necesario; debe encaminar sus esfuerzos hacia la investigación pura. Esta última, en su aspecto de investigación desinteresada por excelencia, es la que encierra más nobleza y dignidad y debe, por eso mismo, concentrar las atenciones de los investigadores universitarios.

Me parece que la «problemática de la Universidad» se condensa fundamentalmente en los puntos enfocados más arriba. Y, además, que, sobre esa base —con las correcciones que mis puntos de vista eventualmente necesitan—, cabe discutir si la Universidad portuguesa está o no efectivamente en crisis; y si lo está, cuáles son las medidas que importa adoptar para que la crisis sea rápidamente vencida. Ojalá esos temas merezcan, como conviene, la atención de los estudiosos y de los responsables.

(De «Nuestro Tiempo», n.º 100, 1962. Pamplona.)



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963

CÁTEDRA DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA: HIGIENE Y SANIDAD
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
Profesor: FRANCISCO GONZÁLEZ FUSTÉ

DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO, EN OCHO HORAS, DE LA TOS FERINA TÉCNICA DEL MICROCULTIVO EN PORTA

POR EL

DR. FRANCISCO GONZÁLEZ FUSTÉ

ZARAGOZA

ENTRE las afecciones infantiles comunes (sarampión, escarlatina, difteria), la tos ferina puede considerarse como la más mortífera, ya que a causa de ella mueren, en España, unos dos mil niños al año. Su índice de mortalidad es del 5 al 6 por ciento en los menores de cinco años, y del 0'2 por ciento en la edad escolar.

A pesar de que la vacunación protege de un 85 a un 90 por ciento de los niños expuestos al contagio, la tos ferina sigue teniendo una gran importancia. Por ello, no debe dejar de practicarse el diagnóstico bacteriológico de la enfermedad, ya que nos confirma el diagnóstico clínico en los casos claros y nos descubre el agente causal en formas clínicas atípicas, tales como las de algunos vacunados y personas adultas con cierto grado de inmunidad. A causa precisamente de las campañas de vacunación, los estudios epidemiológicos de la tos ferina deben basarse en la confirmación bacteriológica.

Actualmente, se admite que esta enfermedad puede ser causada por tres microorganismos, pertenecientes al género Bordetella. El más frecuente de ellos es el descubierto por BORDET y GENGOU, en 1906, conocido durante mucho tiempo como *Haemofilus pertussis*. La *Bordetella parapertussis* fue descrita, en 1937, por ELDERING y KENDRICK, y también por BRADFORD y SLAVIN. En cuanto al tercer microorganismo, la *Bordetella bronquiséptica*, fue aislada por BROWN, en 1926.

En el curso del período 1950-1957, LAUTROP estudia la frecuencia con que se aislan, en Dinamarca, la Bordetella pertussis y la Bordetella parapertussis. Durante siete años, se declaran 367.458 casos de tos ferina, y, según el autor, éstos representan sólo la mitad de los reales. Se examinaron 68.000 muestras, de las cuales se aislaron el 32'85 por ciento de Bordetella pertussis y el 4 por ciento de Bordetella parapertussis. En otras épocas, el autor aisla Bordetella parapertussis hasta en un 18 a 25 por ciento de los casos positivos, lo que demuestra que existen epidemias producidas por dicho germen. Sólo de un 10 a un 15 por ciento de estas últimas presentan un cuadro clínico típico de tos ferina.

SOARE, GOLAESCO y TEODORESCO aislan sesenta y dos cepas de Bordetella pertussis y cinco cepas de Bordetella parapertussis, entre quinientos sesenta casos de tos ferina. Por otra parte, NEIMARK, LUGOVAYA y BELOVA llegan a la conclusión de que las infecciones causadas por la Bordetella parapertussis parecen ser más frecuentes de lo que se creía en principio. Efectivamente, de mil siete cepas aisladas en Moscú, entre niños con tos ferina, trescientos cincuenta fueron identificados como Bordetella parapertussis. Insisten los autores en el hecho interesante que significa la falta de inmunidad cruzada entre ambas Bordetellas, hecho que habría que tener en cuenta al aplicar las medidas profilácticas.

GARCÍA MOYA, en Zaragoza, de setenta y nueve casos clínicos de tos ferina, aisla Bordetella pertussis en treinta y ocho y Bordetella parapertussis en tres de ellos.

Por lo que respecta a la Bordetella bronquiséptica, según LACEY constituye el 0'1 por ciento de los casos de tos ferina en Londres.

Dejando aparte algunas excepciones, se puede llegar a la conclusión, según LAUTROP, de que el 95 por ciento de casos de tos ferina son causados por la Bordetella pertussis, el 5 por ciento por la Bordetella parapertussis y el 0'1 por ciento por la Bordetella bronquiséptica.

CARACTERES DIFERENCIALES ENTRE BORDETELLA PERTUSSIS, BORDETELLA PARAPERTUSSIS Y BORDETELLA BRONQUISÉPTICA

	Bord. pertussis	Bord. parapertussis	Bord. bronquiséptica
Morfología en el medio de Borded-Gengou ...	cocoide	bacilar	cocoide
Movilidad	−	−	+
Cápsula	+	−	−
Crecimiento en agar común	−	+	+
Reducción de KNO_3	−	−	+
Producción pigmento en agar con 0'1 % de tirosina	−	+	−
Desdoblamiento urea	−	+	+
Oxidasa	+	−	+
Catalasa	+ o −	+	+
Aglutinación. Suero antipertussis	+ +	+ −	−
Aglutinación. Suero antiparapertussis	+ −	+ +	−

A pesar de las múltiples investigaciones que se llevaron a cabo desde el principio de la era bacteriológica, el descubrimiento del agente causal de la tos ferina se hizo esperar.

Como dice el mismo BORDET: «el aislamiento del bacilo de la tos ferina se obtiene con dificultad, aun sobre los medios de cultivo más favorables. Por una parte, muchos de los gérmenes abortan y el número de colonias que se desarrollan es pequeño en comparación al de gérmenes presentes en el moco sembrado. Por otra, dada la lentitud de crecimiento de este germen, el éxito del cultivo depende, en gran proporción, de la flora de acompañamiento, que, por ser de desarrollo más rápido, se apropia de la superficie nutritiva del medio. Hoy en día, este problema puede ser resuelto, hasta cierto punto, mediante la adición al medio de cultivo de penicilina u otras substancias, que inhiben el crecimiento de dicha flora de acompañamiento.

El *diagnóstico precoz* de la tos ferina tiene un gran interés desde el punto de vista epidemiológico, puesto que los síntomas son poco demostrativos al principio de la enfermedad, siendo entonces, sin embargo, cuando el enfermo resulta más contagioso.

En la práctica corriente, el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina es poco empleado, ya que se trata de una técnica muy delicada y minuciosa.

Nuestro anterior trabajo, realizado sobre el microcultivo en porta para el diagnóstico bacteriológico rápido de la difteria, fue la base para intentar lo mismo en la enfermedad producida por el germen que descubrieron los belgas BORDET y GENGOU.

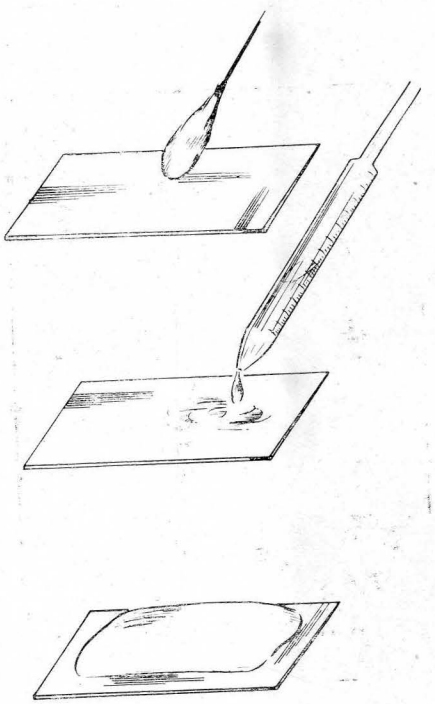


FIGURA 1.—TÉCNICA DEL FROTIS: SIEMBRA CON UN HISOPO; COLOCACIÓN DEL MEDIO DE CULTIVO CON UNA PIPETA Y ASPECTO DEL PORTA CON EL MEDIO COLOCADO.

TÉCNICA DEL MICROCULTIVO

Para el aislamiento de la Bordetella pertussis es importante el medio de cultivo, como también lo es el método seguido para obtener el producto con el cual se ha de efectuar la siembra.

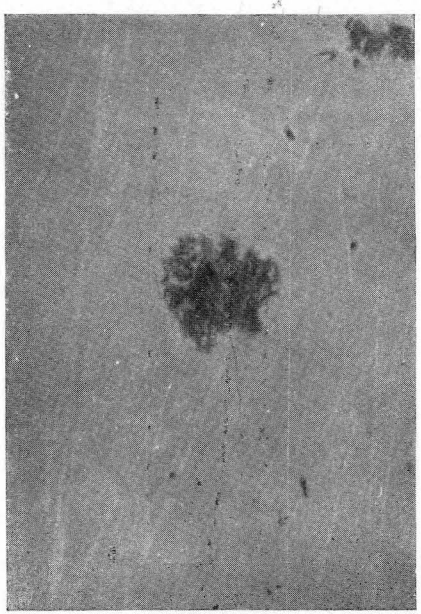
MEDIO DE CULTIVO

Hemos empleado en nuestras experiencias el medio de BORDET-GENGOU, agar base deshidratado, de la casa Difco, al que añadimos glicerina al 1 por ciento. Lo intubamos, a razón de 15 c. c. por tubo, esterilizándolo a continuación a 120°, durante veinte minutos. Al abrigo de la desecación, puede ser utilizado durante mucho tiempo.

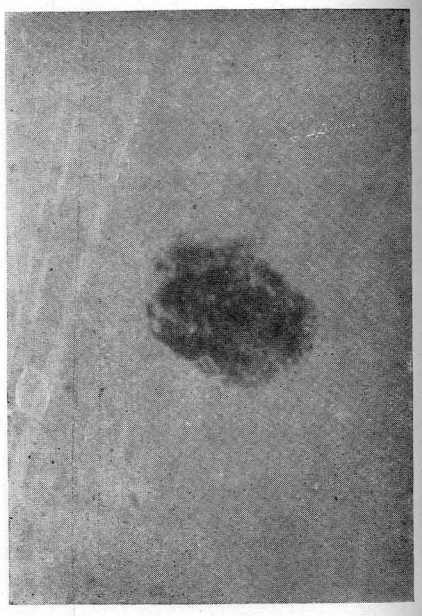
En el momento de su uso, lo fundimos y, cuando alcanza la temperatura de 50°, le añadimos 2'5 c. c. de sangre de conejo hemolizada. Esta la preparamos de la siguiente manera: mezclamos 5 c. c. de sangre de conejo desfibrinada con 5 c. c. de agua destilada estéril, dejándolo uno o dos días en la nevera.

Obtención de la muestra para la siembra

Bradford y Slavin obtienen el producto para la siembra pasando un trozo de algodón estéril, montado sobre un hilo metálico, a través de la fosa nasal, hasta llegar a la pared posterior de la faringe.



Fotografía n.° 1. — Microcolonia de Eordetella pertussis de 8 horas (x 1.200).



Fotografía n.° 2. — Microcolonia de Bordetella pertussis de 10 horas (x 1.200)

Cruickshank introduce por la boca un hisopo acodado, rígido, a fin de hacer una extracción de moco por detrás de la úvula.

F. Herzog y M. Gaiffe emplean la técnica de la aspiración de moco nasofaríngeo, introduciendo por la fosa nasal del niño una sonda de goma, hasta que llega a la pared posterior de la faringe. Practican la aspiración por medio de una jeringa que se adapta a la sonda.

Spasojevic realiza la obtención con un hisopo, a nivel de la rinofaringe. Este sistema, según el autor, es superior a la técnica de la siembra por la tos, que es el método clásico, introducido en la práctica por Mauritzen y puesto a punto por Chievitz y Meyer.

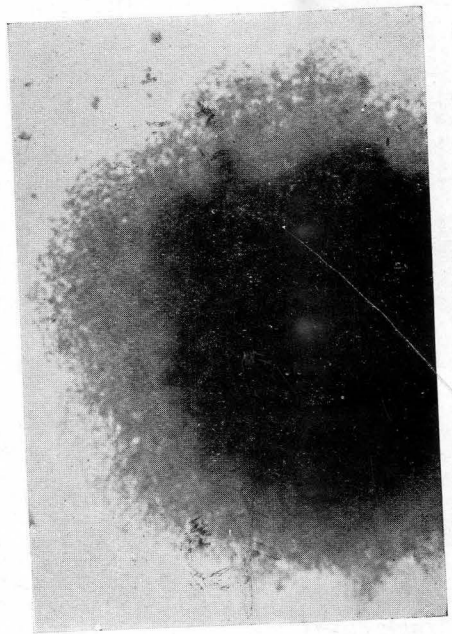
Nosotros utilizamos un hisopo recto, estéril, que frotamos enérgicamente sobre la pared posterior de la faringe, obteniendo, de este modo, suficiente cantidad de moco para practicar el microcultivo.

Una vez hecha la toma del producto, se practican con el hisopo dos o tres frotis, en otros tantos portas estériles, que son colocados en cápsulas de Petri. Estos frotis, de una extensión de 2 cm. de largo por 1 cm. de ancho, se hacen en la parte central de los portas.

Hecho el frotis, al cabo de un minuto o dos, colocamos el medio de cultivo preparado de antemano, que debe estar a 50°. Por medio de una pipeta de 2 c. c., estéril, lo vamos echando sobre el frotis en cuestión, procurando que éste quede bien cubierto. Una vez solidificado el agar, se coloca la cápsula de Petri en la estufa a 37°.



Fotografía n.° 3. — Microcolonia de Bordetella pertussis de 16 horas (x 1.200).



Fotografía n.° 4. — Microcolonia de Bordetella pertussis de 24 horas (x 1.200).

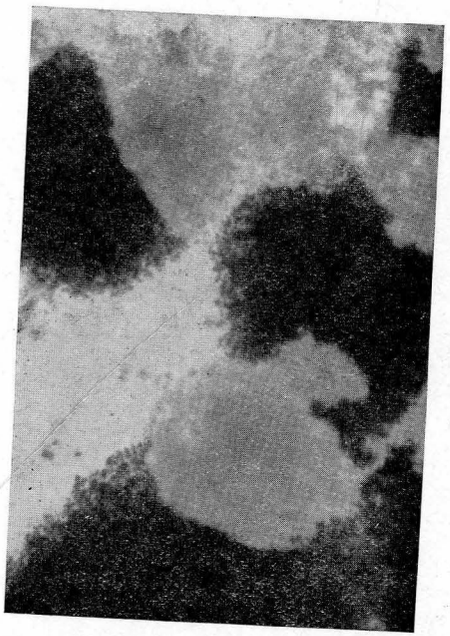
A las ocho horas, eliminamos el agar, sin que se nos destruyan las microcolonias que se han formado en dicho lapso de tiempo. El procedimiento a seguir es el siguiente: Se pone agua, que puede ser destilada o del grifo, en un bote de aluminio. La cantidad de agua ha de ser suficiente para que su nivel cubra al porta en un centímetro. Se pone a hervir el agua y, en el momento en que ha alcanzado el punto de ebullición, se introduce el porta en el bote, con el medio de cultivo hacia arriba, a fin de que el agar se funda y vaya desprendiéndose. Las microcolonias, a medida que el agar se funde, quedan fijadas por el calor sobre el porta. El tiempo de ebullición ha de ser de unos tres minutos.

Seguidamente, lavamos la preparación con el chorro del grifo, desprendiendo el medio de cultivo que pueda haber quedado adherido, para que aquélla nos quede lo más limpia posible.

A continuación, se realiza el Gram, como si se tratara de una preparación corriente, y, una vez seca, se observa al microscopio con el objetivo de inmersión.

Resultados

En un principio, y debido al lento crecimiento de la Bordetella pertussis, creíamos que la investigación de las microcolonias debería hacerse, como mínimo, a las veinticuatro horas de la siembra. Posteriormente, hemos llegado a la conclusión de que *el mejor momento para el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina, utilizando el procedimiento del microcultivo en porta, es a las ocho horas.* Incluso a las seis horas pueden ya verse microcolonias, pero éstas aparecen mucho más demostrativas a las ocho horas. A partir de este plazo la flora de acompañamiento (cocos y diplococos Gram positivos, sobre todo) invaden la preparación e incluso aparece, como puede verse en la microfotografía que adjuntamos, que crecen encima de las microcolonias del germen de Bordet-Gengou. Tanto es así que un microcultivo rico, a las ocho horas, en microcolonias de Bordetella pertussis, llega, en ocasiones, a parecer negativo a las quince o veinticuatro horas.



Fotografía n.º 5. — Microcolonias de Bordetella pertussis invadidas por microcolonias de cocos Gram positivos. Cultivo de 24 horas (x 1.200).

Las microcolonias de Bordetella pertussis se tiñen con dificultad, particularmente a las ocho o diez horas, presentando un aspecto borroso, como si estuvieran desenfocadas. Los elementos que se observan en la periferia, de forma coco-bacilar, muestran coloración bipolar (imagen en navecilla), siendo uniformes en cuanto al tamaño. Por el contrario, se da polimorfismo en los elementos constituyentes de las microcolonias del bacilo Pfeiffer, en cuya periferia se ven, con mucha frecuencia, formas filamentosas.

Hemos practicado el microcultivo colocando, en uno de los extremos del medio, un disco que contenía una unidad de penicilina. Si bien con este proceder se consigue inhibir la flora de acompañamiento en dicha zona, en cambio las microcolonias de Bordetella pertussis observadas no tienen un aspecto tan característico.

También hemos efectuado microcultivos con cepas de Bordetella pertussis aisladas previamente. Se puede operar de esta forma: Se coloca un asa de platino de cultivo de Bordetella pertussis en 10 c. c. de solución salina. Se toma una gota y se pasa a otro tubo que contenga 10 c. c. de solución salina. Finalmente, una gota de este segundo tubo se añade a 1 c. c. de suero normal de caballo. Introducimos un hisopo en el suero y, a partir de este momento, actuamos como si este hisopo procediera de un enfermo.

Hemos observado que, en estos microcultivos artificiales, el crecimiento es más lento que cuando se trata de Bordetella pertussis procedente de enfermos.

Sería interesante, como dicen Herzog y Gaiffe, saber el papel que pueda jugar el moco en el desarrollo del Haemofilus pertussis. Se trata del moco que nosotros obtenemos en el momento de hacer la toma y que sirve para adherir los gérmenes al porta, antes de colocar el medio de cultivo.

Según Bordet, cuando se practica la técnica de Chievitz y Meyer, es decir, la siembra directa de las gotas proyectadas por la tos, pueden ya observarse las colonias a los dos días de estufa. Esto se debería a que los gérmenes son depositados sobre el medio de cultivo sin ser desprovistos de la traza de moco, la cual les sirve de vehículo y, según el autor, encierra substancias propicias para su multiplicación.

En cuanto al cultivo en placa de Petri, las colonias empiezan a hacerse visibles a las treinta y seis o cuarenta y ocho horas, siendo pequeñas (de un milímetro de diámetro), algo salientes y con ligero aspecto blanquecino.

Por el contrario, las colonias de Haemofilus influenzae aparecen ya a las veinticuatro horas.

F. Herzog y M. Gaiffe someten la sangre del medio de cultivo a la acción de los rayos X, lo cual permite un desarrollo particularmente intenso y rápido del Bordetella pertussis (abundantes colonias a las veinticuatro horas de verificada la siembra). Estos autores se preguntan si el mayor desarrollo de las colonias puede ser debido a la destrucción del poder bactericida de la sangre, destrucción ocasionada por el empleo de los rayos X.

Mamaeva y Kroutkowa proponen un medio a base de agar, hidrolizado de caseína y extracto de levaduras con el 0'3 por ciento de carbón, que, según estos autores, puede reemplazar a los medios a base de sangre, para el aislamiento del agente causal de la tos ferina.

Brumfitt obtiene cultivos de Bordetella pertussis usando el medio de Cohen y Wheeler, con agar y carbón.

Nosotros hemos intentado el microcultivo en porta, empleando el medio de Bordet-Gengou, con sustitución de la sangre hemolizada por el carbón, no habiendo obtenido resultados satisfactorios.

Hemos aplicado el procedimiento del microcultivo para el diagnóstico bacteriológico rápido de la tos ferina en sesenta y dos casos. Se han obtenido resultados favorables en cincuenta y ocho, lo cual representa un 93'5 por ciento de resultados positivos. La mayoría de los casos fueron vistos en el período catarral. Los enfermos procedían de las clínicas universitarias de Barcelona y Zaragoza.

Conclusiones

1.ª El microcultivo en porta nos parece un buen método para el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina, por su rapidez (ocho horas) y su sencillez.

2.ª La sustancia capsular se forma intensamente en las primeras horas de desarrollo de la Bordetella pertussis. Esto quizá explique la dificultad de tinción y el aspecto borroso, como desenfocado, que presentan las microcolonias. Precisamente este aspecto constituye, para nosotros, uno de los elementos de identificación.

3.ª Conviene verificar la siembra lo más rápidamente que sea posible, si bien hemos obtenido buenos resultados a las tres horas de efectuada la toma en el enfermo.

4.ª Los resultados son más demostrativos si los enfermos no han sido tratados. No obstante, hemos obtenido pruebas positivas en niños que habían tomado dos dosis de estreptomicina.

5.ª Hemos obtenido el 93'5 por ciento de resultados positivos con el microcultivo y sólo el 55 por ciento con el método de la placa, cuyo medio, por ser el mismo que utilizamos en el microcultivo, lleva una concentración de sangre (8'33 por ciento) inferior a la empleada por otros autores.

6.ª Ninguno de los gérmenes aislados en placa lo identificamos con la Bordetella pertussis ni con la Bordetella parapertussis.

RESUMEN

El autor describe una nueva técnica, para el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina, en ocho horas, mediante el empleo del microcultivo sobre portaobjetos, obteniendo el 93'5 por ciento de resultados positivos.

RESUME

L'auteur fait la description d'une nouvelle technique bacteriologique de la coqueluche, en 8 heures, moyennant l'emploi du microculture sur lame. Il a obtenu le 93'5 % de resultats positifs.

SUMMARY

The author describes a new technique for bactereological diagnostic of whooping-cough, within eight hours by employing microcultive over slide, obtainig the 93'5 % of positives results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor beschreibt eine neue Technik für die Baktereologische Diagnostik des Keuchhustens innerhalb von acht Stunden mittels Anwendung von Mikro-Anbanung auf dem Objektiv-Träger, wobei er 93'5 % positive Erfolge erzielt.

BIBLIOGRAFÍA

BRADFORD, W. L., y SLAVIN, B.—*Amer. J. Publ. Hlth.*, 27: 1.277, 1937.
BRADFORD, W. L., y SLAVIN, B.—*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 43: 590, 1940.
BROWN, J. H.—*Bull. Johns. Hopk. Hosp.*, 38: 147, 1926.
BRUMFITT, W.—*J. Path. Bact.*, 77: 95, 1959.
CHIEVITZ, I., y MEYER, A. H.—*Ann. Inst. Pasteur*, 30: 503, 1916.
COHEN, S. M., y WHEELER, M. W.—*Amer. J. Publ. Hetch.*, 36: 371, 1946.
CRUICKSHANK, R., y ABERD, M. D.—*Lancet*, 1: 176, 1944.
ELDERING, G., y KENDRICK, P.—*J. Bact.*, 33: 71, 1937.
ELDERING, G., y KENDRICK, P.—*J. Bact.*, 35: 561, 1938.
GARCÍA MOYA, J.—*Arch. Fac. Med. Zaragoza*, 9: 3, 1961.
GONZÁLEZ FUSTÉ, F.—*Arch. Pediatría*, 19: 45, 1953.
GONZÁLEZ FUSTÉ, F.—*Revist. Sanid. Hig. Publ.*, 9-10: 669, 1954.
HERZOG, F., y GAIFFE, M.—*Rev. d'Immun. Ther. ant. mic.*, julio, sept., 1958.
HORNIBROOK, J. W.—*Publ. Heteh. Rep. Wash.*, 54: 1.847, 1939.
LAUTROP, H.—*Acta Path. Microbiol. Scand.*, 43: 255, 1958.
LAUTROP, H., y LACEY, B. W.—*Bull. O. M. S.*, 23: 15, 1960.
MAMAEVA, E. A., y KROUTKOVA, A. S.—*J. Mikrobiol. Epidemiol. Inmunobiol.*, 12: 27, 1956.
NEIMARK, F. M.; LUGOVAYA, L. V., y BELOVA, N. D.—*J. Mikrobiol. Epidemiol. Inmunobiol*, 8: 49, 1961.
SOARE, I.; COLAESCO, M., y TEODORESCO.—*Arch. Roum. Path. Exp. Microbiol.*, 18: 261, 1959.

Dirección: San Juan de la Cruz, 3, 3.º izqda. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963

RESULTADOS LEJANOS DE LOS INJERTOS CON HUESOS DE BANCO

POR EL

DR. MAURICIO RIOSALIDO

CIRUJANO ORTOPÉDICO

MADRID

Nos cabe el honor de haber sido uno de los primeros cirujanos en España que utilizaron sistemáticamente el hueso de Banco en operaciones ortopédicas, cuando este material pudo en nuestro país ponerse a la disposición de los especialistas.

Y si desde el primer momento nuestra impresión personal fue la de haber hallado un sistema con muchas más ventajas que inconvenientes, nos hemos abstenido de manifestar, más o menos públicamente, nuestra opinión sobre tales injertos hasta hace poco más de tres años, en que comunicamos unos resultados del empleo de hueso de Banco, con una utilización especial, a la Academia de Cirugía de Madrid.

Después de más de nueve años de su empleo por nosotros en las más variadas necesidades y con las más diversas técnicas, creemos llegado el momento de romper el silencio y de exponer los resultados obtenidos, sus ventajas y sus inconvenientes.

Es, pues, éste nuestro primer trabajo escrito sobre el tema, al que añadiremos, al final, parte de la labor desarrollada en la Academia de Cirugía sobre una faceta del mismo asunto.

Antes de la creación del Banco de Huesos habíamos realizado ya algunas intervenciones gracias a las facilidades otorgadas; pero no podemos contar con estos casos más que a efectos de estadística, pues el uso masivo fácil e incesante de estos injertos se ha realizado a partir de la creación y puesta en marcha del Banco de Huesos y de la facilidad de conseguir el material necesario para las distintas intervenciones.

Nunca agradeceremos bastante a su Director y a sus colaboradores las facilidades que nos han dado a través de todos estos años, entregándonos medidas, clases y formas, que aburrirían a cualquiera, y no admirándose jamás de nuestras, a veces, raras exigencias.

Creemos que este trabajo puede servir, además de como divulgador de unas técnicas o unos métodos, de la facilidad que hoy tienen todos los cirujanos ortopé-

dicos de España de conseguir y de recibir en perfectas condiciones injertos óseos de Banco para sus necesidades, con todas las garantías de conservación, esterilización y vitalidad mínimas e imprescindibles.

Durante una gran parte de nuestra vida quirúrgica hemos estado sacando los injertos óseos del propio paciente, realizando una intervención previa para su obtención, bien de tibia —cuando precisábamos un injerto compacto—, bien de trocánter femoral para las artrodesis de cadera, bien de ala ilíaca cuando se necesitaba un hueso esponjoso para el relleno de cavidades.

Y todas estas intervenciones previas, si bien regladas, con buen instrumental y buenos ayudantes, no ofrecían más dificultad que un tiempo y un trabajo mayor para nosotros, no es menos cierto que eran un traumatismo para el paciente y una fuente de complicaciones para el postoperatorio. Más de una vez hemos tenido que trepanar tibias de las que se sacó un injerto óseo, que se inflamaron, se formaron vacuolas a la regeneración y aparecieron osteoperiostitis que nos dieron mucho quehacer. Pero como entonces no era fácil obtener los injertos más que así, lo admitíamos como un mal menor y lo aceptábamos lo mismo que seguimos aceptando los vendajes enyesados mientras no estén a nuestro alcance las resinas sintéticas de soldadura ósea que los puedan sustituir.

Por ello, si en alguna de las intervenciones, como las de la cadera, no hay un gran inconveniente en obtener el trasplante alargando un poco más la incisión, en otras operaciones ortopédicas, en las artrodesis de hombro, de muñeca, en las intervertebrales, en las operaciones en miembros paralíticos, sí constituía una rémora la obtención del injerto óseo necesario.

Este es el hueco que ha venido a llenar el injerto óseo de Banco. Si para su obtención e implantación no es necesario hacer una nueva incisión al enfermo «en otro lugar de su cuerpo», utilícese en buena hora su propio hueso. Si es preciso hacerlo, piénsese antes la conveniencia o no, y en la duda, utilícese el injerto óseo de Banco, dispuesto, preparado, fácil de adquirir, de tallar y de usar, aunque, desgraciadamente, aún algo costoso.

El envase «standard» actual del Banco de Huesos se aprende a manejar rápidamente. En síntesis, y para los que aún no lo conozcan, se basa en dos tubos cilíndricos de vidrio, uno dentro del otro, y rodeados de un envase de cartón, cilíndrico también, reforzado, con tapa roscada. Los tubos de vidrio están esterilizados, aunque el exterior pierde esta característica durante su manipulación, y queda únicamente estéril su cara interna y el tubo interior que contiene el hueso. Ambos tubos están tapados con unos tapones de caucho canulados, que no pueden desprenderse accidentalmente. El personal sin esterilizar abre el envase de cartón y saca el primer tubo de vidrio, destapándolo. El personal esterilizado recoge en sus manos el tubo interior con el injerto óseo y puede manipular con él cuanto convenga. Rápidamente se acostumbran todos los ayudantes a esta manipulación.

Hoy por hoy se sigue para el conservado el método de la congelación. Sabemos que los métodos de liofilización han de llegar necesariamente por ser más eficaces y menos engorrosos, y es de desear que esto suceda pronto.

Hemos dicho que el personal se acostumbra en seguida a manejar los envases. Quizá se tarde algo más y requiera más experiencia lo que nosotros podíamos llamar el punto de descongelación.

El producto, que se conserva a 20 grados bajo cero en las cámaras frigoríficas del Banco, si se entrega y llega al quirófano en un plazo corto de una hora, no necesita más envase que el descrito. Si se va a realizar un traslado mayor, fuera

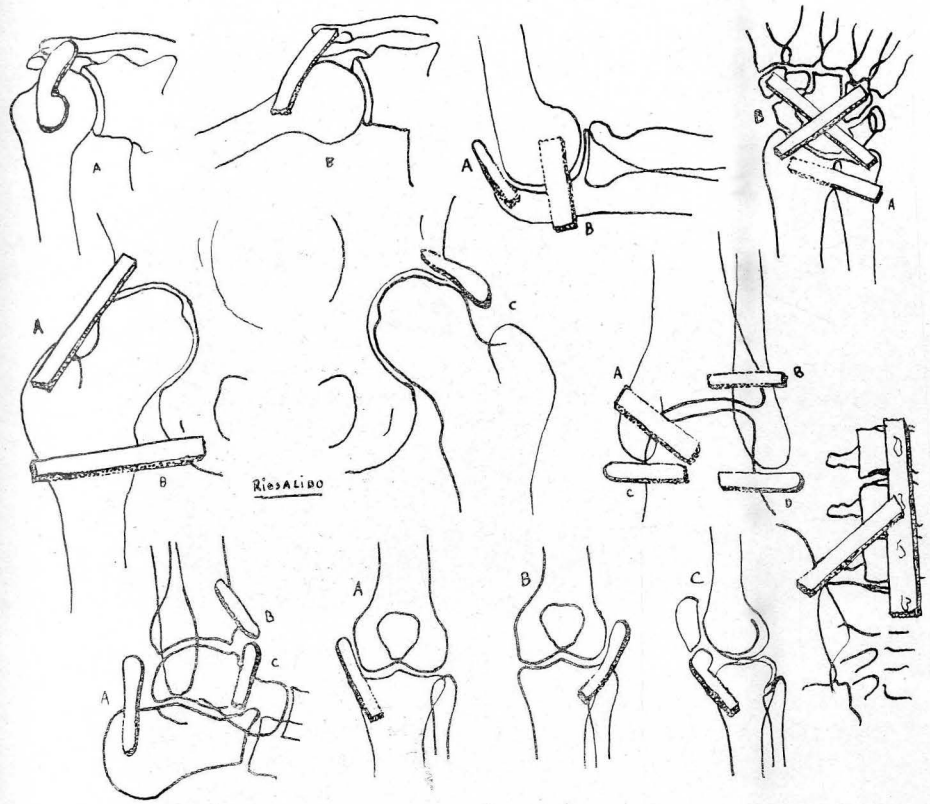


FIGURA 1

HOMBRO.—A: INJERTOS DE TOPE PARA LUXACIÓN HABITUAL.
B: ARTRODESIS ACROMIO-HUMERAL.

CODO.—A: INJERTO DE TOPE EN CODO «BALLANTY».
B: ARTRODESIA TRANSOLECRANEANA.

MUÑECA.—A: INJERTO DE TOPE LIMITADOR PRONACIÓN-SUPINACIÓN.
B: ARTRODESIS MUÑECA CON INJERTOS EN ASPA.

CADERA.—A: ARTRODESIS ILEO-TROCANTÉREA.
B: ARTRODESIS ISQUIOFEMORAL A LO BRITTAIN.
C: NEOTECHO FRENADOR.

TOBILLO FRONTAL.—A: ARTRODESIS TIBIO-ASTRAGALINA.
B: ARTRODESIS TIBIO-PERONEA INFERIOR.
C: INJERTO DE TOPE PARA VARUS.
D: INJERTO DE TOPE PARA VALGUS.

TOBILLO LATERAL.—A: INJERTO DE TOPE PARA EQUINISMO.
B, C: INJERTOS DE TOPE PARA TALUS CON IMPLANTACIÓN DISTINTA SEGÚN EL GRADO.

RODILLA.—A: INJERTO DE TOPE PARA VARUS.
B: INJERTO DE TOPE PARA VALGUS.
C: INJERTO DE TOPE PARA RECURVATUM.

COLUMNA VERTEBRAL.—ARTRODESIS MIXTA INTERVERTEBRAL-ILEOVERTEBRAL.

de la ciudad, se incluye en un nuevo envase especial frigorífico metálico, que prolonga su temperatura fría por doce o veinticuatro horas más.

En cualquiera de ambos casos, el hueso no puede utilizarse frío, pues es difícilmente manejable, se quiebra como el cristal y la talla y forma es casi imposible dársela con instrumental adecuado en estas condiciones. Es, pues, necesario descongelarlo, manteniendo el envase de cartón sin abrir a una temperatura adecuada, durante un tiempo determinado.

Es aquí donde la experiencia puede hacer más que todas las instrucciones dadas por el Banco y que todo lo que nosotros pudiéramos decir. El color que toma el hueso, su exudación en el tubo interior, el aspecto de panal de la esponjosa, es lo que nos dirá cuándo está el hueso en el grado de descongelación necesario para ser tallado, manejado y utilizado, sin que se rompa, sin que se deforme y sin que pierda sus cualidades.

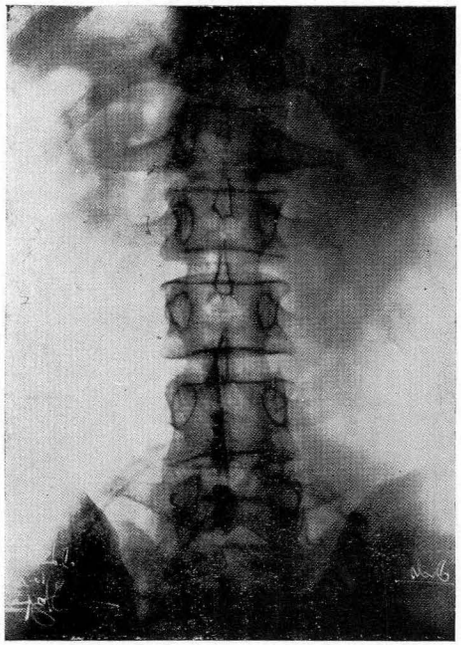


FIGURA 2.—INJERTO DOBLE EN ARCO PARA ARTRODESIS MIXTA. COMPROBACIÓN A LOS 42 MESES DE LA FECHA DE LA INTERVENCIÓN.

Hemos dicho antes que quizá uno de los inconvenientes, por ahora, del uso de hueso de Banco era su precio. Ha sido caro desde la creación del Banco, sigue siéndolo y recientemente lo es aún más, a causa de las circunstancias monetarias que han forzado a una elevación.

No nos atrevemos casi, desde aquí, a pedirle al Banco de Huesos que rebaje sus precios, porque su respuesta sería seguramente la prueba que nos demostraría lo costoso de la obtención y de las instalaciones, y que sólo en gran escala y con «mucha venta» podría reducirse el costo de este ya imprescindible material.

La razón que antecede nos ha obligado algunas veces a realizar en una misma sesión dos, tres o cuatro intervenciones utilizando una sola remesa de hueso. Para ello, nuestro ayudante, y previo el estudio, con nosotros, de las necesidades, forma y tamaño del injerto correspondiente, procederá previamente, y perfectamente esterilizado, a cortar y tallar de un modo grosero la pieza madre en los trozos necesarios en cuanto a su forma, tamaño y clase aproximados, que incluirá en sendos tubos de vidrio esterilizados, numerándolos y volviéndolos a poner a la temperatura necesaria hasta su utilización.

De este modo se procede a dos o tres intervenciones seguidas, con un mejor aprovechamiento del material y, por ende, una mayor economía.

Una ficha de control, que figura en el envase, es rellenada por el cirujano con todos los datos necesarios y devuelta al Banco junto con los tubos vacíos.

Los resultados inmediatos han sido siempre excelentes. En todos los casos tallamos el hueso como deseábamos; su forma y clase fue a nuestro capricho, pues podíamos permitirnos el lujo de desechar zonas que no nos interesasen. Fue colocado a nuestro gusto, sobre, adosado o incluído en la mortaja hecha para él. Puesto a presión, sujeto con espículas del propio hueso, empotrado en túneles, en una palabra, conseguimos de él sólo el fin que nos proponíamos, y siempre quedamos satisfechos.

Los resultados a la larga son los que había que confirmar. ¿Prende el injerto como los de hueso autógeno? ¿Mantiene su acción de tope? ¿Activa la regeneración de osteoblastos? ¿Se consolida con el resto del hueso receptor? ¿Se reabsorbe pronto o tarde? ¿Cuál es la evolución y qué le espera al injerto a través del tiempo? Si es sólo esponjoso, ¿acaba por rellenar la cavidad o se reabsorbe más deprisa?

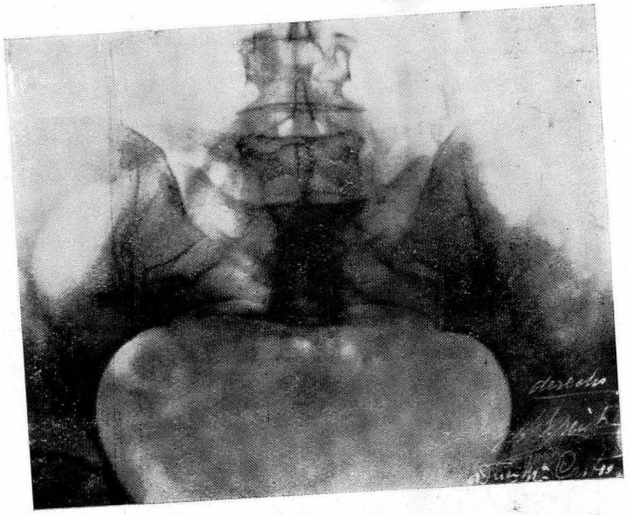


FIGURA 3.—INJERTO SENCILLO PARA ARTRODESIS MIXTA. A LOS 6 AÑOS DE LA OPERACIÓN.

Quizá podríamos hacernos muchas más preguntas. De todas sabemos hoy, al cabo de varios años de uso, la respuesta.

Es indudable que las características de un injerto autógeno no pueden ser sustituídas por un heteroinjerto. Tampoco puede prender el injerto de hueso de ternera o de otro animal como el propio hueso del enfermo e incluso como un homoinjerto.

Este problema, caballo de batalla de los injertos óseos desde hace mucho tiempo, creemos que puede ser solucionado cuando las leyes permitan la obtención de hueso de cadáveres frescos tal como la obtención de córneas, arterias, etcétera, se permite en determinados países.

Es indudable que el injerto de hueso de Banco prende bien, resulta bien tolerado por el hueso del paciente y favorece el proceso de osificación. Según nuestra personal experiencia, los injertos adosados, los de fijación en masa y los intramedulares prenden muy rápidamente. Son más lentos los injertos de acción de tope y los injertos de fijación en arco. Es decir: que será mucho más rápida su incorporación al tejido neoformado por parte del huésped cuanto más íntimo sea el contacto de ambos y cuanto mayor sea la superficie de contacto.

El hematoma que se forma en el lecho del injerto, la organización de la fibrina, la formación de un tejido osteoide, primero, y luego óseo, siguen en todos los casos esa pauta inmutable. La rapidez de la evolución es lo que hay que considerar en los injertos heterólogos del Banco de Huesos. Y ese ritmo de evolución es perfectamente aprovechable sin que se prolonguen los períodos de inmovilización.

Tampoco es menos indudable que en los injertos de tope esta buscada acción se mantiene. El injerto arraiga en el punto de incrustación y queda como un «diente de tope» en el punto elegido. Si la reabsorción fuera excesivamente rá-

pida, esta acción de tope desaparecería con el tiempo. Pero el hueso se engloba en el tejido neoformado circundante, y su extremo libre persiste sin modificarse tras innúmeras comprobaciones escalonadas, persistiendo su acción de tope para la que fue implantado.

Los estudios biológicos, que en gran número y con gran cantidad de datos experimentales se han realizado en todo el mundo, y que todo el que lea conocerá, nos excluyen de exponer aquí tales hechos. Haremos, sin embargo, un resumen para poder contestar a las preguntas que seguían en nuestro cuestionario de interrogantes.

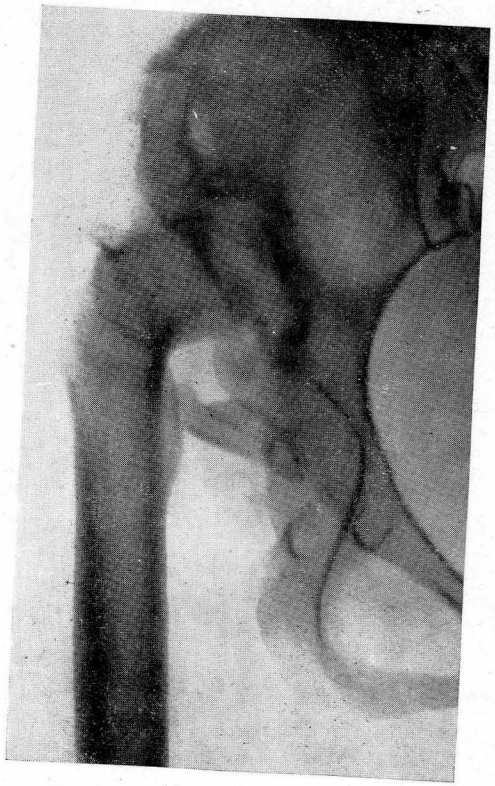


FIGURA 4.—INJERTO A LO BRITTAIN. A LOS 8 AÑOS Y 3 MESES DE LA INTERVENCIÓN.

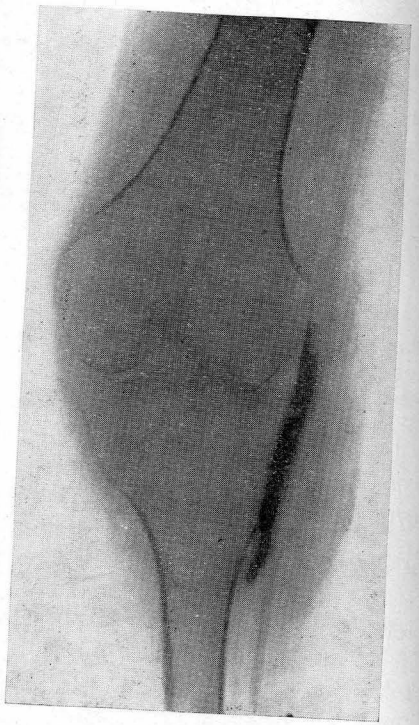


FIGURA 5.—INJERTO DE TOPE PARA GENUVALGUM PARALÍTICO. A LOS 5 AÑOS Y 4 MESES.

Todo injerto aislado de sus vasos está destinado a una muerte cierta; pero colocado en el huésped ha de cederle a éste sus sales de calcio, y estas sales son las que primeramente serán utilizadas para la osificación. Si el injerto está bien fijo al huésped (la propia fibrina lo fija, aunque de un modo muy débil), los vasos del tejido óseo vivo irán penetrando en los canales de Havers. Y alrededor del injerto implantado comenzará la formación de tejido osteoide. Las células óseas muertas comienzan a ser sustituídas por células óseas vivas, y mientras tanto aún tarda en llegar, hacia más del segundo mes de la implantación, el proceso de recalcificación. Más tarde aún asistiremos al insoslayable hecho de que el tejido trasplantado tome parte en los cambios del tejido huésped. Pero sólo la larga observación de más de tres años nos podrá enseñar que el injerto ha adquirido las características morfológicas del lugar sobre el que ha sido implantado.

He aquí, resumido casi telegráficamente, y como en recuerdo, todo el complicado proceso del injerto óseo.

El hueso homólogo de Banco sigue paso a paso tales estadíos. El hueso heterólogo se comporta de manera algo diferente y que todavía, en sus estadíos finales, está por resolver.

Todo injerto guía la actividad osteogénica, esto es indudable, y tal actividad es inducida por el injerto implantado. Lo que únicamente diferencia unos injertos de otros es la rapidez de tal inducción y, pudiéramos decir, también que la fuerza y la preponderancia de esa «dirección escénica» de los osteoblastos.

El injerto homólogo de Banco tiene una rapidez de acción más que suficiente para nuestros fines. El heterólogo queda por debajo de él.

Ya hemos dicho antes que la total evolución del injerto heterólogo de Banco quedaba aún un poco en la penumbra. Según nuestras observaciones, practicadas a más de nueve años fecha, parece ser que el injerto queda englobado en el hueso receptor rodeado por nuevas formaciones óseas que se han producido a la excitación que la presencia del injerto produjo en la región de implantación.

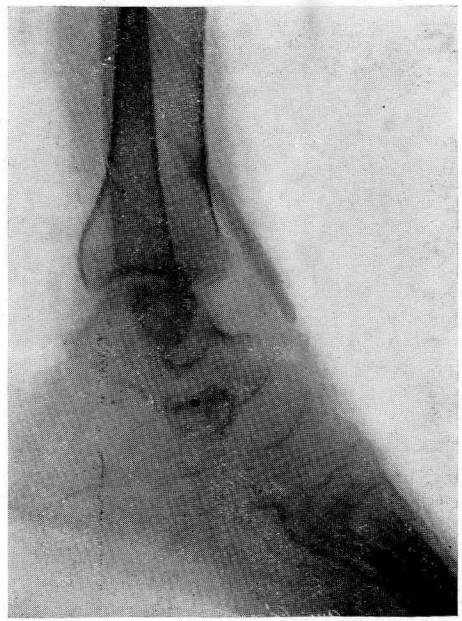


FIGURA 6.—INJERTO DE TOPE PARA PIE TALUS. A LOS 7 AÑOS Y MEDIO DE LA OPERACIÓN.

Sobre todo en los injertos en masa es dable observar el trasplante pasado mucho tiempo sin signos de reabsorción. No sucede así en los injertos en arco. Estos, en las zonas que no permanecen en íntimo contacto con el hueso huésped, comienzan al cabo de uno y medio a dos años a presentar zonas lacunares como si se convirtiesen en un tejido osteoide vacuolado, y redondeándose sus aristas van cambiando de forma, aunque no los hemos visto reabsorberse del todo en ninguna ocasión.

Es cierto que la función para la que fueron implantados ya se cumplió y que aunque desaparezcan no se habrá fracasado en la indicación terapéutica, pero no es menos cierto que en esta clase de injertos en arco de hueso heterólogo, éste, al final, no es más que un cuerpo extraño.

No sucede, sin embargo, lo propio con los injertos en tope, y creemos que quizá sea porque la inundación por vasos del huésped sobre una gran masa del injerto hace que su extremo libre no se deforme ni se reabsorba. Nos hace pensar en compararlo, algo groseramente, con una pequeña rama de un árbol bien arrai-

gado en tierra. Poco necesita la tal rama para no ser destruída, ya que las poderosas raíces del tronco mantienen con desahogo su lenta evolución.

En las artrodesis articulares la acción y evolución del injerto de Banco es más que suficiente para llenar las necesidades de la práctica ortopédica. La evolución o incluso la reabsorción que pudiera producirse con plazos de cerca de diez años, han servido, mientras tanto, para la consecución del fin propuesto: la anquilosis articular. El injerto existe aún como parte viva si es homólogo, como cuerpo extraño si es heterólogo; pero aunque no existiese, su misión estaba ya cumplida desde largo tiempo atrás.

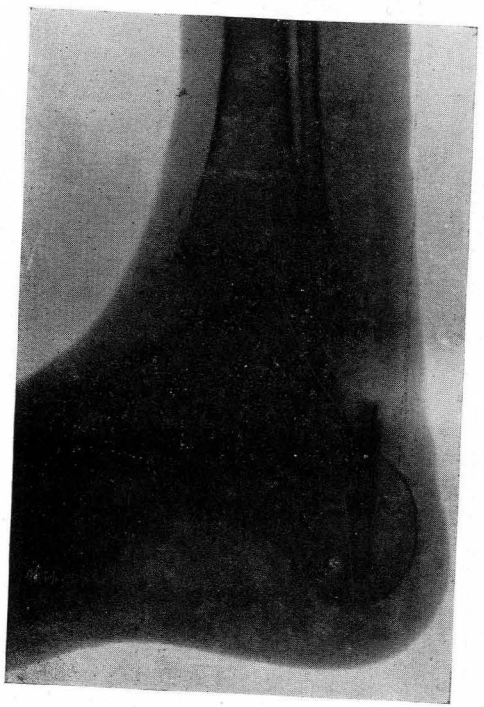


FIGURA 7.—INJERTO DE TOPE PARA PIE EQUINO PARALÍTCO. A LOS 4 AÑOR Y 3 MESES.

Los injertos esponjosos que hemos venido utilizando para el relleno de cavidades se han comportado en este aspecto de diferente manera a los del tipo compacto. Bien es verdad que la misión del hueso esponjoso es bien otra y que, por tanto, no es posible hacer comparaciones entre ellos. Sin embargo, nuestra experiencia nos ha hecho ver que quizá sean mucho más útiles, rápidos y eficaces los rellenos de cavidades con hueso esponjoso de Banco que las artrodesis y artrolisis con el injerto compacto del mismo origen.

Casi siempre hemos utilizado el esponjoso sin cortical alguna, y la rapidez de la osteogénesis en la cavidad objeto del relleno ha sido verdaderamente espectacular. Los cubos esponjosos han persistido años y años en las imágenes radiográficas sucesivas de comprobación con una apariencia cada vez más «ósea», hasta que los huecos, las cavidades, los quistes se han ido obturando y cambiándose morfológicamente en hueso de apariencia normal. No hemos visto reabsorción. ¿Por la ausencia de cortical? Más bien, quizá, porque el armazón del hueso esponjoso del injerto se ha rellenado de vasos primero, se ha canalizado después, ha fijado las sales cálcicas y se ha recalcificado al fin como sobre una malla, con facilidad y con rapidez casi sin dejarnos asistir a la evolución más lenta a que estamos acostumbrados en los injertos compactos.

Con respecto a la utilización de los injertos óseos con hueso de Banco podemos hacer cinco grandes grupos:

1.° Injertos de acción de tope.
2.° Injertos de fijación en masa.
3.° Injertos de fijación en arco.
4.° Cubos de hueso esponjoso.
5.° Injertos intramedulares.

De todos ellos hemos realizado en estos últimos nueve años una gran serie de intervenciones. Lo que a continuación se detalla no es más que el producto de nuestra labor y de nuestra humilde experiencia.

Injertos de tope. — Una gran gama de articulaciones paralíticas se benefician de la acción de estos injertos de tope, máxime teniendo en cuenta que la obtención de injertos autógenos en estas extremidades poliomielíticas con huesos osteoporósicos, con trastornos circulatorios, débiles masas musculares y peligro de embolias grasosas constituían una terrible rémora para el logro del material óseo preciso. El día que sea posible la obtención fácil de hueso homólogo, habremos dado un gran paso para aliviar a estos pacientes, dignos de la mayor dedicación por parte de los especialistas ortopédicos.

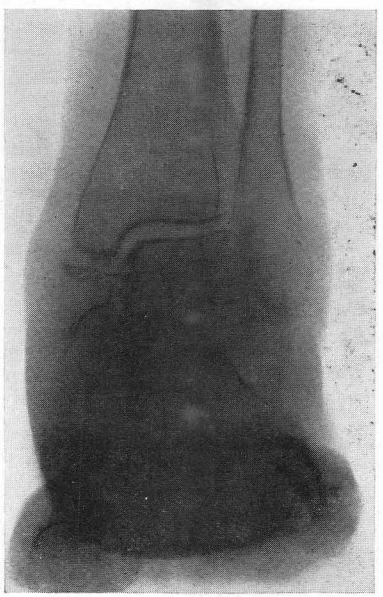


FIGURA 8.—INJERTO DE TOPE PARA PIE VARUS PARALÍTICO. A LOS 8 AÑOS DE LA OPERACIÓN.

Hemos realizado injertos óseos de tope con hueso de Banco en luxaciones habituales de hombro, en rodillas en varus, valgus y recurvatum, en tobillos y pies paralíticos con valgus y varus y con talus y equinismo, en codos y caderas «ballants».

No vamos a detallar las técnicas. Son de todos conocidas, y una simple ojeada al gráfico anexo aclarará muchas dudas mejor que la más cuidada explicación escrita (figura 1). Una imagen radiográfica de las formas más típicas, con sus fechas de tiempo de control, también se acompañan (figura 2 a). Lo único, pues, que ahora debemos tener en cuenta es lo referente al injerto, a su forma y modo y lugar de implantación.

Los injertos de tope han de ser eso precisamente; un tope de apoyo para evitar posiciones viciosas, movimientos articulares excesivos. Han de servir de freno a extensiones o flexiones exageradas.

Por ello han de tener un extremo de implantación firme y extenso, bien incluído en el hueso receptor, que vaya a servir de apoyo a la prolongación de la clavija ósea. Y otro extremo libre, redondeado, grueso, que sin apoyo óseo directo, sino a través de tejidos blandos, sea el verdadero tope del movimiento a realizar.

Preferimos, pues, el hueso muy compacto, utilizando huesos de diáfisis y destinando la zona de cortical más dura al extremo libre de tope, y la zona algo esponjosa metafisaria al extremo que hemos de hundir e implantar en hueso receptor.

El tamaño y forma se hará, primeramente, con la sierra eléctrica. El acabado, con la pinza gubia o incluso con alguna lima gruesa, o con una pequeña sierra de mango.

Sobre el hueso receptor preferimos realizar el lecho a base de una broca del grueso necesario, giratoria a mano. De este modo el traumatismo es mínimo en estos huesos osteoporósicos, se llega bien a la esponjosa, que no se destroza, como sucedería aun tratándose de escoplos finos, y si se es un poco crítico en los grosores de broca e injerto, éste entra a presión tan ajustado y exacto que bastan unos pocos golpes para encajarlo, mantenerlo en situación y cortar al instante la pequeña hemorragia del hueso receptor.

El extremo distal, el verdadero extremo de tope, se redondea ahora, se corta al tamaño apropiado en longitud y podemos tener la seguridad de que basta un enyesado de poco menos de mes y medio para que la acción de tope se mantenga indefinidamente.

Las comprobaciones a distancia de estas intervenciones han variado desde un año y medio hasta ocho años y medio. Solamente en un caso se rompió el extremo libre de tope del injerto, a los tres años de la intervención, por una caída casual. El resto de los intervenidos no han presentado reabsorción del injerto. Solamente los extremos libres se han redondeado más, pero también han perdido no poco su aspecto afilado las aristas y se han engrosado un tanto.

Injertos de fijación en masa. — Cuando es necesaria una artrodesis, interesa que el injerto óseo tenga una gran masa, posea la suficiente esponjosa como para servir de armazón a la actividad osteoblástica futura y tenga a la vez cortical para dar fijeza a la implantación mientras el propio injerto arraiga.

Preferimos en este caso el empleo de injertos que tengan a la vez cierta rigidez y cierta flexibilidad.

El injerto de diáfisis es excesivamente rígido. Es bien cierto que tiene zonas metafisarias de esponjosa que, algo más blandas y bien aprovechadas, al situarlo pueden ser muy útiles, pero es difícil de modelar, y su forma, si es que es necesario usarlo así, ha de dársele creando una especie de plantilla y dándole a ésta realidad con la sierra eléctrica sobre la masa de hueso disponible. No se logra siempre, pero cuando es así el resultado es un acople perfecto al hueso receptor, que habrá sido trazado con la misma plantilla, y la no necesidad de sutura, la sola fijación por presión, meta y fin de toda la cirugía de los injertos óseos procedan de donde procedan.

En ese caso, en una artrodesis a lo Albee, por ejemplo, se comienza por trazar una plantilla con una hoja plástica de la forma recta o curva vertebral, se realiza el lecho con arreglo a ella y con arreglo a ella también se talla el injerto con la sierra eléctrica primero, con la de mano después, modificando o limando si es preciso espinas o bordes. Se procura que la zona esponjosa quede en contacto con el fondo del lecho labrado en las vértebras y la cortical quede a nivel de espinosas. El acople debe ser entonces exacto sin esfuerzo y sólo necesitar una pequeña presión para caer el injerto en su sitio. La sutura de los planos musculares y ligamentosos debe ser suficiente. El injerto en ningún caso debe ser suturado, sujetado con puntos, tornillos, grapas, etc. Quede de una vez y definitivamente desterrada de esta cirugía de los injertos óseos la sujeción del mismo con un elemento extraño. No debe ser necesario. Y si es así, es que el injerto no está bien implantado. Con hueso disponible es preferible rechazarlo y tomar otro nuevo trozo de hueso para recomenzar de nuevo.

En la cadera se realiza la artrodesis isquio-femoral a lo Brittain, con injerto asimismo compacto, a través de una tunelización subtrocantérea sobre la que se

apoya la metáfisis del injerto diafisario, cuyo otro extremo entra en un orificio labrado en isquion del mismo diámetro. Todo ello se hace con un solo paso de broca a través de fémur, llegando a isquion. La inclinación, dirección y antepo-sición se realizan análogamente a lo Brittain.

En cambio, si la artrodesis es íleo-femoral, preferimos un injerto menos compacto, el mismo que empleamos en la artrodesis acromio humeral para la artículación del hombro y el mismo que empleamos en las artrodesis de muñeca.

Después de muchas pruebas se ha conseguido que el Banco de Huesos nos proporcione unos «sandwichs de escápula» que llevan algo de cortical, no poca esponjosa, y cortados al tamaño necesario son lo suficientemente largos y maleables como para adaptarse a formas un poco menos rígidas y rectas del lecho receptor.

No puede ser imaginada la gran ventaja que representa esta clase de injerto. Puede colocarse sobre cuatro posiciones diferentes, se incurva y flexiona a curvas fisiológicas o patológicas de raquis, cadera, hombro, muñeca; lleva cortical suficiente para darle cierta rigidez y es lo suficientemente maleable para incurvarlo mientras se coloca, y que, como una pequeña ballesta, quede luego fijo en su lecho con una grandísima facilidad y seguridad ante eventuales desplazamientos.

Unica y exclusivamente con esta clase de injerto hemos realizado hace poco más de un año, en Brasil, las intervenciones de artrodesis mixta intervertebral-íleovertebral para el tratamiento de la ciática por sacralización, y las de enclavado de fracturas de cuello de fémur con pseudartrosis con clavo trilaminar e injerto colocado sobre la V de las dos aletas craneales o con clavo de Godoy Moreira, colocando el injerto sobre una tunelización trastrocantérea. Ahora usamos ya sistemáticamente el injerto de «sandwich de escápula» en cuantos casos precisamos una cierta maleabilidad del trasplante para su colocación, sin que le falten por ello sus cualidades fijadoras y osteogénicas.

En cambio, estará claro que se preferirá el injerto más compacto para las artrodesis de codo, las trasolecraneanas, para las de tobillo o para las de rodilla que no se realicen con la técnica de compresión.

Injertos de fijación en arco. — Las dificultades encontradas para la artrodesis mixta en las ciáticas por sacralización con los injertos rígidos provenían, no de la zona de injertos en masa intervertebral, sino de la de injertos en arco íleovertebral.

Tan es así que un caso bilateral operado con un injerto simple compacto intervertebral y dos compactos en arco íleovertebrales, uno por cada lado, realizó la curación de la rebelde ciática, pero al cabo de un año comenzaron a fragmentarse los injertos en arco hasta que hubo necesidad de realizar una pequeña intervención para extraerlos. El paciente se curó, pero a nosotros nos sirvió este fracaso para experimentar con los injertos maleables de sandwich de escápula. Y la solución estaba allí, precisamente en su docilidad a la flexión, que sigue los ligeros movimientos íleovertebrales, manteniéndose como una ballesta por debajo de la fascia de músculo cuadrado lumbar, entre el ala del ilíaco y el engarce en tercera o cuarta vértebra lumbar.

Utilizamos asimismo esta clase de hueso para las artrodesis de cadera íleo-femorales porque pensamos que, al ser el trasplante más maleable, se adaptaría mejor a nuestra idea de bajar cada vez más el punto de implantación en ilíaco (véase nuestro trabajo «Artrodesis íleotrocanterea con injertos paralelos a cuello»,

Clínica y Laboratorio, núm. 319, octubre 1952), y de acoplarse con esponjosa y cortical, ambas en proporción suficiente a la superficie de trocánter escopleado. Y si entonces usábamos el autoinjerto sacado de la propia diáfisis femoral, ahora utilizamos casi siempre el hueso de Banco.

Cubos de hueso esponjoso. — La técnica, detalles y modificaciones que detenidamente exponíamos en un trabajo nuestro en esta misma revista (véase «El tratamiento de los quistes óseos solitarios», *Clínica y Laboratorio*, núm. 383, febrero 1958), nos libra ahora de caer en repeticiones en lo referente al uso de cubos de hueso esponjoso. Nos limitaremos, pues, a verificar aquí las diferencias al usar hueso de Banco y los resultados lejanos de tal procedimiento.

El momento más desagradable de la obtención de las masas cúbicas del hueso del ilíaco del propio enfermo, era la extracción del ladrillo óseo con el bisturí romo, la cohibición de la hemorragia y la aposición de las corticales del ilíaco. Más de una vez hemos sufrido multitud de inconvenientes durante este momento del acto operatorio, pues para rellenar, por ejemplo, una pequeña pérdida de sustancia al vaciar un maléolo, necesitábamos gran cantidad de masas cúbicas de hueso esponjoso, pues ya hemos insistido en que la máxima actuación de estas masas para el relleno de cavidades se realiza a expensas de la gran superficie que nos da el asimismo gran número de caras de dichos cubos de hueso. Y al precisar gran cantidad de material de relleno, era lógico que la incisión en ilíaco debía ser grande, grande el despegue de corticales, y grande el traumatismo sobreañadido. La serie de pequeños trucos que usábamos para salvar los escollos que se nos presentaban, están plenamente explicados en el artículo a que nos hemos referido.

Todo ello quedó a un lado cuando pudimos disponer de abundante material proporcionado por el Banco de Huesos. Faltaba ver si esta esponjosa podíamos trabajarla con las mismas herramientas que antes y cómo se comportaba inmediatamente y a la larga. Las conclusiones a las que hoy hemos podido llegar pueden resumirse de este modo:

El hueso esponjoso de Banco sólo puede ser utilizado si procede de las metáfisis de los huesos largos o de la escápula. Solamente en estos casos habrá posibilidad de obtener masas cúbicas y no una papilla ósea, que se desmenuza con facilidad debido al enfriamiento del hueso conservado y a su posterior descongelamiento, que hace que las mallas y el armazón sean muy poco tupidos.

Comenzamos utilizando solamente las metáfisis desprovistas de toda la zona cortical envolvente, pero sólo se podían aprovechar las zonas más extremas, pues las situadas más cerca de la diáfisis presentaban un aspecto demasiado areolar y no se obtenían masas cúbicas, sino pequeños trozos con aspecto más bien de escamas óseas. Era además difícil de tallar, y si bien disponíamos de la cantidad suficiente de material, el desperdicio del mismo era también enorme.

Recurrimos, pues, a la escápula. Es cierto que también despreciamos aquí las dos corticales, pero retiradas éstas con la sierra eléctrica, nos queda un verdadero ladrillo muy plano, de una esponjosa perfecta, de trama muy igual en todo el trozo, que es fácilmente transformado en masas cúbicas de un centímetro de lado, en la forma y con la herramienta que en nuestro repetido trabajo detallábamos.

Tras todos estos tanteos hemos venido, pues, usando ya sistemáticamente estos cubos de hueso de Banco, pidiendo el material esponjoso de la escápula, y ello ha suprimido el momento operatorio de la incisión y el traumatismo en ilíaco, sin que se haya podido achacar fracaso alguno al origen del hueso empleado de

este modo en el relleno de cavidades o pérdidas de sustancia, en los que este sistema está más que acreditado.

Los resultados inmediatos han sido siempre óptimos. Hemos rellenado quistes óseos pequeños y grandes, maléolos vaciados, focos de osteítis líticas, raspados y rellenados, pérdidas de sustancia en antiguos procesos ostemielíticos previa preparación del fondo y paredes de recepción. Bien solos o asociados a otros injertos de deslizamiento o a injertos compactos o semicompactos de Banco, las masas cúbicas de hueso esponjoso procedentes del Banco de Huesos han sido siempre fáciles de manejar, han cumplido su misión y han estimulado la función osteoblástica mucho más rápidamente que los injertos masivos. Han ido obturando las cavidades sobre las que se habían depositado y han producido una neoformación ósea que ha modelado de nuevo el hueso receptor, dejándolo útil para su misión.

Nosotros pensábamos siempre que estas masas cúbicas tan pequeñas serían también las que más pronto se reabsorberían, las que más pronto desaparecería su imagen de los sucesivos controles radiográficos. Pensábamos que al no ser de hueso autógeno, era de esperar que acabarían por «disolverse», llamémosle así, pues todos creemos que un objeto pequeño «desaparece» con mayor facilidad que uno grande.

Pero hemos de reconocer nuestra sorpresa. Si las masas cúbicas de hueso de Banco estuvieran en el sitio de implantación sólo el tiempo necesario para iniciar la regeneración ósea de relleno a expensas del hueso receptor, pudiéramos darnos por más que satisfechos. Pero es el caso que observadas a distancia de más de cinco años, en algunos de nuestros casos pueden apreciarse todavía las aristas de los cubos más osificadas, más duras en su imagen y entrelazadas las unas con las otras como si tuvieran una tendencia al reforzamiento de este armazón de líneas de fuerza dentro de la cavidad objeto del relleno, cavidad que a esas alturas ha dejado de existir, pero tras la que se transparentan los refuerzos de las aristas entremezcladas de las masas cúbicas del hueso esponjoso de Banco.

En los casos en que el relleno de la cavidad no tenía completa su pared externa (algunos quistes curetados, alguna pérdida de sustancia de viejas osteomielitis), las masas se han comportado rellenando el hueco, pero el límite de pared que debía existir ha sido un poco desbordado por la osteogénesis, y es curioso observar cómo en la que debería ser cortical de freno y retén, sobresalen neoformaciones óseas algo irregulares, ásperas, e incluso ligeramente deformes. ¿Un exceso de producción osteogénica? Mucho nos ha dado que pensar este comportamiento, pero hemos llegado a la conclusión de que si tal no ocurre cuando existe una cortical que deja todas las masas cúbicas incluídas dentro de la cavidad y «con la puerta cerrada», si se nos permite esta expresión, quiere decirse que la irregularidad y el amontonamiento de los cubos de hueso, su montaje al aire como un armazón liviano, la aposición de sus caras, es lo que además de estimular la ostegénesis hace que se cree un exceso de producción ósea en la zona en que no hay paredes naturales que lo limiten. A mayor distancia de tiempo aún estos excesos y exuberancia de crecimiento van poco a poco desapareciendo autolimándose, por decirlo así, y el hueso receptor no puede substraerse a la invariable ley de Wolf.

Permítasenos añadir aquí que vemos aún más útil el uso de hueso de Banco cuando se precisan estas masas cúbicas esponjosas en lo referente a la supresión de la herida en ilíaco en el propio paciente, que lo que respecta a la herida en tibia en el enfermo para la obtención del injerto compacto.

Si bien es cierto que muchas tibias han sido trepanadas dos y tres veces, por haber obtenido de ellas un injerto compacto y muchos edemas extásicos y de trastornos circulatorios hay aún en algunas extremidades así intervenidas, no es menos cierto que los problemas planteados para la obtención, la cohibición de la hemorragia y la aposición de corticales ilíacas en el propio paciente, nos ha dado muchos dolores de cabeza, y si a alguno de quien nos lea le ocurrió así, no podrá por menos de saludar con alegría la solución de este desagradable problema.

Injertos intramedulares.—Párrafo aparte merece la utilización del injerto óseo heterólogo en las pseudartrosis de los huesos largos y los quistes diafisarios, utilizando la implantación intramedular. Cuando presentamos nuestros primeros trabajos a la Academia de Cirugía de Madrid, en abril de 1959, sobre este asunto se produjo una verdadera conmoción.

Hoy, que han pasado ya unos años y que hemos podido seguir a distancia varios casos y realizado un número extenso de intervenciones de este tipo, podemos exponer cuáles son los problemas resueltos con tal medio de tratamiento.

Muy diferentes son los casos de pseudartrosis, de los de quistes diafisarios, al utilizar injerto intramedular de hueso de Banco para su curación.

Se nos planteó aquí el mismo problema de siempre. Si en las pseudartrosis pretendíamos un soporte óseo, habíamos de usar hueso compacto heterólogo. Si pretendíamos una actividad osteogénica y se podía usar otro método de soporte o no se precisaba, deberíamos utilizar hueso esponjoso.

Las dificultades de introducir una clavija rígida intramedularmente en un hueso largo son de todos conocidas. Nuestro método más frecuente era el que hacen la mayoría de los cirujanos ortopédicos: enclavado metálico e injerto en cerrojo. Pero nuestro ideal era no usar ningún material de osteosíntesis más que el propio injerto de Banco. Era el único modo de saber si era éste el causante de la curación de la pseudartrosis y no el enclavado metálico unido a la acción del injerto.

Pero cada vez que intentábamos introducir un injerto compacto intramedularmente, se nos rompía, o bien era tan rígido que no conseguíamos ni hacerlo ni dominarlo. Todo el acto operatorio desde la limpieza del foco pseudartrósico, su refrescamiento, la aposición de las superficies modeladas y adaptadas a contacto íntimo y seguro sin espacios vacíos, era realizada rápidamente, pero llegaba el momento de la colocación del injerto y allí comenzaban nuestros sufrimientos. Muchas veces hubimos de abandonar nuestro propósito y realizar un injerto en cerrojo o un injerto por aposición labrando un lecho lateral en los dos fragmentos del hueso pseudartrósico.

Ya hemos mencionado antes unas dificultades ligeramente parecidas observadas en las artrodesis mixtas para la curación de la ciática por sacralización. La rigidez del injerto compacto en el tramo íleovertebral nos obligó a usar los injertos de sandwich de escápula con cortical fina y esponjosa suficiente, flexibles, elásticos y maleables, que recuperan su forma como una ballestilla una vez colocados.

Vimos, pues, que quizá la solución para el injerto intramedular podía estar en el uso de esta clase de hueso.

Sin embargo, el injerto de escápula, para usarse como intramedular, debe ser cortado paralelamente a la espina escapular, debe tomarse casi de la zona subyacente a la misma, que además es la que da un fragmento más largo y, por tanto, más flexible, no pudiendo aprovecharse las zonas de fosa subescapular por el

menor grosor de la esponjosa, que es precisamente lo que da la flexibilidad tan necesaria en este caso.

El Banco de Huesos nos envió, con todas las facilidades necesarias, tales trozos de injerto para su utilización. Nosotros nos limitamos a cortarlos con la sierra eléctrica del largo y ancho precisos para que fueran lo suficientemente maleables como para ser doblados en el momento de la introducción medular, lo suficientemente rígidos como para que no perdieran su poder elástico de bllesta al dejarlos abandonados en situación, y lo suficientemente gruesos como para servir de fijación intramedular a los fragmentos óseos pseudartrósicos.

El procedimiento de utilización es muy sencillo, y lo resumimos así: (todo el proceso está detalladamente expuesto en nuestra comunicación a la Academia de Cirugía de Madrid, en su sesión del 9 de abril de 1959).

Una vez realizada la aposición y contacto íntimo de las caras óseas refrescadas de la pseudartrosis, se verifica un canulado de la cortical de ambos fragmentos que llegue hasta canal medular y comprenda dos partes del fragmento proximal por una del distal. El injerto maleable es entonces introducido oblicuamente de arriba a abajo en dirección distal, y cuando ha llegado a su posición basta simplemente soltar su extremo libre para que la acción elástica lo introduzca en la zona canulada de fragmento proximal. A veces son necesarios unos pequeños tanteos y unos suaves golpes con el botador para que el extremo del injerto caiga en canal medular. Hecho esto, el trozo de hueso autógeno obtenido de la canalización diafisaria se invierte colocando su extremo distal como proximal, con lo cual, y dada la diferencia de proporción, no coincide nunca la línea de pseudartrosis y se acopla con unos pequeños golpes del botador.

Nada se sutura ni se sujeta con metal, tornillo, alambre o cualquier otro método. Un buen enyesado y la consolidación se obtendrá a su tiempo, sin que sea necesario tener que extraer en el futuro ningún material de síntesis, o bien se evita asimismo que la operación fracase por la presencia o infección de un material de tal naturaleza.

¿Qué destino le espera al injerto heterólogo intramedular? Este fue el caballo de batalla de aquel entonces. Es cierto que los resultados inmediatos fueron buenos. Las pseudartrosis se curaban, el tiempo de inmovilización tendía a acortarse, a lo que colaboraba también el trozo óseo de canalización en cortical, los sujetos podían volver a usar sus brazos para sus actividades cotidianas o podían marchar de nuevo sobre sus extremidades inferiores antes impotentes.

Pero nuestra misión no era solamente esa. Deberíamos saber lo que ocurría al injerto abandonado a presión en el canal medular a varios años fecha.

Y ahora, después de varios años de iniciar aquellos trabajos y con el control sistemático de los casos tratados, hemos podido comprobar que el injerto heteroplástico intramedular persiste durante largos años sin imagen de reabsorción, o cuando menos con una reabsorción más lenta que en los mismos injertos situados en contacto con el lecho labrado en el hueso receptor. A nivel del foco pseudartrósico, a modo de cíngulo y con una misma forma, se produce una formación de sales cálcicas que ayudan a la unión ósea de los fragmentos y que engloban el trozo del injerto hasta una zona no muy grande de sus proximidades. Al cabo de varios meses, cuando la consolidación se ha efectuado, comienza una tunelización de la medula en la zona ocupada por el injerto, pero dejando siempre zonas concéntricas del mismo adosadas a la cortical interna diafisaria. Es decir,

la tunelización comienza y sigue el eje central del propio injerto, sea éste del grosor que sea.

Durante más de tres años persisten las imágenes de todo el largo del injerto inserto en la cavidad medular. En la zona de aposición del fragmento óseo del canulado cortical, la actividad osteogénica es más grande y análoga a la de la zona de corona o cíngulo de la aposición fragmentaria.

Pero cuando todo esto sucede, ya hace tiempo que el proceso pseudartrósico es un recuerdo en el ánimo del operador y del propio paciente.

En los casos de quistes óseos diafisarios es muy diferente la necesidad y el objeto de un injerto óseo.

Son esos quistes grandes, muy lacunares, que a veces ocupan gran parte de la diáfisis, en sujetos jóvenes, que llegan a nosotros por una fractura acaecida en pleno quiste, lo más frecuentemente.

En ese caso son necesarias dos cosas: tratar el quiste óseo procurando su futura obturación y tratar la fractura diafisaria en una zona ósea con corticales finas como un papel de fumar.

Hemos empleado, pues, siempre el injerto intramedular del tipo compacto, y aquí sí que no existe ni existió nunca un problema de introducción.

Se abre el quiste ampliamente, o se aprovecha su zona de fractura para ampliar la abertura, se cureta perfectamente, se coloca el injerto compacto con los extremos con algo de esponjosa enchufándolos en las zonas normales medulares diafisarias proximal y distal. No existe problema de implantación. La abertura es amplia, la zona fácil de abordar. Puede tallarse el injerto del largo, ancho y grueso precisos para que se ajuste exactamente a presión con sus extremos más gruesos y más esponjosos, que ceden algo en grosor al ser impactados.

Así quedaba la fractura fija, la diáfisis ósea alineada, el injerto compacto heterólogo como un puente entre ambos extremos, dejando en su centro el quiste fracturado, limpio y preparado a la futura osteogénesis.

Algunas veces hemos rellenado con cubos de hueso esponjoso la cavidad, si ésta era grande, adosadas las masas cúbicas alrededor del injerto compacto. Otras veces ha bastado un aplastamiento de las livianas paredes del quiste, con el botador sobre el duro injerto intramedular previamente colocado, para que ya no existiera virtualmente cavidad alguna.

Y, sin embargo, obtenida la obturación del quiste, la consolidación de la fractura, hemos asistido a la reabsorción lenta y paulatina del injerto. Muy lenta, eso es cierto, pero muy segura también. Mucho más segura que la de los injertos intramedulares de sandwich de escápula. Y la obturación de los quistes quizá también nos ha hecho asistir a una más lenta tunelización medular de tales injertos compactos.

Creemos, pues, que en este caso el tal injerto sólo ha de servir de soporte, de tutor para alinear la diáfisis mientras se obtiene la obturación quística, quizá en parte a expensas de él, pero mucho más a expensas de la propia osteogénesis o del estímulo de las masas cúbicas esponjosas sobreañadidas al injerto intramedular.

Contamos, por lo tanto, con un material abundante para emplear en multitud de intervenciones, no muy económico, es cierto, pero que evita muchas molestias al paciente y no poco trabajo al cirujano.

Es cierto que los resultados de los injertos autoplásticos son de más de un 85 por ciento favorables, mientras que los de los heteroplásticos de Banco bajan a un 67 por ciento. Pero según las conclusiones de la Sociedad Italiana de Ortopedia del año 1961, en la que uno de los temas bases de su reunión era el problema de los injertos óseos, se demostró plenamente que los injertos homoplásticos de Banco llegaban en sus resultados favorables a superar a los autoplásticos casi en un 10 por ciento.

En mi reciente visita a diversas clínicas ortopédicas de países hispanoamericanos he podido comprobar, sobre todo en Uruguay y en Chile, el interés que existe en la utilización de injertos de Banco y cómo se está realizando una gran labor para ver de conseguir la implantación de Bancos de Huesos serios y estables, con rendimiento en las entregas y con la seguridad de un material limpio y útil. Es un gran problema, que creo tardarán algo en lograr resolver, aunque también es verdad que a lo que se tiende es a la consecución de leyes que permitan la obtención de hueso humano, ya sea de cadáveres frescos o bien de miembros amputados por traumatismo.

No sabemos lo que en el futuro podremos conseguir en nuestro país, pero dadas las características del hueso homoplástico, sería muy de desear que pudiera lograrse armonizar los intereses privados y públicos y el beneficio de los que sufren, sin que ello ofendiera a la moral y al respeto que se debe entre los humanos.

De la misma forma que se lucha por conseguir con plenas garantías arterias, córneas o piel humana, debe tenderse a la consecución de hueso homoplástico.

Al fin y al cabo la Naturaleza mantiene inexorable la ley de que algo ha de morir para que lo demás siga viviendo. Si ha llegado el momento de pensar en sustituir grandes zonas esqueléticas dañadas, por trozos análogos de un ser de la misma especie, y que estas partes sigan viviendo así acopladas en otro sujeto por un gran lapso de tiempo, también parece ser llegado el momento de que todos veamos la forma de poder alcanzar esta soñada meta.

RESUMEN

Se exponen las condiciones de obtención, utilización y aplicación de los injertos heterólogos con hueso de Banco.

Se analizan los casos en que tal clase de material puede ser empleado y se estudian minuciosamente sus ventajas y sus inconvenientes.

Se resumen los casos patológicos en los que puede ser utilizado y en el diferente modo de utilización para obtener los más fáciles medios de aplicación y los mejores resultados avalados por una extensa y continuada experiencia.

Se hace hincapié no sólo en los resultados del fin conseguido, sino más bien en los resultados a distancia de varios años y en el comportamiento de tales injertos dentro del hueso receptor en que fueron incluídos.

Se analizan someramente las diferentes técnicas, haciendo notar las dificultades y el mejor modo de obviarlas.

Se hace un cuadro distributivo en cinco grandes grupos de las diferentes clases de injertos según el objetivo que se pretenda, y se detallan los resultados próximos y lejanos conseguidos en cada grupo.

Dirección: Avenida de América, 27, 2.º. Madrid (2).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963

FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL
Profesor encargado: G. GUILLÉN

INVESTIGACIÓN DE LA AMINOACIDEMIA Y AMINOACIDURIA EN SUJETOS NORMALES Y EN CASOS PATOLÓGICOS

(TÉCNICA Y PRIMEROS RESULTADOS)

POR EL

DR. GABRIEL GUILLÉN MARTÍNEZ

ZARAGOZA

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de estudiar la enfermedad desde el punto de vista bioquímico, y ha sido esta orientación la que ha permitido una serie de hallazgos sobre cuya importancia no insistimos por estar en la mente de todos. Los estudios sobre el metabolismo en general, y en especial los referentes al de los principios inmediatos, han sido muy numerosos, y merced a la puesta a punto de técnicas cada día más precisas, hoy podemos realizar este tipo de investigaciones en condiciones casi ideales.

Limitándonos a considerar la significación de las proteínas y de su metabolismo, la difusión de las investigaciones en torno a este problema es tal que casi podemos admitir sin exageración la frase de TISELIUS: «...todo estudio profundo de una situación biológica nos lleva pronto o tarde ante un problema de proteínas».

Hoy día, la significación biológica y clínica de las proteínas no se limita a las alteraciones de la nutrición, sino que se piensa que problemas como el de la naturaleza de los virus, el del cáncer, el de los procesos de inmunidad y alergia, y tantos otros, entrañan alteraciones en la naturaleza y composición de las proteínas.

Gracias a las técnicas de electroforesis y de ultracentrifugación, ha sido posible aislar toda una serie de componentes proteicos en los líquidos orgánicos y conocer su significación. Pero hoy día no podemos conformarnos con un estudio del metabolismo proteico que se limite solamente a las proteínas. Debemos extender nuestros conocimientos hasta los elementos integrantes de éstas, es decir, los aminoácidos.

Si durante muchos años se han estudiado en conjunto estos sillares del edificio proteico, la introducción de técnicas de análisis más perfectas, como las de cromatografía, ha permitido a los investigadores desentrañar este importante grupo de sustancias biológicas que son los aminoácidos, aislar un buen número de ellos de los líquidos orgánicos, conocer su significación fisiológica e incluso desde el punto de vista clínico empezar a estudiar una patología específica de las alteraciones de su metabolismo.

En este sentido podemos estar orgullosos de la rapidez con que han progresado nuestros conocimientos en el espacio de pocos años, pues en este terreno la clínica ha avanzado casi paralelamente con la investigación pura, y cuando todavía se discute cuál es la significación fisiológica de muchos aminoácidos, cómo se forman, cómo se eliminan por el riñón; en una palabra: cuando la fisiología de los aminoácidos está todavía en un período de elaboración de conocimientos, ya la clínica ha individualizado una serie de situaciones que tienen como base fisiopatológica una alteración concreta en el metabolismo de determinados aminoácidos.

Ha sido debida esta situación, por una parte, a la puesta a punto de técnicas analíticas de gran sensibilidad, y por otra, a la introducción de conceptos como el de lesión bioquímica y, sobre todo, en el campo a que nos referimos, el de error congénito del metabolismo, que han resultado sumamente fecundos desde su introducción.

Citaremos solamente, a manera de ejemplo, unas cuantas situaciones clínicas cuya naturaleza está ligada a la existencia de una alteración en el metabolismo intermediario o en la eliminación de determinados aminoácidos. Entre ellas se encuentra el albinismo, en el que existe un bloqueo de la utilización de la dioxifenilalanina o DOPA, con incapacidad de formar melanina; la alcaptonuria, debida, como hoy día sabemos, a la interferencia en las vías finales del metabolismo de la fenilalanina y tirosina, con acumulación del ácido homogentisínico, que se elimina abundantemente por orina; la fenilcetonuria u oligofrenia fenilpirúvica, recientemente descrita por FOLLING al comprobar en una serie de deficientes mentales la existencia de grandes cantidades de este aminoácido en su orina, que hoy se interpreta como consecuencia de la dificultad del paso de fenilalanina a tirosina. Son todos estos casos típicos ejemplos de los llamados por GARROD errores metabólicos.

Más amplio es el grupo de las aminoacidurias, primarias o secundarias, caracterizadas por una alteración en el mecanismo de eliminación renal de determinados aminoácidos.

Todos estos hechos vienen a demostrarnos que hoy día, para realizar un estudio de las alteraciones en el metabolismo de los aminoácidos, no podemos conformarnos con la investigación global de la aminoacidemia y aminoaciduria, ni siquiera cuando se realizan estas determinaciones simultáneamente en el mismo enfermo. La tendencia actual es el estudio específico de los diferentes aminoácidos, cualitativa y cuantitativamente, lo que representa indudables dificultades de orden técnico, dada la pequeña concentración a que algunos de ellos se encuentran en los medios biológicos.

Nuestra finalidad al desarrollar este trabajo es contribuir con una modesta aportación a la investigación de los trastornos de la aminoacidemia y aminoaciduria en diversas situaciones clínicas, y para ello hemos comenzado por la puesta a punto de técnicas que nos permitieran estudiar el problema de acuerdo con las premisas que antes señalábamos y partiendo de nuestras limitadas posibilidades de material.

Hemos escogido como técnica base de nuestro trabajo la cromatografía sobre papel, que a su gran sensibilidad une su sencillez de manejo y poco costo. Con la metódica que a continuación describimos, creemos haber resuelto el problema de la determinación cuantitativa de los aminoácidos aislados por la técnica cromatográfica.

Una vez decidida la marcha analítica a seguir, hemos obtenido los valores

correspondientes a sujetos normales, que nos servirán de control, y de esta manera estaremos en condiciones de pasar a la aplicación de nuestros métodos a las situaciones patológicas.

Material y métodos

Los sueros se han obtenido por punción venosa en ayunas, evitando la hemólisis y conservándolos en nevera el tiempo necesario para la práctica de las determinaciones. La orina se recogía durante veinticuatro horas, para medir la diuresis, y se tomaba una fracción de la mezcla total, para la práctica de las investigaciones reseñadas. Se conservaba en nevera, previamente adicionada de cloroformo como conservador.

Determinación cuantitativa de los aminoácidos en suero

Hemos seguido el clásico método de Folin, modificado por Ilse Antener en 1951, quien señala las fuentes de error de la técnica original, que dependen fundamentalmente del ajuste del pH del medio en que se realiza la reacción.

Los reactivos y marcha a seguir son los siguientes:

1. Acido sulfúrico 2/3 normal.
2. Tungstato de sodio al 10 por ciento.
3. Solución alcohólica de fenolftaleína al 0'25 por ciento.
4. Hidróxido sódico 0'1 normal.
5. Tetraborato de sodio al 2 por ciento.
6. Beta-naftoquinona-4-sulfonato de sodio al 0'5 por ciento.
7. Reactivo del ácido acético-acetato (se mezclan a partes iguales ácido acético glacial al 50 por ciento y solución de acetato de sodio al 5 por ciento).
8. Tiosulfato de sodio al 4 por ciento.

El reactivo de la beta-naftoquinona debe prepararse inmediatamente antes de cada determinación, y el del tiosulfato sódico, cada semana.

Procedimiento para la prueba

Se prepara un filtrado de Folin-Wu con 7 ml. de agua destilada, 1 ml. de suero, 1 ml. de ácido sulfúrico y 1 ml. de tungstato sódico. Se mezcla y se filtra.

En un tubo de ensayo se ponen 3 ml. del filtrado, y en otro, 3 ml. de agua destilada, que servirán de testigo. Las restantes manipulaciones se realizan simultáneamente con ambos tubos.

Se añade una gota de fenolftaleína y a continuación se añade lentamente sosa decinormal, hasta conseguir un pH de 9 (coloración rosa persistente).

Adición de 1 ml. de tetraborato de sodio, mezclado por agitación. Se añaden 2 ml. de beta-naftoquinona-sulfonato de sodio recién preparado. Se mezcla girando el tubo y se lleva a un baño de María hirviendo durante tres minutos. Se enfría al chorro de agua. Se pasa a los tubos del colorímetro el contenido de los tubos.

Añádanse 2 ml. del reactivo de acético-acetato y mézclese.

Por último se añaden 2 ml. de tiosulfato sódico e inmediatamente después se lee en el fotocolorímetro usando filtro verde de 550 milimicras, usando el tubo del agua como blanco. Con los valores de extinción obtenidos se halla en la curva de calibración el resultado en miligramos de nitrógeno amínico por cien ml.

Preparación de la curva patrón

Se prepara una solución madre de glicocola con 268 mg. en 500 ml. de ácido clorhídrico 0'07 normal que contenga 0'2 por ciento de benzoato de sodio como

conservador. Se prepara otra solución de ácido glutámico en las mismas condiciones, cuya concentración sea de 525 mg. en 500 ml.

En un matraz de 100 ml. se ponen 12 ml. de cada una de las soluciones madre y se diluyen con agua hasta enrasar. Cada ml. de esta solución contiene 0'024 mg. de nitrógeno amínico.

En una batería de tubos de ensayo se ponen, respectivamente: 0, 0'5, 1, 1'5, 2, 2'5 y 3 ml. de la solución y se completa el volumen hasta 3 ml. con agua destilada. Esto da soluciones equivalentes a muestras de sangre que contengan, respectivamente: 0, 4, 8, 12, 16, 20 y 24 mg. de nitrógeno amínico por 100 ml.

Se añade una gota de fenolftaleína y se continúa la determinación como hemos descrito antes. Con las extinciones obtenidas, se construye la curva patrón.

Determinación cuantitativa de aminoácidos en orina

Seguimos para ello el método original de Foli, pero teniendo en cuenta que la reacción con el ácido beta naftoquinonsulfonato la dan también sustancias que existen en la orina en condiciones normales o patológicas, como la albúmina, el ácido úrico y el amoníaco, deben seguirse una serie de manipulaciones previas que permitan eliminar estos componentes de la orina con que se trabaja.

Eliminación de la albúmina

Caso de que se aprecie la existencia de albúmina en la orina a analizar, se filtra ésta y se le añade un volumen igual de ácido sulfosalicílico. Se mezcla, se deja en reposo cinco minutos y se filtra, obteniéndose un líquido limpio y desprovisto de albúmina.

Eliminación del ácido úrico

Tratándose de un componente normal de la orina, esta operación debe realizarse en todos los casos. Mediante la adición de ácido clorhídrico al 10 por ciento, se llevan 30 ml. de orina (ó 60 ml. del filtrado, si tenía albúmina) a un pH de 3. Se enfría la solución en una mezcla de hielo durante media hora, con lo que se produce la precipitación del ácido úrico. Se centrifuga o se filtra, con lo que se consigue un líquido desprovisto de este componente.

Eliminación del amoníaco

Se alcaliniza el filtrado precedente por adición de 0'5 gramos de sosa en lentejas. Se pasa a un tubo cónico con tapón de doble paso y se introduce éste en un baño de María a 80°, donde se tiene durante media hora, haciendo pasar una corriente de nitrógeno que barbotee en el líquido. De esta manera el amoníaco es arrastrado en su totalidad. Para evitar la formación de espuma, se añaden unas gotas de alcohol octílico o amílico para modificar la tensión superficial. Después de enfriado se ajusta el volumen al inicial con agua destilada y se tiene ya la orina en condicones de realizar la determinación de nitrógeno amínico en las mismas condiciones y según la técnica descrita para el suero.

Preparación del suero para la cromatografía de aminoácidos

Hemos utilizado para ello una modificación personal de la técnica de Lizitsky, que recogimos en una publicación anterior.

Se toma 1 ml. de suero y se extiende en una hoja de papel Whotman's número 1 de 6 por 4 cm. Se deja secar al aire. Se recorta el papel en tiras pequeñas y se introducen éstas en un Erlenmeyer de 50 c. c., añadiendo 25 ml. de acetona y 0'2 ml. de Cl H puro. Se agita y se mantiene durante veinticuatro horas, agi-

tando con frecuencia, hasta conseguir la completa extracción de los aminoácidos.

Al cabo de veinticuatro horas se recoge la acetona-clorhídrico cuidadosamente, exprimiendo bien las tiras de papel. Se centrifuga para eliminar los residuos de papel que pudieran quedar en el líquido, y a continuación se trasvasa el extracto a un tubo de fondo cónico al que se adapta un tapón de doble paso. Se lleva al baño de María a 50° y se somete al vacío con una trompa de agua hasta conseguir la total evaporación de la acetona-clorhídrico. El residuo seco se disuelve en 0'1 ml. de ácido clorhídrico decinormal, quedando listo para seguir con él la técnica cromatográfica general.

Preparación de la orina para la cromatografía de aminoácidos.

Si la orina no contiene albúmina, puede bastar con filtrarla y colocarla directamente en el papel para cromatografía; pero en todos los casos nosotros hemos seguido la siguiente marcha, que facilita extraordinariamente la obtención de cromatogramas sin manchas anormales.

Se toman 5 ml. de orina, se le añaden unas gotas de cloroformo y una cantidad moderada de negro animal. Se mezcla por agitación durante dos minutos y se filtra. El líquido que se obtiene contiene la totalidad de los aminoácidos, y está libre de las sustancias colorantes de la orina que podrían interferir en el desarrollo del cromatograma. La cantidad de filtrado que se pone en la hoja cromatográfica es de 0'05 ml., que contienen una adecuada concentración de aminoácidos.

Técnica cromatográfica general

Uno de los puntos fundamentales de nuestro trabajo ha sido decidirnos por una técnica de cromatografía adecuada a nuestras necesidades de trabajo y a nuestras disposiciones de material.

El procedimiento de STEIN y MOORE, con el que estos autores han obtenido buenos resultados en el estudio cuantitativo y cualitativo de los aminoácidos en sangre y en orina, estaba fuera de nuestras posibilidades, dada la complejidad y dificultades inherentes a las técnicas de cromatografía en columna, junto con la dificultad para conseguir las resinas cambiadoras de iones con que se rellenan las columnas cromatográficas.

Dentro de la cromatografía sobre papel, hace varios años que empezamos a trabajar con la técnica de cromatografía ascendente, pudiéndose apreciar hoy día que ha desplazado, en la mayoría de los laboratorios, a las variedades descendente y circular cuya exactitud es inferior.

Para nuestras primeras experiencias usamos la cromatografía bidimensional, empleando como solventes el fenol saturado de agua, según KIRBY, y el butanol acético agua. Esta técnica permite una buena separación de los aminoácidos, pero la dilución que experimentan las manchas es grande y prácticamente no pueden demostrarse los aminoácidos cuya concentración no sea adecuada. Esto dificulta el análisis de líquidos como el suero y la orina, muy ricos en aminoácidos, siendo imposible todo intento de determinación cuantitativa.

En un reciente trabajo, J. OPIENSKA recomienda, con fines cuantitativos, practicar una separación preliminar de los aminoácidos en grupos, mediante una cromatografía en columna de Dowex 90, completando después la separación por cromatografía sobre papel de cada uno de los extractos, usando para esto la técnica bidimensional, con lo que se consiguen resultados fieles con fines cuantitativos. Indica también que para mezclas de pequeño número de aminoácidos, la

variedad monodimensional es la más adecuada para la determinación cuantitativa, dada la mayor concentración que se obtiene en las manchas.

Nosotros hemos conseguido obtener una buena separación de los aminoácidos de sangre y orina con la técnica monodimensional, haciendo factible en ellos la determinación cuantitativa. El principal problema que se plantea es que, por grande que sea el recorrido del frente del solvente, la separación de los aminoácidos del punto de partida no es lo suficientemente amplia como para permitir su aislamiento correcto. Esto lo hemos resuelto por medio del doble recorrido, con el que se consigue una perfecta separación de todas las manchas. Consiste esta modificación en realizar un desarrollo del cromatograma hasta que el solvente alcance 1 cm. del borde superior de la hoja de papel. Se deja secar al aire y a continuación se le somete a un nuevo desarrollo con el mismo solvente y en igual dirección, con lo que la resolución del cromatograma es sorprendentemente buena, y la única precaución a tomar es procurar que el frente del solvente alcance en el segundo recorrido la misma altura que en el primero.

Otro punto de interés es la colocaión del líquido problema, que no se hace en un punto, sino en una línea, de forma que después del revelado las manchas obtenidas son lineales, tanto más finas cuanto mayor sea la perfección y el cuidado con que se coloquen en el punto de partida.

La técnica monodimensional permite desarrollar en una sola hoja de papel varias pistas, como un problema y un patrón adecuado, pistas simultáneas de la orina y el suero del mismo caso, etc., y junto a esto, la forma lineal de las manchas permite recortar longitudinalmente la pista y someter las dos mitades a tinciones diferentes con fines de identificación.

Después de estas consideraciones generales sobre la técnica de cromatografía por nosotros usada, pasamos a describirla en detalle.

En una hoja de papel Whatman's número 1, de 30 por 20 centímetros, se traza la línea de partida paralelamente al lado menor del rectángulo, a unos 3 centímetros del borde. En ella se marcan las pistas en que se sitúan los líquidos problema, cuya anchura es de 15 milímetros, con una separación entre ellas de 30 milímetros, por los menos.

En cada hoja de papel podemos colocar por lo menos tres pistas, debidamente numeradas, con la ventaja que antes hemos señalado de tener simultáneomente el cromatograma del suero y de la orina del mismo caso, juntamente con un «standard» de aminoácidos conocidos.

Un momento delicado es la colocación del líquido problema, que se realiza mediante una micropipeta de 20 milímetros, deslizándola a lo largo de la pista mientras con un secador de aire caliente se evita que el líquido depositado difunda por el papel. Del cuidado con que se realice esta operación depende en gran manera la perfección de las manchas obtenidas.

Una vez colocados los líquidos problema, se procede a formar un cilindro con la hoja de papel, pegando los bordes libres con unas tiritas de «cello». Se introduce en la cámara de cromatografía, siendo fundamental que ésta se encuentre previamente saturada con el solvente que se utiliza.

Utilizamos para ello una cápsula de Petri de tamaño adecuado, en la que se coloca el solvente y sobre la que se sitúa verticalmente el cilindro de papel. El conjunto se cubre con una campana de cristal que ajusta herméticamente con una plancha de espuma de goma que sirve de fondo. La saturación de la cámara la conseguimos manteniendo constantemente en su interior un vaso de precipitados con el solvente.

Solvente empleado

Los solventes clásicos en la técnica bidimensional, como el fenol-agua y el propanol-agua, no proporcionan desarrollo suficiente, por lo que hemos ensayado el butanol-áctico-agua, con buen resultado, y, sobre todo, el que hemos adoptado definitivamente, el butanol-fórmico-agua, en la proporción de 15-3-2, con el que se obtiene mayor desarrollo y limpieza del cromatograma.

Revelado

Una vez realizados los dos recorridos que antes hemos mencionado, se extiende la hoja de papel y se deja secar al aire, quedando en condiciones de pasar al revelado, empleando para ello una solución de ninhidrina al 0'2 por ciento en butanol saturado de agua. Con un pulverizador especial se rocía homogéneamente la hoja, evitando un exceso de colorante que ensucia el cromatograma. Se deja secar éste al aire durante media hora y a continuación se introduce en el horno seco a 80°, durante diez minutos, con lo que se obtiene el completo desarrollo de las manchas correspondientes a los distintos aminoácidos. A veces hemos utilizado el revelado lento a la temperatura ambiente, con lo que la máxima coloración se obtiene a las veinticuatro horas. La ventaja de esta variante es que la aparición del color no es simultánea en todos los aminoácidos y permite realizar una identificación primaria en función de la rapidez de aparición del color.

Identificación de las manchas

Recurrimos para ello a diversos procedimientos, con los que siempre hemos conseguido identificar la totalidad de las manchas aparecidas en nuestros cromatogramas.

Un dato de valor es la posición relativa de la mancha en el cromatograma, expresada por el Rf (relación entre la distancia recorrida por el aminoácido y la recorrida por el frente del solvente), que en igualdad de condiciones de trabajo es constante para cada aminoácido.

Cuando el Rf no nos basta para conocer la identidad de una mancha, procedemos al enriquecimiento del líquido problema con el aminoácido que se quiera identificar en la pista, comprobando en un nuevo cromatograma cuál es la mancha que ha aumentado visiblemente de intensidad.

Podemos también comparar la pista con otra simultánea en la que se colocan «standard» de los aminoácidos que se sospechan, y la posición y color, comparados con los del problema, son de gran utilidad resolutiva.

Por último, podemos recurrir a las tinciones específicas de determinados aminoácidos (el triptófano, los azufrados), con lo que se consigue situarlos en el cromatograma.

Determinación cuantitativa de cada aminoácido a partir del cromatograma

Dada la intensidad de la coloración con ninhidrina, pensamoas en la posibilidad de realizar un estudio cuantitativo en función del color fijado por el aminoácido, de manera análoga a lo que ocurre en la valoración de los proteinogramas. Para ello se recortan las manchas, se coloca cada una de ellas en un tubo de ensayo y se añade como líquido de elución 6 ml. de metanol al 50 por ciento. Al cabo de media hora se puede determinar el color por fotocolorimetría, y de la suma de las extinciones correspondientes a todas las manchas, obtener un reparto porcentual de la intensidad de los colores respectivos.

Esta valoración no es completamente exacta; en parte, porque la reacción de

coloración con ninhidrina no sigue estrictamente las leyes de Beer, y, sobre todo, porque la intensidad o apetencia del colorante no es la misma para todos los aminoácidos.

Si la coloración de los tubos es débil, se puede reforzar practicando la elución-tinción en caliente, con una solución de ninhidrina al 2 por ciento en alcohol y manteniendo en baño hirviente durante treinta minutos. Nosotros no hemos empleado esta modificación, pues creemos que para nuestros fines basta la sensibilidad obtenida con la simple elución. Como previamente hemos practicado la determinación cuantitativa global de los aminoácidos, la obtención de reparto porcentual del cromatograma basta para proporcionarnos una visión completa de la situación de los aminoácidos en el líquido analizado.

Resultados

Presentamos a continuación los valores de Rf correspondientes a los aminoácidos hallados por nosotros en la sangre y orina de los casos estudiados:

Acido aspártico	0'40	Leucina	0'98
Acido glutámico	0'43	Taurina	0'12
Alfa alanina	0'52	Tirosina	0'58
Cisteína	0'26	Ser'na	0'19
Cistina	0'16	Valina	0'86
Fenil alanina	0'90	Triptófano	0'72
Glicocola	0'29	Prolina	0'62
Metionina	0'71	Lisina	0'14

Estos valores de Rf son los promedios obtenidos en las determinaciones cromatográficas en suero y orina, siendo ligeramente diferentes a los que se obtienen con los «standard» aislados de aminoácidos, pues es indudable que la presencia de otros aminoácidos en la misma muestra modifica la movilidad individual.

TABLA DE RESULTADOS N.º 1

VALORES DE LA AMINOACIDEMIA EN LOS CASOS ESTUDIADOS

Aminoácidos Total (mg. %)	*Normales* 9'2 mg. %	*Nefrosis* 4'8 mg. %	*Hepatitis* 21 mg. %
Cromatograma (en % del total de aminoácidos del suero)			
Leucina	20	27	18
Fenil alanina	8	4	9
Valina	10	11	6
Metionina	6	4	7
Triptófano	4	1	3
Tirosina	9	4	12
Prolina	2	5	1
Alanina	6	3	9
Acido glutámico	9	19	12
Glicocola	4	16	9
Acido aspártico	7	2	4
Lisina	4	0'5	1
Serina	6	0'5	6
Cistina	2	1	2
Taurina	3	2	1

Las cifras de aminoacidemia están expresadas en mg. de nitrógeno amínico por 100 ml. de suero. Los valores del cromatograma, en porcentajes relativos del total.

La columna de valores normales es el promedio de cinco casos normales estudiados. La de nefrosis corresponde a la media de dos casos estudiados. La de hepatitis, a un caso gravísimo de atrofia hepática por intoxicación fosforada accidental.

TABLA DE RESULTADOS N.º 2

VALORES DE LA AMINOACIDURIA EN LOS CASOS ESTUDIADOS

Aminoácidos Total (mg. por 24 h.)	*Normales* 145 mg. %	*Nefrosis* 105 mg. %	*Hepatitis* 238 mg. %
Leucina	3	3	3
Fenil alanina	5	4	3
Valina	2	2	6
Metionina	2	2	5
Triptófano	4	0	2
Tirosina	1	0	7
Prolina	2	0	0
Alanina	6	4	12
Acido glutámico	8	18	10
Glicocola	24	20	9
Acido aspártico	12	11	4
Lisina	4	14	16
Serina	13	10	11
Cistina	5	14	7
Taurina	10	8	4

Los valores de aminoaciduria total están expresados en mg. de nitrógeno amínico eliminados en veinticuatro horas.

Los correspondientes a cada aminoácido, en porcentajes relativos del total. Los casos son los mismos presentados en la tabla anterior, correspondientes a los valores de aminoacidemia.

Resultados

Presentamos en las dos tablas los primeros resultados obtenidos por nosotros en el estudio de la aminoacidemia y aminoaciduria, con las técnicas descritas.

Hemos realizado unas determinaciones en cinco sujetos normales, varones de veinte a veinticinco años de edad, correspondientes a estudiantes de Medicina que se prestaron voluntariamente a colaborar en nuestro trabajo. El promedio de los resultados es el que figura en las tablas en la columna correspondiente a normales. Dado el limitado número de casos, no hemos realizado su análisis estadístico, señalando únicamente que las cifras de aminoacidemia total oscilan entre 7'1 y 11'3 miligramos por ciento, con un promedio de 9'2 mg., que es el que figura en las tablas. Los porcentajes obtenidos de los cromatogramas fueron coincidentes en los cinco casos, por lo que creemos que las cifras presentadas representan con bastante exactitud el promedio normal.

La aminoaciduria la expresamos en miligramos de nitrógeno amínico por veinticuatro horas, pues representa un valor más constante que si se expresara en miligramos por ciento, ya que la eliminación de aminoácidos no es homogénea a lo largo de la jornada.

De entre las diversas determinaciones realizadas en casos patológicos hemos seleccionado para presentar en las tablas las correspondientes a dos procesos en los que la alteración existente en el metabolismo de los aminoácidos es muy expresiva.

La columna de «nefrosis» corresponde al promedio de dos casos de nefrosis lipoidea, estudiados en la fase de estado con gran albuminuria, anasarca y marcada disproteinemia. Destaca en estos casos la disminución de la aminoacidemia (5'4 y 4'2 mg. por ciento, respectivamente), y en menor cuantía, de la aminoaciduria, no pudiendo demostrarse en el cromatograma de orina la presencia de triptófano, tirosina y prolina, cuyos valores están también disminuídos en el suero.

La columna de «hepatitis» corresponde a un caso solamente, pero lo presentamos por ser muy demostrativo. Se trataba de un niño que, a consecuencia de la ingestión accidental de fósforo (en forma de mixtos de cazoleta, de los que se tragó un paquete), presentó una insuficiencia hepática aguda, con atrofia amarilla de hígado y fallecimiento a los pocos días.

Se aprecia la intensa elevación de la aminoacidemia y aminoaciduria como exponente del fracaso de la función hepática, con eliminación masiva de aminoácidos en orina.

Discusión

Son pocos los datos de la literatura con referencia a las cifras normales de los aminoácidos en sangre y en orina estudiados separadamente. Stein y Moore, en su primer trabajo con la compleja técnica de cromatografía en columna, presentan resultados correspondientes a tres casos de varones. Soupart publica recientemente varios casos normales de mujeres, en las que hace estudio seriado de la aminoacidemia y aminoaciduria en relación con el período menstrual, empleando las mismas técnicas de Stein y Moore. Señala que el 89 por ciento del nitrógeno amínico corresponde a diez aminoácidos, repartiéndose el resto entre otros ocho aminoácidos, que se encuentran en concentraciones mínimas.

Paidovin, que estudia la aminoacidemia en mujeres embarazadas, aisla solamente diez aminoácidos y no expresa sus resultados más que en forma de unidades arbitrarias, sin resolver el problema de la valoración cuantitativa.

No podemos, pues, establecer una comparación entre nuestros casos con los obtenidos por otros autores, debido, en parte, a la dificultad de comparar técnicas distintas y, sobre todo, a la falta de datos con las técnicas estudiadas por nosotros.

Nuestros valores de aminoacidemia total son ligeramente superiores a los que presenta Antener con la misma técnica, y los datos de aminoaciduria global son bastante coincidentes.

En lo que se refiere al estudio cromatográfico, todavía no hemos encontrado dos trabajos en los que se coincida en el número de aminoácidos aislados. Esto es explicable porque, dada la pequeña concentración con que se trabaja, las distintas técnicas influyen decisivamente en los resultados.

La mayoría de los autores aislan diez o menos aminoácidos en el suero y orina. Stein y Moore son los que consiguen aislar mayor número de ellos, llegando

a los dieciocho. Creemos que el rendimiento de nuestra técnica es suficientemente bueno en la comparación con estos datos.

Coincidimos con la mayoría de los autores en el aislamiento de los aminoácidos leucina, valina, fenil-alanina, tirosina, metionina, ácido glutámico, glicocola, taurina y serina. La cistina y el ácido aspártico, encontrados por nosotros, no los mencionan muchos autores, y la prolina, que aparece en casi todos nuestros cromatogramas, dando una mancha inconfundible por su color amarillo, no la hemos visto descrita.

STEIN y MOORE encuentran en todos sus casos cantidades marcadas de histidina y metil-histidina, que nosotros no hemos podido confirmar.

Si pasamos al comentario y discusión de los casos patológicos, todavía es más difícil establecer comparaciones, pues la mayoría de las publicaciones hacen referencias a problemas de nutrición, especialmente en niños. JONXIS y HUISMAN estudian varios casos de aminoaciduria en niños con escorbuto y raquitismo; EBERLEIN investiga sobre la cistinuria y cistinosis, también en niños.

Datos concordantes con los hallados por nosotros en el caso de insuficiencia hepática, son descritos por STEIN y MOORE en varios casos de degeneración hepatolenticular de Wilson, así como por NARDI en quemados graves, en los que es lógico pensar existe una claudicación de la función hepática. Todos ellos describen un aumento de la aminoacidemia y aminoaciduria con elevación de la excreción de los aminoácidos esenciales, que en condiciones normales son excretados por el organismo en cantidades mínimas.

No hemos encontrado en la literatura ningún dato referente a estudios de este tipo en enfermos de nefrosis lipoidea.

* * *

Creemos que lo fundamental de nuestro trabajo es habernos permitido disponer de una técnica de investigación cuyos resultados en los primeros casos estudiados son prometedores. Siendo el problema de las aminoacidemias y aminoaciduria un terreno poco investigado, creemos que los datos obtenidos hasta ahora por nosotros son de interés y justifican la continuación del trabajo, con el fin de ampliar el número de casos y de situaciones clínicas estudiadas con esta técnica.

RESUMEN

Se presentan en este trabajo un conjunto de técnicas basadas en la cromatografía sobre papel que permiten la investigación cuantitativa y cualitativa de los aminoácidos en sangre y en orina, insistiendo en el interés que representa la posibilidad de obtener datos cuantitativos referentes a cada uno de los aminoácidos identificados por la separación cromatográfica.

En un estudio de cinco sujetos normales, se obtienen los valores correspondientes a las concentraciones en sangre y en orina de los aminoácidos, que se presentan en una tabla general con los resultados correspondientes a los casos patológicos estudiados.

Los aminoácidos identificados son: leucina, fenilalanina, valina, metionina, triptofano, tirosina, prolina, alanina, ácido glutámico, glicocola, ácido aspártico, lisina, serina, cistina y taurina.

Los que se encuentran en el suero a mayor concentración son: leucina, fenilalanina, valina y ácido glutámico, mientras que en la orina, los mayores niveles de excreción los alcanzan glicocola, el ácido aspártico, la orina, la serina y la taurina, cuyas concentraciones en sangre son pequeñas.

En dos casos de nefrosis lipoidea estudiados, se comprobó una disminución de la aminoacidemia y aminoaciduria, con respecto a los casos normales, mientras que en un caso de insuficiencia hepática grave, era marcada la elevación de la aminoacidemia y especialmente de la aminoaciduria, destacándose el incremento con relación a los casos normales en la eliminación de tirosina, alanina, ácido glutámico y lisina.

BIBLIOGRAFÍA

ANTENER, ILSE.—*Schweizerische Medizinische Wochsrf.*, 83, 18, 425, 1953.
ANTENER, ILSE.—*Schweizerische Med. Wochsrf.*, 81, 970, 1951.
BLOCK, R.—«Paper Chromatography, A Laboratory Manual.» Academia Press Inc., New York, 1952.
CRAMER, FRIEDREICH.—«Papiercromatographie; Verlag Chemie.» *G. M. B. A.*, Weinheim, 1953.
CROMATOGRAPHY.—*British Med. Bull.*, 10, 3, 1954.
EBERLEIN, W. R.—*Am. J. Med. Sciences*, 225, 667, 1953.
HUISSMAN, T. H.—*Pediatrics*, 14, 3, 245, 1954.
JONXIS, J. H., y HUISSMAN.—*The Lancet*, 29 agosto, 428, 1953.
JONXIS, J. H., y HUISSMANS, T. H.—*Pediatrics*, 14, 3, 238, 1954.
«Individual Metabolic Patterns.» The University of Texas publication, 5109, Houston-Texas, 1951.
LUNDQUIST, F.—*Clin. Chim. Acta*, 4, 6, 784, 1959.
NARDI, G. L.—*The J. of Clin. Invest.*, 33, 6, 847, 1954.
OPIENSKA-BLAUTH, J.—*Clin. Chim Acta*, 4, 6, 841, 1959.
PAIDOVIN, L. Q. S.—*The Med. J. of Australia*, 23 enero, página 105, 1954.
PEG, V.; GUILLÉN, G., y GIMENO, A.—*Clínica y Laboratorio*, 59, 1955.
SOUPART, P.—*Clin. Chim. Acta*, 4, 2, 265, 1959.
SOUPART, P.—*Clin. Chim. Acta*, 5, 2, 235, 1960.
STEIN, W. H., y MOORE, S. J.—J. Biol. Chem., 211, 915, 1954.
STEIN, W. H.; BAERN, A. G., y MOORE, S.—*The J. of Clin. Invest.*, 33, 3, 410, 1954.
TISELIUS, A.—*Gazetta Chimica Italiana*, 88, 1.177, 1954.
YLI-BOHJA, M.; TUOMINEN, K., y KULONEM, E.—*Clin Chim. Acta*, 3, 4, 397, 1958.

Dirección: Latassa, 17, 4.º dcha. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
CATEDRÁTICO: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

LÍPIDOS TOTALES, COLESTEROL Y LIPOPROTEÍNAS SANGUÍNEAS EN ATEROESCLEROSIS

POR LA

SRTA. DORIS RENEE ESPINOZA RACCA

LIMA (PERÚ)

En los últimos años se ha tratado de estudiar la etiopatogenia de la ateroesclerosis, vinculándosela con lipidemia, colesterolemia y lipoproteínas de la sangre, ya que las investigaciones histoquímicas permitieron comprobar que en la ateroesclerosis hay infiltración de los vasos sanguíneos por diversas clases de lípidos que constituyen las placas ateromatosas.

NIKKILA y NIEMI estudiaron, en 1957, los lípidos y lipoproteínas del suero sanguíneo, encontrando que aumenta su concentración en el hombre en la sexta década de la vida, para decrecer después, y que en las mujeres aumenta en la octava década, aproximadamente.

La aparición de la ateroesclerosis está relacionada con trastornos nutritivos, pues durante la segunda guerra mundial hubo en Noruega, Finlandia, Alemania, Holanda, etc., disminución considerable de ingesta de grasas, declinando en forma sorprendente la mortalidad por coronariopatías, pero una vez que aumentó el consumo de grasas, acrecentó, también, el índice de mortalidad por este proceso morboso.

También se ha comprobado que en los países con abundantes lípidos en la alimentación, como, por ejemplo, Inglaterra, Dinamarca, Holanda y Norteamérica, es muy frecuente la ateroesclerosis, mientras que en las poblaciones en que el uso de grasas animales es más limitado, como Bantú, Italia meridional, España, etc., presenta una menor frecuencia la ateroesclerosis.

En el Perú comenzaron a estudiarse los factores bioquímicos de la esclerosis arterial el año 1954, en que BELIA AGUADO cuantificó colesterol sanguíneo en ancianos; después, en 1958, EDGAR BERMEJO determinó colesterol en las alfa beta lipoproteínas de arterioesclerosis, y, por último, MARÍA CONSUELO NAVARRETE comprobó la acción farmacoquímica de la amida del ácido fenil etil acético sobre la colesterolemia del ateroescleroso.

Este trabajo, que estudia lipidemia, colesterolemia y lipoproteínas en ancianos ateroesclerósicos, consta de las siguientes partes: En la primera, expongo los conocimientos actuales sobre variaciones cuantitativas lipidémicas en ateroesclerosis; en la segunda parte indico las técnicas para cuantificar lípidos, colesterol y lipoproteínas de la sangre; en la tercera, relato las investigaciones efectuadas e interpreto los resultados, para terminar con las conclusiones y la bibliografía.

Agradezco al doctor HUMBERTO ASTE, del Laboratorio de Investigaciones del Instituto de Biología Andina, por permitirme realizar la parte práctica en dicho Instituto; al Q. F. LUIS PEÑA, por sugerirme estudiar el tema; al doctor WILLY PACHAS, por guiarme en el trabajo experimental; a los doctores PAQUITA CHÍA y CARLOS URQUIAGA, del Hospital «Santo Toribio de Mogrovejo», por facilitarme enfermos de ese nosocomio, y 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 su ayuda en la parte bibliográfica y en la revisión de los originales.

LIPIDEMIA EN ATEROESCLEROSIS

Las variaciones cuantitativas de los lípidos plasmáticos en la ateroesclerosis la comprobaron, en 1910, ASCHOFF y WINDAUS, quienes encontraron que las placas ateromatosas están constituídas por colesterol; muchos años después se demostró que las lipoproteínas varían en cantidad en esa enfermedad.

Estas variaciones cuantitativas, también se comprueban en diabetes, mellitus, nefrosis, hipercolesterolemia esencial, mixedema, etc.

HIRSCH [22], resumiendo en 1943 los conocimientos sobre la materia, dijo que las placas ateromatosas se forman por infiltración y depósito indiscriminado de los lípidos plasmáticos, porque las partículas lipídicas que se encuentran estabilizadas en la sangre por una película proteica, cuando la acidez de las proteínas es mayor de la correspondiente a su punto isoeléctrico, coalescen y precipitan. KATZ [25] y colaboradores dicen que el factor clave en la patogénesis de la ateroesclerosis es la alteración del metabolismo de colesterol, lípidos y lipoproteínas, que no se vincula con el envejecimiento, que no es inevitable y que, probablemente, es en cierto modo reversible.

Los lípidos sanguíneos están integrados por triglicéridos o grasas neutras que cuando son grasas animales y aceites vegetales hidrogenados, contienen ácidos grasos saturados, que tienden a aumentar la colesterolemia; fosfolípidos constituídos por moléculas que poseen fósforo y ácidos grasos, como lecitinas, cefalinas y esfingomielinas, que forman con las proteínas, lipoproteínas y colesterol, que está constituído por el núcleo ciclopentanohidro-fenantreno, todos los que se depositan en las placas de ateroma.

El organismo humano sintetiza 500 mg. de colesterol por día, mientras que en el hígado se sintetizan de 1.000 a 1.500 mg. diarios; esta síntesis se regula por la absorción del colesterol en el intestino, según refiere CALVA [7], de México.

El 30 por ciento del colesterol se conjuga con las alfa-lipoproteínas y el resto con las beta-lipoproteínas; sólo en pequeña parte se encuentra libre en la sangre, por lo cual debe extraérsele con solventes.

Los animales que se han usado experimentalmente para determinar los factores causales de la ateroesclerosis y hallar el modo de prevenirla o curarla, no han proporcionado datos concluyentes por diferente capacidad de absorción.

Aunque se vincula el colesterol con la génesis de la ateroesclerosis, en la actualidad se estudia la relación con las lipoproteínas.

Por análisis electroforético se ha individualizado fracción alfa y beta de las lipoproteínas, que en sujetos aparentemente sanos están repartidas en 75 por ciento

de lipoproteínas beta y 25 por ciento de lipoproteínas alfa; en la ateroesclerosis la fracción beta aumenta considerablemente, mientras que la fracción alfa disminuye. Se ha tratado de determinar cuál es la relación entre esta variación de las fracciones lipoproteicas y la génesis de la ateroesclerosis, pero las comprobaciones no proporcionaron resultados unívocos.

HUEPER [24] sugiere que las lipoproteínas se mantienen en solución en la sangre debido a ciertos estabilizadores, como los fosfátidos, los ácidos grasos y la heparina; según experimentos realizados, se comprobó que cuando disminuyen estos estabilizadores, la solubilidad de las lipoproteínas disminuye, formándose las placas de ateroesclerosis.

Las alfa-lipoproteínas son moléculas pequeñas, que las integran proporcionalmente mayor cantidad de fosfolípidos y proteínas y tienen mayor densidad que las beta. Las beta-lipoproteínas contienen mayor cantidad de colesterol y menor densidad por la grasa que contienen.

En el plasma humano de personas aparentemente sanas, la concentración de proteínas totales es de 7 gm. por 100 ml.; el 12 ó 15 por ciento son lipoproteínas.

Con la ultracentrífuga se comprobó que las lipoproteínas, a diferencia de las otras proteínas séricas, emigran hacia la superficie de la celda en que se les centrifuga.

Para valorar las lipoproteínas se adoptó la unidad Svedberg de flotación, que es el desplazamiento hacia el centro de rotación de 1×10^{13} cm. de 1 gr. por influencia de la fuerza de una dina; la medición se hace entre 25 y 27° C. de temperatura y con solución de cloruro de sodio de peso específico igual a 1.063.

GOLFMAN [18] y colaboradores, de California, agrupan las lipoproteínas en familias de acuerdo a sus velocidades de migración:

Sf. de 0 a 12, a las lipoproteínas que casi no emigran.
Sf. de 12 a 20, a las lipoproteínas de movilidad media.
Sf. de 20 a 100, a las lipoproteínas de desplazamiento mayor.

ONCLEY [39] de Harvard, las agrupa en cuatro familias:
Sf. 1.
Sf. 2.
Sf. 2 - 10.
Ff. 10 - 400.

Electroforéticamente se comprueba que las lipoproteínas se encuentran asociadas a las seroglobulinas alfa - 1 y beta - 1.

GOFMAN [15] y colaboradores sostienen, desde 1950, que en los casos de ateroesclerosis hay aumento de una fracción específica de las lipoproteínas y que existe relación entre causa y efecto en el desarrollo de esta enfermedad. Los sujetos ateroesclerósicos presentan la relación beta-alfa lipoproteínas aumentada, aunque también hay casos en que personas sanas presentan la relación beta-alfa aumentada.

TÉCNICA PARA DETERMINAR LÍPIDOS TOTALES SANGUÍNEOS

Se empleó la técnica de KUNKEL, AHRENS y EISENMEYER [26], que diluye el suero sanguíneo con fenol, provocando la precipitación de los lípidos sin interferencia de las proteínas y donde la densidad óptima de la suspensión es proporcional a la concentración de lípidos totales.

Los reactivos son los siguientes:

1) Solución fenólica clorurada de KUNKEL:

Fenol fundido Q. P.	1 gm.
Cloruro de sodio	12 gm.
Agua c. s. p.	1.000 ml.

Este reactivo debe conservarse en la refrigeradora y renovarse cada veinte días.

2) Solución de ácido sulfúrico 0.2/N.

Se prepara disolviendo 0'55 de ácido sulfúrico de D = 1'84 con agua destilada, hasta completar 100 ml.

3) Solución de cloruro de bario 1'50 por ciento.

Calibrador. — Se mide 3 c. c. de la solución de cloruro de bario y se lleva a 100 c. c. con ácido sulfúrico 0'2 N.

Esta suspensión de sulfato de bario equivale a 20 U. T., y en base a este punto, uniendo con una recta al origen del gráfico, se obtienen la recta de calibración.

Técnica operatoria. — A 4'5 ml. de la solución fenólica clorurada, se agrega 0'25 ml. de suero; mezclar, invirtiendo cinco veces y apreciar el enturbiamiento en el espectro fotómetro de Coleman, haciendo una apreciación en blanco con agua.

Cálculos. — Los resultados se obtienen en densidad óptica, que se transforman en unidades de enturbiamiento por medio de la recta de calibración, y luego, para expresar los resultados en miligramos por ciento de lípidos, se usa la siguiente fórmula:

Apreciación en U. T. $\times$ 16'6 + 267 = mg. % de lípidos.

Nota. — Es muy importante que en el momento de mezclar el suero con el reactivo, la temperatura sea de 25° C. y que ésta se conserve durante toda la reacción, debido a que temperaturas mayores de 35° C. dan resultados mayores en 30 a 40 por ciento.

Según CHENAU, MARIANI y COMPONOVO [9], de Buenos Aires, las cifras normales para adultos son 540 mg. 150, y los resultados obtenidos superan en 12 por ciento a los proporcionados con la técnica de BLOOR.

TÉCNICA PARA DETERMINAR COLESTEROL TOTAL SANGUÍNEO

Seguí la técnica de HENLY y ZAK, modificada por CHIAMORI [10], que precipita las proteínas con el reactivo ácido acético-cloruro férrico y coprecipita bilirrubina.

Los reactivos necesarios son:

Acido acético - cloruro férrico, en ácido acético glacial. Se guarda a temperatura ambiente, en botellas de polietileno, y es estable por lo menos un mes.

Acido sulfúrico concentrado.

Stock de colesterol standard, en cloroformo 2'0 mg. por ml.

Colesterol standard para trabajo. 0'2 mg. por ml. Diluir el stock standard 1: 10 con cloroformo.

Modus operandi. — Usando una pipeta T. C., mezclar 0'1 ml. de suero o plasma con 9'9 ml. del reactivo ácido acético-cloruro férrico, contenido en un tubo de prueba y dejarlo reposar durante 10 ó 15 minutos. Calentar los tubos en un baño

de María a 60° C. durante dos minutos, agitando ocasionalmente. Dejar enfriar a la temperatura ambiente y centrifugar.

Colocar lo siguiente en tubos de prueba 25 × 150 mm.:

Blanco: 5 ml. del reactivo ácido acético-cloruro férrico.

Standard: 1'0 ml. de colesterol standard de trabajo, evaporarlo a 60° C. y entonces agregar 5 ml. del reactivo ácido acético-cloruro férrico. La evaporación del cloroformo puede acelerarse con una corriente forzada de aire a nitrógeno.

Problema. — 5 ml. del líquido sobrenadante se mezclan con 3'0 ml. de ácido sulfúrico concentrado en un tubo de prueba. Después de diez minutos, apreciar la absorción (A)a 560 mg. o con un filtro con longitud de onda nominal en esta región en fotocolorímetro Klett-Summerson número 54 contra un blanco de agua.

Cálculos. — Se usa la siguiente fórmula:

$$\frac{Ax - Ab}{As - Ab} \times 400 = \text{mg. de colesterol por 100 ml. de suero.}$$

Técnicas para cuantificar lipoproteínas

La cuantificación de lipoproteínas plasmáticas se hace:

1.° Por fraccionamiento con mezclas agua-etanol a reducida temperatura, según la técnica de Cohn [11], que preconiza Adair-Adair [2].

Las proteínas plasmáticas se precipitan con etanol a —5° C.; controlando rigurosamente la concentración de alcohol, fuerza iónica y pH.

Se separan las alfa-lipoproteínas, que precipitan en las fracciones IV, V y VI, y las beta-lipoproteínas, que precipitan en las fracciones I y III.

2.° Por ultracentrifugación analítica, propuesta por Pedersen [41] y perfeccionada por Gofman [16 18]. La sedimentación negativa o flotación de las lipoproteínas, es decir, el desplazamiento progresivo en sentido opuesto al de la fuerza centrífuga de las lipoproteínaas inmergidas en un solvente de menor densidad, permite cuantificarlas.

La velocidad de flotaación se expresa en unidades Svedberg Sf ($1'10^{-13}$ 12 cm/seg. dinas/g.), caracterizándose a las lipoproteínas en diferentes clases, con Sf. progresivamente creciente e inversamente proporcional a la densidad molecular, siempre menor.

3.° Por electroforesis sobre papel, gracias a la tinción de los lípidos por un colorante lipófilo. Por medio de este procedimiento se separan las dos fracciones lipídicas, que emigran electroforéticamente con la velocidad de las alfa y beta-globulinas.

El diagrama electroforético refleja las diferencias en la movilidad de los iones proteicos dentro del campo eléctrico.

En la electroforesis sobre papel, puede observarse menos claramente una pequeña fracción que emigra con la velocidad de la albúmina y precede poco a las alfa - 1 lipoproteínas; una fracción alfa - 2, cuya migración corresponde a las alfa - 2 seroglobulinas y que contienen el 5 por ciento de todas las lipoproteínas; esta onda precede un poco de las beta-lipoproteínas; después de la beta-lipoproteínas se encuentra una larga cola que se extiende desde la beta-lipoproteína hasta el origen del cromatograma. Las fibras de papel retienen las moléculas más gruesas y los quilomicrones.

Todas estas subfracciones se observan en corridas electroforéticas largas, no apreciándose en la de dos horas.

La técnica electroforética de Wilcox [47] y colaboradores, con ligeras modificaciones, es la que he empleado para cuantificar lipoproteínas sanguíneas.

Reactivos

1) Amortiguador de barbital: pH = 8'6 F. I. = 0'075.

Barbital (ácido dietil-barbitúrico) . . .	2'76 g.
Barbital sódico	15'45 g.
Agua destilada c. s. p.	1.000 g.

El pH se controló con potenciómetro de Bekman.

La solución puede emplearse dos o tres veces, invirtiéndose los electrodos para cada operación.

2) Solución colorante. Solución alcohólica de Sudan Black B. acetilada, como la describe Lillie y Burtner [28]. Disolver dos gramos de Sudan Black B. en 60 ml. de piridina y 40 ml. de solución de anhídrido acético. Dejarlo en reposo veinticuatro horas. Filtrar y secar el precipitado. Recoger el residuo del papel. Disolver 0'300 del residuo en 100 ml. de alcohol 95 por ciento (solución saturada). Calentar a 60 - 70° C., agitando por diez a quince minutos. Calentar a 50° C. cinco minutos, cada vez que se use.

Material. — Papel Wahtman 3 M. M. (3 × 29 cm.). Micropipeta de 10 lambdas. Pipetas de 1 ml. Aplicador tipo Spinco. Centrífuga eléctrica refrigerada con adaptador para alta velocidad. Estufa. Aparato de electroforesis tipo Durrum. Analytrol Spinco R.

Aparatos. — Se usó la celda electroforética «Durrum» fabricada por Spinco, División Bekman Instruments Inc., Belmont, California, que consta de una caja de material plástico con una división en su parte central, que divide en dos compartimentos, cada uno de los cuales está subdividido en dos partes: una de ellas, la más pequeña, es para los electrodos y comunica con la otra parte por una construcción laberíntica, para evitar que las reacciones de los electrodos alcancen el compartimento mayor, que es donde se encuentran las tiras de papel de filtro. Dichos compartimentos mayores están unidos por una división que en su parte superior posee una pequeña horadación que permite equilibrar el nivel del líquido en ambos compartimentos. Se cierra con una tapa de material plástico.

El papel de filtro cortado en tiras de 3 cm. de ancho por 29 cm. de largo, se coloca en forma de «V» invertida y paralelo, sobre el soporte o caballete que se introduce en la célula y que tiene capacidad para ocho tiras.

Los electrodos son de alambre de platino y se encuentran dentro de la célula.

La corriente se suministra por una fuente eléctrica a través de sus correspondientes electrodos, con regulador de voltaje y amperaje y con una potencia máxima de 500 voltios y 50 mA.

Se usó Analytrol modelo «R» fabricado por Spinco División Bekman Instruments Inc., Belmont, California. Es un densitómetro de registro calibrado, que inscribe la absorción de la luz de una tira teñida, con integrador automático que inscribe en una línea dentada el área bajo la curva inscrita por el densitómetro.

Técnica operatoria. — A 1 ml. de suero, agregar lentamente 0'1 ml. de solución colorante, agitar el tubo y dejar en reposo treinta minutos. Cortar el papel de filtro Whatman 3 M. M. en tiras de 3 por 29 centímetros y marcar con lápiz la mitad de la tira.

En uno de los extremos de la tira se colocarán los datos de identificación de la muestra y la fecha de la corrida.

Las tiras se sumergen en solución tampón y se secan parcialmente; luego se colocan en el caballete y se introducen en la celda electroforética que contiene la solución tampón de pH 8'6; se cierra con la tapa plástica (que posee una abertura en la parte superior que sirve para hacer las aplicaciones y que después se cubre) y se conectan los electrodos para calentar el aparato durante quince minutos.

Centrifugar la muestra coloreada para retirar exceso de colorante durante quince minutos.

Apagar la fuente de corriente eléctrica y aplicar 20 lambdas de suero coloreado por medio del aplicador tipo «Spinco» sobre las tiras colocadas en el caballete.

Aplicar un potencial de 250 voltios por dos horas.

Retirar las tiras y secarlas en la estufa.

Registrar las tiras en el Analytrol.

Cálculos. — Para interpretar los resultados en relación con los lipoproteinogramas, se trazan perpendiculares desde los mínimos de la curva de densidad hasta la línea dentada, teniéndose así las fracciones; se cuentan los dientes entre las perpendiculares y se suman (cada diente equivale a 10 mm^2 de área debajo de la curva), luego se obtienen los porcentajes y la relación.

Investigaciones efectuadas e interpretación de los resultados

Se cuantificó lípidos, colesterol y lipoproteínas de cincuenta y dos pacientes, de los que veinticinco fueron mujeres y veintisiete varones, del Hospital «Santo Toribio de Mogrovejo». Las muestras de sangre se obtuvieron por punción venosa, con jeringuilla para inyecciones hipodérmicas, seca, y aguja número 20.

Se extrajo 10 ml. de sangre, en ayunas; la aguja se retiró para prevenir hemólisis y la muestra se trasfirió a un tubo de prueba hasta que se formó el coágulo, y se centrifugó ocho minutos a 2.500 r. p. m.

El suero formado se trasfirió, por medio de una pipeta Pasteur, a otro tubo de prueba.

Nota: Si no se usa el suero inmediatamente, debe guardarse en refrigeradora.

Van a continuación los resultados:

LÍPIDOS TOTALES, COLESTEROL Y LIPOPROTEÍNAS DE SUJETOS CON ATEROESCLEROSIS

Caso	*Nombre*	*Edad*	*Lípidos totales mg/100 ml.*	*Colesterol mg/100 ml.*	*Beta-lip. %*	*Alfa-lip. %*	*Rel. B/A*
1	J. R.	86	369'92	92	62'90	37'10	1'70
2	A. M.	58	429'68	116	80'00	20'00	4'00
3	R. S.	76	466'20	152	79'50	20'50	3'88
4	K. S.	60	504'38	150	84'00	16'00	5'18
5	F. N.	73	532'00	204	84'25	15'75	5'30
6	L. S.	69	554'18	160	81'25	18'75	4'35
7	J. L.	78	562'48	172	85'50	14'50	6'00
8	C. B. P.	67	562'48	208	57'25	42'75	1'34
9	N. C.	56	562'48	172	82'50	17'50	4'73
10	A. C.	84	565'00	200	83'50	16'50	5'08

Caso	*Nombre*	*Edad*	*Lípidos totales mg/100 ml.*	*Colesterol mg/100 ml.*	*Beta-lip. %*	*Alfa-lip. %*	*Rel. B/A*
11	J. J.	60	565'00	200	86'50	13'50	6'55
12	G. G.	79	569'12	184	85'75	14'25	6'20
13	R. M.	59	570'78	216	90'75	9'25	10'20
14	L. T.	79	570'78	236	72'50	27'50	2'63
15	S. F.	54	577'42	208	85'50	14'50	5'90
16	M. V.	62	579'08	216	76'00	24'00	3'19
17	G. L.	73	579'08	180	83'75	16'25	5'13
18	S. S.	74	600'66	206	82'50	17'50	4'70
19	A. L.	65	605'64	196	90'25	9'75	9'25
20	K. M.	59	605'64	204	72'75	27'25	2'70
21	V. B.	63	608'96	272	82'00	18'00	4'80
22	F. M.	80	620'58	234	78'00	22'00	3'58
23	J. L. F.	63	625'56	192	89'50	11'50	7'70
24	M. G.	72	627'22	180	80'50	19'50	4'25
25	F. M.	76	628 88	200	89'50	10'50	8'90
26	S. K.	60	635'52	160	87'00	13'00	6'70
27	H. C.	73	643'82	192	83'00	17'00	4'90
28	C. A.	54	652'12	220	80'00	20'00	4'00
29	R. C.	62	652'12	292	94'75	5'25	18'10
30	A. L.	73	652'12	196	78'00	22'00	3'57
31	A. S.	80	653'78	196	90'50	9'50	9'55
32	N. L. S.	56	655'44	276	81'50	18'50	4'40
33	S. H.	73	665'00	212	91'00	9'00	10'25
34	V. G.	60	665'00	188	76'75	23'25	3'25
35	T. B.	85	678'68	238	75'50	24'50	3'16
36	R. R.	50	685'32	204	87'00	13'00	8'10
37	H. L.	84	696'94	196	92'50	7'50	12'30
38	M. R.	75	699'00	288	95'50	4'50	21'20
39	S. G.	65	701'92	244	93'75	6'25	15'00
40	J. V.	60	708'56	208	94'75	5'25	19'00
41	F. E.	54	710'22	340	80'50	19'50	4'25
42	M. Y.	63	715'00	248	87'75	12'25	7'15
43	F. T.	64	725'16	296	95'50	4'50	21'20
44	F. G.	82	725'16	212	91'00	9'00	10'10
45	V. Ll.	63	733'46	236	88'00	12'00	7'40
46	F. P.	62	741'76	248	94'00	6'00	15'60
47	S. W.	76	815'00	292	94'00	6'00	17'25
48	N. F.	90	838'04	308	95'25	4'75	20'10
49	F. M.	86	896'54	372	100'00	0'00	—
50	L. W.	64	948'00	280	93'75	6'25	15'50
51	G. M.	50	1.433'98	308	97'00	3'00	32'20
52	F. Y.	45	1.98676	500	100'00	0'00	—

En el cuadro que sigue van las apreciaciones estadísticas de los resultados:

	Media ± E. St.	*Desv. St. ± E. St.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Lípidos totales	688'50 ± 33'73	236'17 ± 23'85	34'3 %	429'68 — 1.986'76
Colesterol	228'20 ± 7'44	52'10 ± 5'26	22'83 %	116 — 500
Beta-lipoproteínas	86'49 ± 1'00	6'96 ± 0'70	8'0 %	72'5 — 100
Alfa-lipoproteínas	13'53 ± 1'00	6'95 ± 0'70	51'3 %	0 — 27'5
Relación B/A	8'37 ± 1'82	5'77 ± 058	69'0 %	2'63 — 32'20

La investigación tuvo por objeto conocer la cantidad de lípidos totales, colesterol y lipoproteínas en cincuenta y dos pacientes ateroesclerósicos del Hospital «Santo Toribio de Mogrovejo», de Lima. La cifra promedio de lípidos totales hallada fue de 688'50 mg. $\pm$ 33'73; de colesterol, 228'20 mg. $\pm$ 744; de beta-lipoproteínas, 86'49; de alfa-lipoproteínas, 13'53 $\pm$ 1, y la relación B/A, 3'87 $\pm$ 1'82.

Estos resultados comprobaron que el promedio de lípidos totales y colesterol estaba dentro de las cifras máximas que se aceptan como normales, mientras que la lipoproteína beta estaba aumentada, y la lipoproteína alfa, disminuída.

En los sujetos ateroescleróticos examinados, los lípidos totales y el colesterol presentaron cifras muy variadas, desde menores que las aceptadas como normales, hasta muy aumentadas.

También comprobé que en casi todos los casos la fracción beta lipoproteína estaba aumentada, y la fracción alfa, disminuída, y, por consiguiente, la relación B/A, aumentada.

Los resultados, en lo que respecta a lípidos y colesterol, deben interpretarse aceptando que las cifras tan variadas que encontré se deben a la constitución individual (raza, sexo, pasado morboso, edad, etc.) y a la alimentación que se proporciona en nosocomio pobre, con ración alimenticia que no obedece a los dictados de la nutriología y que por este motivo no contiene alimentos grasos.

El aumento de lipoproteínas beta corresponde a las características cuantitativas de esta fracción lipoproteica, propia de la ateroesclerosis, y probaría que se trataba de enfermos con esta dolencia y que el dato bioquímico posee valor semiológico permitiendo formular diagnóstico geriátrico.

Los casos 1 y 8 ofrecieron cifras «sui géneris» de lipidemia y colesterolemia distintas a las que corresponden a la ateroesclerosis, lo que obliga a pensar que se trata de sujetos con procesos morbosos que influyen sobre el metabolismo de los lípidos, en sentido inverso al de la clínica geriátrica.

Conclusiones

1.ª — Se determinó cuantitativamente lípidos totales, colesterol y lipoproteínas en el suero sanguíneo de enfermos con ateroesclerosis, siguiendo la técnica de Kunkel, Ahrens y Eisenmeyer, para determinar lípidos totales; la de Henly y Zak, para cuantificar colesterol, y la de Wilcox, para lipoproteínas.

2.ª — Las determinaciones se realizaron en cincuenta y dos pacientes ateroesclerósicos del Hospital «Santo Toribio de Mogrovejo», de Lima (Perú). Las comparaciones se hicieron con las cifras que obtuvo Wilcox, en Estados Unidos, en sujetos aparentemente sanos.

3.ª — He encontrado aumento moderado de lípidos totales y colesterol y de las lipoproteínas beta, con aumento de la relación beta/alfa de lipoproteínas. La relación ofrece incremento aun en los casos en que los lípidos totales y el colesterol se hallan dentro de límites normales.

4.ª — El cociente que se obtiene de dividir beta y alfa lipoproteínas es dato semiológico para el diagnóstico de la ateroesclerosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado Belía.—«Colesterol total y esterificado, y su papel en la génesis de la arteriosclerosis». *Anal. Facultad Farm. y Bioq.*, 5: 289. 1954.
2. Adair, G. S., y Adair, M. E.—«A protein of low density prepared from human serum». *J. Phys.*, 102: 17. 1949.

3. Antonini, F. M., y Salvini, E.—«Aterosclerosis. Lipoproteínas. Heparina». *Gaceta Sanitaria*, 12: 3. 1957.
4. Bermejo, E.—«Determinación de colesterol en la alfa y beta lipoproteínas, separadas por electroforesis, en sueros de sujetos ateroescleróticos». Tesis de Bachiller de Farmacia. Lima, 1958.
5. Bragdon, J. H.; Havel, R. J., y Boyle, E.—«Human lipoproteins. I. Chemical composition of four fractions». *J. Lab. Clin. Med.*, 48: 36. 1956.
6. Brown, F. R.; Michaels, G. D., Jr., y Kinsell, L. M.—«Quantitative lipoprotein studies in normal and abnormal subnject using combined electrophoretic and chemical techniques». *Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med.*, 92: 587. 1956.
7. Calva, E.—«Metabolismo de los lípidos en relación con la aterosclerosis». *Gac. Méd. de México*, 88: 801. 1958.
8. Castro B., D.—«La electroforesis en papel, aplicada al estudio de las lipoproteínas». *Anales Fac. Química y Farmacia de Santiago*, 8: 223. 1956.
9. Chenau, U. A.; Mariani, A., y Camponovo, P.—«Lípidos totales, colesterol y fosfolípidos del suero sanguíneo. Técnica para su dosaje. Datos comparativos con otros países». *Revista de la Asoc. Bioq. Argentina*, 21: 67. 1956.
10. Chiamori, N. y Henry, R. J.—«Study of the ferric chloride method for determination of total cholesterol and cholesterol esters». *Am. J. Clin. Path.*, 31: 305. 1959.
11. Cohn, E. J.; Gard, F. R. N.; Singenor, D. M.; Barnes, B. A.; Brown, R. K.; Deroaux, G.; Gellespie, J. M.; Kahnt, W. F.; Lui, C. H.; Mittleman, D.; Mouton, R. F.; Schemidt, K., and Uroma, E.—«A system for the separation of the components of human blood. Quantitative procedures for the human plasma.» *J. Am. Chem. Soc.*, 72: 465, 1950.
12. Del Gatto Luigi; Lindgren, F. T., and Nichols, A. V.—«Ultracentrifugal method for the determination of serum lipoproteins.» *Analytical Chemistry*, 31: 1397, 1959.
13. Farquhar, J. W.; Smith, R. E., and Dempsey, M. S.—«The effect of Beta litosterol on the serum lipids of young men with arteriorclerotic heart disease.» *Circulation*, 14: 77, 1956.
14. Freeman Norman, K.; Lindgren Frank, T.; Yook, C., and Nichols Alex, V.—«Infra red spectra of some lipoproteins and related lipids.» *J. Biol Chem.*, 203: 293, 1953.
15. Gofman, J.; Lindgren, F.; Elliott, H.; Mantz, W.; Hewitt, J.; Stresower, B., and Herving, V.—«The role of lipids and lipoproteins in atherosclerosis.» *Science*, 111: 166, 1950.
16. Gofman, J. W.; Hanig, M.—«Evaluation of serum lipoprotein and cholesterol, measurements as predectors of clinical complication of Atherosclerosis.» *Circulation*, 14: 691, 1956.
17. Gofman, J. W.; Glazier, F.; Tamplin, A.; Strisower, B., and De Lalla, O.—«Lipoproteins coronary heart disease, and atherosclerosis.» *Phys. Rev.*, 34: 589, 1954.
18. Gofman, J. W.; De Lalla, O., and Elliott, H.—«Ultracentrifugal studies of high density serum lipoprotein in clinical y healthy adults.» *Am. J. of Phys.*, 179: 333, 1954.
19. Gubner, R., and Ungerleider, H.—«Arteriosclerosis.» *Am. J. Med.*, 6: 60, 1949.
20. Gutiérrez, J. I.; Gómez, M. F., y Zoe, G.—«Electroforesis de proteínas y lipoproteínas por medio de papel de filtro.» *Rev. Invest. Clín.*, 10: 309, 1958.
21. Hewitt, J. E.; Hayes, T. L.; Gofman, J. W.; Hardin, J. B., and Frank, P. T.—«Effects of total body irradiation upon lipoprotein metabolism.» *Cardiologia*, 21: 353, 1952.
22. Hirsch Edwin.—«Análisis de los factores causales de la arterioesclerosis.» *Am. Clín.*, 35: 40, 1959.
23. Hirsch, E. F., and Weinhouse, S.—«Role of lipids in Atherosclerosis.» *Phys. Rev.*, 23: 185, 1943.
24. Hueper, W. C.—«Pathogenesis of Atherosclerosis.» *Am. J. Clin. Path.*, 26: 559, 1956.
25. Katz, L. N.; Pick, R., and Stamler, J.—«Atherosclerosis.» *Mod. Concepts Cardiovasc. Dis.*, 23: 239, 1954.
26. Kunkel, H. G.; Ahrens, E. H., and Eisenmeyer, W. J.—«Aplication of turbidimetric methods for stimation of gamma globulin and total lipids.» *Gastroenterology*, 11: 499, 1948.
27. Laguna, J.—«Química de los lípidos en relación con la arterioesclerosis.» *Gac. Méd. de México*, 88: 793, 1958.
28. Lillie, R. D., and Burtner, H. J.—The ferric ferricyanide reduction test in histochemistry.» *J. Histochem. Cytochem.*, 1: 87, 1953.
29. Lindgren, F.; Nichols, A. V.; Hayes, T. L.; Freeman, N., and Gofman, J. W.—«Structure and homogeneity of the lowdensity serum lipoproteins.» *Ann. New York Acad. Sc.*, 72: 286, 1959.

30. MACHEBOEUF, M.—«Sterides du serum.» *Bull. Soc. Chem. Biol.*, 11: 268, 1929.
31. MALINOW, M. R.—«Redescubrimiento de las lipoproteínas sanguíneas y su importancia en la arterioesclerosis.» *Med. Panamericana*, 9: 59, 1957.
32. MARDONES SAGREDO, P.—«Contribución al estudio de la composición de los lípidos y lipoproteínas en sueros normales por metódica química y electroforética.» *Tesis Quím. Farm. Univ. de Concepción*, 7: 1, 1956.
33. MONTUFAR, I.—«Lipidemia en sujetos aparentemente sanos.» *Laboratorio*, 26: 101, 1958.
34. NAVARRETE GUZMÁN, U. C.—«Acción de la amida del ácido fenil-etil acético sobre la colesterolemia del Arterioescleroso.» *Rev. Clín. Española*, 73, 203, 1959.
35. NIKKILA, E. A., and NIEMI, T.—«Serum lipids and lipoproteins in old age.» *Scand. J. Clín. Lab. Invest*, 9: 109, 1957.
36. N. N.—«El colesterol, las grasas y la arterioesclerosis.» *Notas terap.*, 1: 139, 1957.
37. N. N.—«Lipids metabolism.» *Research today Aterosclerosis*, 59: 1, 1953.
38. N. N.—«Colesterol metabolism and Arteriosclerosis.» *Am. J. of Med.*, 6: 103, 1949.
39. ONCLEY, J. L.; GURD, F. R. N., and MELIN, M.—«Preparation and properties of human serum beta lipoprotein.» *J. Am. Chem. Soc.*, 72: 458, 1950.
40. PAPIC VEGA, R.—«Contribución al estudio de algunos niveles lipídicos sanguíneos en las diferentes enfermedades arteriales.» Anales de la Fac. de Química y Farmacia de Santiago, 11: 138, 1959.
41. PEDERSEN, K. O.—«On a low density lipoprotein appearing in normal human plasma.» *J. Phys. Chem.*, 51: 136, 1947.
42. PETERS, J. P., and MAN, E. B.—«The interrelation of serum lipids in normal persons.» *J. Clin. Invest.*, 22: 707, 1943.
43. PIERCE, F. T.; KIMMEL, Y. R., and BURNS, T. W.—«Lipoproteins in infections and serum Hepatitis.» *Metabolism.*, 3: 228, 1959.
44. STRAUS, R., and MOSES WURM.—«A new stainig procedure and a method for quantitation of serum lipoproteins separated by paper electroforesis.» *Am. J. Clin. Path.*, 29: 581, 1958.
45. SWAHN, B.—«A new micromethod for the determination of total lipids in serum.» *Scand. J. Clín. Lab. Invest.*, 4: 247, 1952.
46. TRAUTMAN RODES.—«Clinical moving. Boundary Electrophoresis: Nomplanar difficulties due to the presence of lipoproteins in normal and pathological serum.» *Arch. of Bioch. and Bioph.*, 53: 85, 1952.
47. WILCOX, A. A.; WEERTLAKE, P. T.; HALEY, M. I., and PETERSON, J. E.—«Prestaining procedure for electrophoresis atudy of serum Lipoproteins.» *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 98: 718, 1958.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia. Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963

LIBROS

AUTORES NACIONALES

CONSIDERACIONES A LA EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO, *por el doctor* JACINTO DE MIGUEL. *Un folleto (17 por 24'5 cm.) de 61 páginas, con numerosas figuras; rústica. Editorial Sever-Cuesta. Valladolid, 1962.*

EL doctor DE MIGUEL, una de las figuras de mayor actualidad en la cirugía española, entró en el pasado año de 1962 a formar parte de la Real Academia de Medicina de Valladolid como Académico de número, en recompensa a sus méritos científicos y aportaciones a la cirugía expresados en una intensa labor clínica y publicista, como lo demuestra el solo prestigio de su nombre y las numerosas publicaciones, artículos y monografías, que desde hace tiempo seguimos con interés.

Eligió como tema de su discurso de ingreso la *evolución de la cirugía del cáncer gástrico*, tema sugestivo, capaz de interesar al heterogéneo público que acude invitado a estas recepciones, por ser uno de los problemas de mayor importancia que aún quedan por resolver en la Medicina y que, como tantos otros problemas, escapa del círculo profesional para entrar en los dominios de lo popular. Hasta hace solamente unos años la gente hablaba con respeto, con miedo, de la tuberculosis, que llegó a ser tema literario de grandes obras, como la conocida «La mente popular»; pero hoy, descartada la tuberculosis, y por seguir teniendo enfermedad que comentar, la gente habla del cáncer. Es raro el día en que los periódicos no traen una noticia a este respecto: niño que morirá irremisiblemente de leucemia; político, artista o persona muy conocida que muere de cáncer; nuevas drogas o remedios que curarán el cáncer; sobre si el tabaco produce el cáncer o no, y si el rubio lo produce más que el negro, etcétera. El tema escogido, pues, fue acertado, ya que, unido a su enorme interés médico, contaba con la curiosidad de los no profesionales.

Comenzó el doctor De Miguel su disertación con una pequeña historia en la que se fundamenta la cirugía de hoy, ligada a los tan conocidos nombres de Lister, von Bergman, Halstead, H. Wells, Morton y tantos otros. Estos hombres lograron un gran progreso para la cirugía eliminando el miedo al dolor y a la infección. Es en esta época cuando nace la cirugía gástrica, cuando en abril de 1879, Jules Emile Pean practicó la primera gastrectomía parcial, a causa de un tumor pilórico estenosante; y aunque el enfermo murió entre el cuarto y el quinto día del postoperatorio, sin saberse la causa, no por ello hemos de restarle al célebre Pean el mérito indiscutible de ser el primero que intentó esta terapéutica gástrica. A Billroth le cabe otro mérito por practicar, en enero de 1881, la primera gastrectomía parcial seguida de éxito, y ser quien siguió perfeccionando la técnica en este tipo de cirugía. Woelfler, ayudante de Billroth, practica la primera gastroenterostomía, y Schlatter, en 1897, en Zurich, la primera gastrectomía total. Y así la lista de cirujanos que siguieron los pasos de Pean y Billroth, como Eiselberg, Haberer, Mikulicz y otros se hace interminable.

El cáncer va unido estrechamente a la historia de la cirugía y especialmente a la cirugía gástrica, por ser el estómago la localización donde con mayor frecuencia asientan estos tumores.

Los conocimientos sobre el cáncer avanzan muy lentamente. Se barajan multitud de hipótesis intentando ahondar en el problema y se supone como causa del cáncer la presencia de sustancias cancerígenas en los alimentos, presencia en ellos de mínimas cantidades de radiactividad, malignización de lesiones benignas llamadas precancerosas, etcétera, pero, desgraciadamente, todo esto sólo queda en lo dicho, en hipótesis.

En una serie personal de doscientos treinta y seis enfermos portadores de un cáncer de estómago, el autor observa la presentación más frecuente entre los cincuenta y setenta años, edad en la que se encontraban el 62'7 por ciento de todos los casos, y como quiera que en estos últimos años ha aumentado el nivel medio de vida, puede aceptarse, por tanto, que actualmente hay más casos y can-

didatos al cáncer que hace tan sólo cuarenta años. A esto se suma una mayor precisión diagnóstica, que a no dudar influye de modo manifiesto en el mencionado aumento.

Se ha dicho, un tanto humorísticamente, aunque no sin cierta razón, que una estadística es una mentira organizada. Pero en este caso, nada más lejos del dicho ni nada más cerca de la verdad, porque a todos se nos hace patente la realidad de unos hechos que comprobamos a diario en el ejercicio de la profesión.

Se consideran como lesiones precancerosas del estómago la úlcera y los pólipos. La casuística del autor le lleva a considerar que solamente el 1 por ciento de las úlceras gástricas degeneran claramente en un cáncer. Sin embargo, los pólipos gástricos presentan un porcentaje de malignización mucho más elevado, encontrando un 60 por ciento de incidencia de su experiencia personal.

El cáncer de estómago, en la actualidad, es curado por la cirugía. Ciertamente que son pocos los casos curados, pero pocos —observa el autor— no quiere decir ninguno, y esto es un tanto a favor muy de tener en cuenta, pues hasta hace unos años los pronósticos eran fatales en su totalidad.

En cuanto a la operabilidad y resecabilidad del cáncer de estómago ante la duda, el autor prefiere extremar la indicación, ya que si no hacemos un paciente recuperable, por lo menos facilitaremos una supervivencia, que a la par haremos más llevadera, libre de accidentes hemorrágicos o complicaciones estenóticas o infectivas, que tan perjudicialmente influyen en el organismo y psiquismo del enfermo canceroso.

Termina el autor su magnífico discurso hablando del destino de los pacientes portadores de un cáncer de estómago, y dando una rápida ojeada al estado actual de la cirugía del cáncer gástrico en nuestro país, comparando los resultados con los de las más importantes clínicas del extranjero.

El discurso de contestación estuvo a cargo del eminente ginecólogo doctor Fernández-Ruiz, que glosó con fraternales palabras la trayectoria científica del doctor De Miguel, y acabó felicitándolo, como ahora lo hacemos nosotros desde estas páginas, por la merecida distinción que supone su ingreso como Académico de número en la prestigiosa Real Academia vallisoletana. — RAFAEL BERTÓ.

UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA PROVINCIAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, *por el doctor* ALBERTO ANGUERA ANGLÉS. *Un folleto (13'5 por 19 cm.) de 58 páginas; rústica. Publicación número 70. Ediciones de la Dirección General de Sanidad. Madrid, 1962.*

EL autor, cuya competencia en cuestiones sanitarias es bien conocida, ha plasmado en este interesnte folleto el resultado de su experiencia, fundamentada en más de treinta años de labor en una organización provincial de lucha anticancerosa, concretamente el Instituto radioquirúrgico de Guipúzcoa.

En él se exponen los orígenes y fundamentos de esta lucha en España; se insiste en la labor preponderante del médico en el diagnóstico precoz de esta afección en los distintos campos. Se describe lo que es un centro y las condiciones que debe reunir, basándose para esta exposición en el Instituto Radioquirúrgico de San Sebastián, concretando sus aspectos de diagnóstico, de tratamiento y su misión científica investigadora y estadística como fundamentos para el aspecto social de la lucha.

Dedica unas páginas al problema de la financiación de estos centros, y termina con el planteamiento de la organización sanitaria estatal, puesto que la enfermedad cancerosa se considera hoy como una enfermedad social, y como tal reclama la ayuda, la organización y la dirección de los organismos estatales sanitarios dependientes de la Dirección General de Sanidad, interviniendo por medio de sus organismos provinciales en la dirección de las campañas sanitarias que se proyecten con vistas a la educación del público y del control de las industrias peligrosas.

Tanto los sanitarios como los médicos en general obtendrán de este folleto enseñanzas y orientaciones de interés. — RICARDO HORNO LIRIA.

AUTORES EXTRANJEROS

TERAPÉUTICA ANTITROMBÓTICA, *por el doctor* PAUL W. BOYLES, M. D. *Un volumen (14'5 por 22 cm.) de 170 páginas, con numerosas tablas y figuras; rústica. Ed. Espasa-Calpe, S. A. Ríos Rosas, 26. Madrid, 3, 1962.*

EL autor, instructor de la Escuela de Medicina de Miami y del laboratorio de investigaciones sobre la coagulación en el Miami Heart Institute, recoge en esta magnífica biografía todas las últimas adquisiciones referentes al complejo mecanismo de la coagulación sanguínea, que han abierto una nueva era para el tratamiento de las enfermedades tromboembólicas.

En el primer apartado estudia el mecanismo de la coagulación considerando la etapa primera o de formación de la tromboplastina, la segunda o de formación de la trombina, y la tercera o de formación de la fibrina. Termina hablándonos de las distintas alteraciones que motivan la coagulación intravascular.

Pasa en el capítulo siguiente a relatar las diferentes pruebas de coagulación, que detalla más tarde en el apéndice de su trabajo. Cita la prueba conocidísima del bazo, el recuento de plaquetas, el tiempo de la hemorragia, el de coagulación, el de retracción del coágulo, la prueba de producción de tromboplastina, la del consumo de protrombina, el tiempo de protrombina, determinación de los factores ASCP y GAC, determinación de la protrombina en dos tiempos, determinación del fibrinógeno y, por último, de la fibrolisina.

En el apartado siguiente se ocupa de las reacciones antitrombóticas o mecanismos naturales y terapéuticos contra la coagulación intravascular. Estudia, en primer lugar, los anticoagulantes naturales que actúan en cada una de las tres etapas de la coagulación, sobre la tromboplastina, sobre la trombina y, finalmente, sobre la fibrina. En seguida considera los agentes antitrombóticos terapéuticos; unos, actuantes como profilácticos indirectos de la coagulación (tipo heparina y dicumarol); otros, provocadores de lisis directa del coágulo (tipo fibrolisina). Hace un eficiente estudio crítico de la heparina y los heparinoides, de los anticoagulantes orales, como el dicumarol, y de los agentes trombolíticos, estreptoquinasa, tripina y fibrolisina.

El capítulo siguiente lo dedica al uso clínico de los distintos agentes antitrombóticos, preparación del paciente, riesgos de la medicación, dosis y procedimientos de control, tanto en los que se administran por vía parenteral (heparina), como en los orales (dicumarol, tromexano, conmadin, cumopirano, marcumar, sintrom, hedulin, dipaxin, etcétera). Cita las complicaciones de esta terapéutica, la más importante, dominada por el cuadro hemorrágico, en muy diversas formas.

Finalmente, pone al día el estado de la terapéutica anticoagulante en las tromboflebitis, embolia pulmonar, infarto agudo de miocardio, embolia u oclusión arterial aguda y enfermedad vascular cerebral. Asimismo informa sobre los resultados del tratamiento anticoagulante prolongado.

Más adelante se ocupa de la terapéutica trombolítica: de la acción de diferentes enzimas, tripsina, quimoptrisina, estreptoquinasa y polisacáridos bacterianos y, finalmente, de la fibrinolisina, enzima natural formada a expensas de la profibrinolisina plasmática.

Termina este completo trabajo con una interesante y profusa bibliografía. — FARO.

LA CLÍNICA DEL PRESENTE (Un tratado siempre actual de medicina práctica), *dirigido por el profesor doctor* RUDOLF COBET *y más de doscientos colaboradores. Tomo VI. Un volumen (18'5 por 27 cm.), con 689 páginas, 169 figuras y 3 láminas en color; encuadernado en tela, con hojas intercambiables. Precio: 850 pesetas. Editorial Alhambra, S. A. Madrid, 1962.*

CONTINUANDO «Editorial Alhambra» la publicación de esta gran obra de medicina, ha puesto a la venta el tomo VI, que, como todos los anteriores, es de variado e interesante contenido.

Lo forman los artículos que a continuación se relacionan, redactados todos ellos por destacados especialistas alemanes.

«La insuficiencia cardíaca», por Blumberger; «La glosopeda», por Mohr; «Enfermedades producidas por el equinococo quístico y alveolar», por Schubert; «Triquinosis», por el mismo profesor; «Clínica de los parásitos intestinales en el hombre», también por Schubert; «Trombosis y embolia. Tratamiento anticoagulante», por Keller; «Registro clínico del vaso venoso», por Altmann; «Porfirinopatías», por Bansi; «La tuberculosis pulmonar del adulto y su tratamiento conservador», por Düggeli y Trendelenburg; «Trastornos del metabolismo del calcio: hiper e hipoparatiroidismo», por Parade; «Gripe y afecciones gripales», por Höring; «Afecciones del mediastino», por Schlegel y Hebe-

rer; «Afecciones de las vías biliares (parte quirúrgica)», por Ratchke; «Afecciones de las vías biliares (parte de medicina interna)», por Voegt; «Cirugía para el médico práctico», por Nissen, Meier y Rossetti, y, finalmente, «Enfermedades de la pleura», por Heymer.

Todos estos artículos son de lectura provechosa y mantiénese en ellos el alto tono que exige el figurar entre los que han de constituir, al fin, una de las más importantes obras de medicina práctica de los últimos tiempos.

Me permito destacar, sin embargo, el de Höring sobre «Gripe y enfermedades virales», pues en él se enfoca en forma breve, pero muy eficaz, el problema de las virasis que nos son más familiares, productoras de procesos casi siempre leves, calificados por las gentes de «enfriamientos», «anginas», «empachos», «colitis», etc., y para los que los profesionales no encontramos clara etiología. En el de Altmann, «Registro clínico del pulso venoso», se remoza este arrumbado método de exploración y en él se muestra lo mucho que de este medio, más sencillo y menos costoso que el electrocardiograma, puede esperarse en el diagnóstico y pronóstico de los procesos cardiovasculares.

En su artículo «Cirugía para el médico práctico», compendia Nissen cuanto precisa saber el internista de indicaciones quirúrgicas en las más diversas situaciones clínicas, y es un valioso complemento en una obra de medicina.

Y en «Trastornos del metabolismo del calcio: hiper e hipoparatiroidismo», de Parade, hay una puesta al día de cuanto se refiere a estas cuestiones, que despiertan tanto interés hoy entre los profesionales.

A medida que el número de artículos crece, es mayor el deseo de reunirlos por materias, pues para ello se cuenta con la facilidad que proporciona el sistema Daimon. Pero ha de quedarse uno con las ganas, pues al hacerlo se cambia la distribución por tomos y la paginación, que son las únicas indicaciones que el índice proporciona.

¿No cabría hacer algo para que al final pudiera corregirse la, quizá obligada, heterogeneidad de contenido de los diversos tomos, y esta estupenda obra, nuevo y pujante Klemperer, tuviere, además de la perenne lozanía que los suplementos proporcionan, la distribución de las obras clásicas, a diferencia de su todavía valioso antecesor?

La presentación de este tomo VI sigue la línea de los anteriores, y la labor de los doctores F. Ruiz Torres y J. Serrano Salagaray, encargados de la traducción, es digna de encomio. — JESÚS SARDAÑA.

CLINICAL CHEMISTRY IN PRACTICAL MEDICINA, *por* STEWART y DUNLOP. *Un libro (15 por 22 cm.) con 359 páginas y 30 figuras; encuadernado en tela. Edit. E. S. Livingstone Ltd. Londres, 1962.*

CREEMOS es en Inglaterra en donde la especialidad química de la medicina ha adquirido carta de naturaleza, tanto en el sentido cinetífico como en el eminentemente práctico. Lo atestiguan la creación de cátedras, sociedades, revistas, etc., creadas bajo este título y cuyo fin es el de divulgar y ejercer un control sobre esta rama de la medicina, tan importante en la actualidad. El gran interés que en el diagnóstico representan los datos procedentes del laboratorio químico-clínico están disminuídos por una cierta confusión existente en lo que respecta a su valoración. Al médico de cabecera se le ofrece el problema doble. ¿Qué datos pedir dado el diagnóstico previo del enfermo? ¿Cómo interpretar estos datos? A facilitar la solución de este problema se dedica este libro, de cuyo interés y valor nos puede dar idea el que representa la sexta edición aparecida desde 1931.

Además de un apéndice, en el que se describen algunos métodos, que los autores consideran interesantes y no muy conocidos, y otro en el que se dan datos sobre la composición química normal de la orina y sangre, el libro está dividido en una introducción y catorce capítulos, cuyos títulos transcribimos a continuación, para que sea el mismo lector quien se dé cuenta del interés de los mismos: «Recolección y preservación de muestras», «Metabolismo del agua y de los electrolitos», «Acidosis y alcalosis», «Las proteínas plasmáticas», «Metabolismo de los hidratos de carbono», «Pruebas de la función renal», «Pruebas de la función gástrica», «Pruebas de la función pancreática y de la absorción intestinal», «Pruebas funcionales hepáticas», «Líquido cefalorraquídeo», «Funcionamiento tiroideo», «Calcio y fósforo», «Anormalidades endocrinas», «Diversas alteraciones metabólicas».

Leída esta relación, creemos que el lector la encontrará de gran interés; nosotros podemos añadir que la exposición es muy correcta y de gran claridad, y que la presentación por la editorial Livingstone es, como de costumbre, muy buena. — PEG JUARRERO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

BARRAU DIAUS, F., y MUÑOZ HERNÁNDEZ, A. (Barcelona). — «COLESTERINA E HIPOCOLESTERINEMIANTES.» *«Medicina Clínica», núm. 4, págs. 247-253, octubre 1962. Barcelona.*

DESPUÉS de una rápida revisión del metabolismo de la colesterina, que comprende su biosíntesis orgánica, papel fisiológico y catabolismo, se establecen las condiciones óptimas que se considera debe reunir un hipocolesterinemiante. Con arreglo a sus tres mecanismos posibles de acción sobre la hipercolesterinemia, se revisa cómo cumple cada uno de los hipocolesterinemiantes más caracterizados dentro de cada uno de los tres grupos, las condiciones óptimas señaladas. Preferentemente se señalan los riesgos del bloqueo de la biosíntesis de la colesterina en sus diferentes estadios y, en general, como sustancia fisiológica natural de importancia vital, y se destaca la acción óptima de los fosfolípidos «esenciales» sobre la hipercolesterinemia. — AUTORRESUMEN.

POAL, J. M.ª (Barcelona). — «NUEVOS ANTIRREUMÁTICOS ASOCIADOS A LA FENILBUTAZONA.» *«Medicina Clínica», núm. 4, página 295, octubre 1962. Barcelona.*

SESENTA y ocho enfermos de diversos cuadros clínicos reumatológicos se han tratado con fenilbutazona, asociada a la nicotinoilaminofenazona y vitamina C por vía oral, a los mismos productos más el pentobarbital sódico por vía rectal, y por vía parenteral con una sal sódica de la monofenilbutazona asociada a la vitamina C y un anestésico local.

Se han obtenido excelentes resultados clínicos en la mayoría de los casos con dosis bajas de fenilbutazona (de 200 a 400 mg. al día), y no se ha presentado ningún caso de intolerancia grave, digestiva, general ni local.

Ciento treinta y siete pacientes fueron tratados por vía percutánea, con una pomada de fenilbutazona, nicotinoilaminofenazona, clorhidrato de lignocaína, acetato de vitamina A, salicilato de dietilamina y nicotinato de etilo, habiendo obtenido la mayoría de ellos mejorías subjetivas y objetivas de duración variable. — AUTORRESUMEN.

BORRACHERO DEL CAMPO, J., y SÁNCHEZ GARCÍA, M.ª C. (Madrid). — «CONSIDERACIONES SOBRE LA ARTERIOSIS, CON ESPECIAL REFERENCIA A SU TRATAMIENTO CON UN EXTRACTO DE CARTÍLAGO.» *«Medicina Clínica», núm. 4, págs. 264-272, octubre 1962. Barcelona.*

TRAS el estudio histio-fisio-patológico y metabólico del cartílago, analizando los factores causales que pueden precipitar la artrosis, se exponen los fundamentos por los cuales suponemos justificado el tratamiento de los reumatismos degenerativos, con extractos orgánicos de cartílago y medula ósea.

Se estudian ciento doce enfermos tratados con «Rumalón», en contraste con otros veinticinco en los que se utilizó un placebo, observándose una marcada mejoría en los primeros y una justificada nulidad de los mismos en los segundos.

De los casos tratados, ochenta y tres lo fueron con este preparado exclusivamente, y a los veintinueve restantes, les fue añadida una terapia analgésica, y otras de tipo clásico, no observándose grandes diferencias entre ambos grupos, lo cual confirma que la acción terapéutica de fondo y eficaz, corresponde al preparado orgánico.

Los casos que más beneficio obtienen de la terapia con «Rumalón» son las articulaciones móviles o diartrosis.

De todo ello se infiere que los extractos de cartílago y medula ósea deben considerarse como uno de los puntales más eficaces en el tratamiento de la artrodesis.—AUTORRESUMEN.

APARATO CIRCULATORIO

RÍOS MOZO, M., y RIVERA LÓPEZ, R. (Sevilla). — «PROBLEMAS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA COARTACIÓN DE LA AORTA.» *«Hispalis Médica», núm. 223, págs. 19-40, enero 1963. Sevilla.*

SOBRE un caso de coartación completa de aorta, operado con éxito, se hacen una serie de consideraciones sobre los problemas

médico-quirúrgicos que esta enfermedad plantea.

Desde el punto de vista clínico, se discute la asociación con otras cardiopatías y la explicación de los accidentes neurológicos, frecuentes en estos enfermos.

En relación con el diagnóstico se insiste en la necesidad de practicar siempre estudio aortográfico preoperatorio, indicándose el valor de ello, con vistas a la intervención quirúrgica y la técnica de la exploración.

En los aspectos quirúrgicos se analiza la indicación operatoria, el empleo de hipotermia e hipotensión controlada y la necesidad de la utilización de injertos, concluyéndose que en la mayor parte de los casos puede obtenerse una buena anastómosis sin emplear materiales extraños.

Finalmente, se analiza la fisiopatología de la hipertensión, criticándose las principales hipótesis aportadas para su explicación, y se llega a la conclusión de que el factor mecánico y el humoral pueden actuar de forma combinada, el primero tal vez más sobre la presión sistólica, y el segundo sobre la diastólica. — AUTORRESUMEN.

EPIDEMIOLOGÍA

PÉREZ PALLARDO, F. (Madrid). — «EPIDEMIOLOGÍA DE LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA.» *«Rev. de Sanidad e Higiene Pública», número 12, págs. 605-618, diciembre 1962. Madrid.*

SE han inoculado trescientas veintisiete muestras de heces de supuestos enfermos poliomielíticos en cultivos de células HeLa. En ciento cinco de dichas muestras no se aisló ningún virus. En las doscientas veintidós heces restantes se aislaron: ciento sesenta y tres cepas de virus poliomielítico tipo 1, quince cepas de virus poliomielítico tipo 2, trece cepas de virus poliomielítico tipo 3, seis virus Coxsackie, cuatro virus ECHO y dos adenovirus. En diecinueve muestras no se pudo identificar el agente aislado.

Las ventajas del uso de células HeLA para hacer aislamientos de los virus poliomielíticos son muchas: crecen tan rápidamente que en tres o cuatro días se dispone de tubos en cantidad adecuada. El virus poliomielítico las lesiona rápida y claramente. Y este efecto citopatogénico es inhibido por los sueros patrones correspondientes. Evidentemente, estas células son más baratas que las de riñón de mono. Y es menos laboriosa la obtención de tubos HeLA que la preparación de tubos de células de amnios humanos.

Una enseñanza obtenida en nuestro trabajo, es que el aislamiento e identificación de los virus poliomielíticos es relativamente fácil de organizar. En cambio, la identificación de los restantes enterovirus requiere mayor diversidad de células, más material de todo tipo y tiempo. Son imprescindibles, además, abundantes sueros patrones para cada tipo de virus Coxsackie y ECHO. La práctica de las sueroneutralizaciones correspondientes requiere mucho tiempo, personal y dinero. De todos modos, si se ha de llevar a cabo en nuestro país la administración de vacuna de Sabin, es imprescindible organizar este servicio diagnóstico para aclarar la etiología de los casos de parálisis y de meningitis que puedan presentarse en el curso de tal campaña. — AUTORRESUMEN.

PEDIATRÍA

ARTACHO CABRERA, S. — «ALBUMINURIAS ORTOSTÁTICAS EN LOS ESCOLARES.» *«Rev. de Sanidad e Higiene Públicas», núm. 12, págs. 574-598, diciembre 1962. Madrid.*

EN los trescientos setenta y dos escolares fichados no hemos comprobado, en ninguno de ellos, el síndrome de albuminuria ortostática.

La escarlatina, con su segunda fase de glomerulonefritis, es la causa de que durante meses exista en la orina de los niños que la padecen albuminuria y cilindruria.

No concordamos con que los niños altos, de tórax en embudo y anémicos, sean propensos a la albuminuria.

Tampoco en niños deformes con lordosis hemos visto la influencia de esta deformidad en el síndrome de que tratamos.

En los niños con amígdalas infectadas, es muy frecuente que se provoquen nefritis focales por embolia de gérmenes que son causantes del síntoma albuminuria.

Es indiscutible el papel de las vitaminas, sobre todo de las liposolubles, en la patogenia de estas albuminurias mal clasificadas con el nombre de ortostáticas. — AUTORRESUMEN.

Boletín de la Sociedad Castellano-Astur-Leonesa de Pediatría. Volumen III número 10, abril-junio 1962. Madrid.

ESTE boletín, de publicación trimestral, recoge la sesión clínica que esta Sociedad pediátrica realizó el 5 de abril de 1962 en Madrid. Está todo él dedicado al problema del *hipotiroidismo*, con sus magníficas comunicaciones de: Collado Otero, sobre «Insuficiencias tiroideas infantiles. Introducción embriológica y fisiopatológica. Clasificación»; Sánchez Martín, con su comunicación sobre

«Exploración funcional del hipotiroidismo infantil»; el trabajo de Sánchez Villares, que trata de la «Clínica de la insuficiencia tiroidea infantil, con especial referencia al crecimiento, maduración y signos radiológicos», tan exhaustivo como todos los suyos; el de Pajares y Rojo del Nozal, que versa sobre «Diagnóstico clínico diferencial de la insuficiencia tiroidea infantil», y, por último, el de Pérez Moreno, de Valladolid, con su comunicación y puesta al día de las «Perspectivas actuales del tratamiento de la insuficiencia tiroidea». Son ciento nueve páginas dedicadas a resolvernos de una manera completa y, sobre todo vivida, la puesta al día del hipotiroidismo.

Entre todos estos pediatras hay un investigador no precisamente dedicado a la patología infantil exclusivamente, que es el doctor Jiménez Díaz, el cual colabora de una manera extraordinaria en esta reunión pediátrica, aportando una comunicación digna de la mayor y de la mejor atención, que ya hemos citado. — A. MALLÓU.

EXTRANJERAS

MEDICINA

CANAL, N.; MANZINI, B., y SARAVAL, A. — «INVESTIGACIONES SOBRE EL METABOLISMO DE LA FRUCTOSA EN LA DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA IDIOPÁTICA.» *(Richerche sul metabolismo del frutossio nella distrofia musculare progresiva protopatica.) «Minerva Médica», 50, 103, 4.386. 1959. Torino.*

LA existencia de una alteración en el metabolismo intermediario de los azúcares en los enfermos de distrofia muscular progresiva se conoce desde hace bastante tiempo, pero no se ha podido comprobar exactamente. Se sabe que hay un bloqueo en la fase inicial del metabolismo de la glucosa, pues las sobrecargas de glucosa no se siguen en el enfermo miopático de la habitual caída del fósforo inorgánico que tiene lugar en el suero del sujeto normal, por lo que se supone hay una alteración en las funciones de dosforilización a nivel del músculo.

La hiperpiruvicemia, que es, por otra parte, una constante humoral en estos enfermos, deja suponer la existencia de un bloqueo en la fase metabólica final del ciclo de la glucosa.

Los autores, con el fin de comprobar estos puntos, llevan a cabo un estudio de la acción de la sobrecarga de fructosa en ocho enfermos de distrofia muscular progresiva, a los que determinan las curvas de fructosemia, fósforo inorgánico, ácido láctico y ácido pirúvico en suero, comparando con los resultados obtenidos en cinco sujetos normales.

Los niveles de fructosa y de fósforo inorgánico son paralelos en los enfermos y en los controles, lo que hace suponer que no hay bloqueo en la fase inicial de la metabolización de la fructosa, frente a lo que se ha comprobado ocurre con la glucosa. En cambio, los niveles de ácido pirúvico son más altos en los casos de distrofia, y los de ácido láctico, más bajos, en comparación con los controles, lo que comprueba que el metabolismo de la fructosa se encuentra también bloqueado en la fase de oxidación del ácido pirúvico. Esto parece descartar la posibilidad del empleo terapéutico de la fructosa en estos enfermos, y es un dato más sobre las características de este proceso. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CIRUGÍA

LAICO, J. — «CÓMO ASEGURAR EL ÉXITO EN LA CORRECCIÓN DE LA HENDIDURA PALATINA.» *(How to insure successful repair of cleft palate.) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», páginas 95E101, número 2, volumen 16, marzo-abril 1961. Manila.*

EL objeto de la reparación es la aproximación completa de los extremos de la hendidura. Además, durante la fonación, la úvula debería poder moverse hacia arriba y abajo. Para poder cumplir estas premisas, el paladar blando debe ser suficientemente elástico y la úvula larga. Ambas cosas son difíciles de realizar. La edad ideal es de uno y medio a dos años, pues más tarde se necesita hacer una educación del lenguaje.

Expone las condiciones necesarias para intervenir y las técnicas según el caso. Describe su útil modificación. La hendidura residual puede ser corregida por colgajos de piel del brazo.

Acompañan al trabajo fotografías y figuras de los métodos de Langenbeck, del de los cuatro colgajos, la modificación del autor y el del colgajo del brazo. — J. RIVERA.

CARDIOLOGÍA

CONDORELLI, L. (Roma). — «SENSIBILIDAD VASCULAR PERIFÉRICA.» (*Sulla sensibilitá vascolare periférica.*) «*Archivos de Enfermedades del Corazón y Vasos*», *volumen LXV, número 1-2, página 1. Barcelona, 1962.*

EL trabajo refleja totalmente la conferencia dada por el autor en Barcelona durante el curso universitario de 1961. La publicación está hecha en el idioma patrio del profesor de la Universidad de Roma.

Resumiendo sus interesantes trabajos de investigación, se obtiene la síntesis de los mismos, que nos reportan las siguientes conclusiones:

Las arteriolas de los músculos estriados poseen sensibilidad específica. Los receptores de estas arteriolas son particularmente sensibles al CNK (inhibidor de los fermentos intracelulares hemínicos). La inyección, mediante catéter, de 0'10 ml. de una solución de CNK al 25 por ciento en una colateral de la arteria femoral o axilar, es suficiente para provocar un efecto cardiovascular constituído por taquicardia e hipertensión, con elevación, sobre todo, de la presión mínima, y el respiratorio constituído por hipertaquipnea.

Ninguna de las arterias viscerales exploradas (celiacas, renales, mesentéricas, tiroidea) o de las arteriolas que se distribuyen en territorios desprovistos de tejido muscular estriado, posee tal sensibilidad.

Los receptores de las arteriolas musculares son directamente sensibles a la nicotina, pero no a la lobelina. Los receptores se muestran totalmente insensibles a las variaciones también manifiestas del pH; la respiración de 0'2 al 100 por ciento no obra sobre la excitabilidad. Las sales sódicas de los ácidos láctico, pirúvico, acético, oxalacético, -cetoglutárico, sucínico, fumárico y málico, en solución isotónica, sea en PH neutro (7'4), ácido (4) o alcalino (8) no ejercen ninguna acción excitante sobre los receptores de las arteriolas musculares. La acidez de la solución por aumento de la disolución iónica eleva la acción excitante de las soluciones de citrato sódico.

La «veratrinización» de una zona arterial muscular efectuada inyectando en la arteria 0'5 - 0'75 mg. de veratrina diluída en 10 - 15 centímetros cúbicos de solución fisiológica, aumenta duraderamente (cerca de una hora) la sensibilidad local de las arteriolas musculares, sea a las soluciones de sales potásicas, sea a las hipotónicas.

Las soluciones de Cl_2Ca inyectadas en el área arterial «veratrinizada» anulan tal sensibilidad. — BOZAL URZAY.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

GAMBACORTA, G., y LAMI, V. (Milano). — «ENSAYO HISTÓRICO DE LA GIMNASIA MÉDICA.» (*Saggio storico della gimnastica medica.*) «*La Rieducazione del motuleso*», *año 10, núm. 2, págs. 18-31, 1962. Legnano (Italia).*

UN ensayo histórico sobre esta terapia, tan antigua y tan difundida en todos los pueblos y en todas las latitudes, no es cosa fácil. Los autores, sin embargo, salen airosos en su propósito, y aun cuando no exhaustivo, cosa prácticamente imposible, resulta bastante completo. — SERAL.

GRONLEY, K. J.; GRANT, E. A., y YEAKEL, H. M. (Texas). — «REHABILITACIÓN DE LAS MANOS QUEMADAS.» (*Rehabilitation of the Burned Hand.*) «*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*», *vol. 43, núm. 10, págs. 508-513, octubre 1962. Chicago (Illinois).*

LAS manos reciben un gran porcentaje de quemaduras. En este trabajo se exponen los problemas que plantean y cómo los resuelven en el U. S. Army Surgical Research, en Fort Sam Houston (Texas).

Aproximadamente, ingresan cada año ciento diez grandes quemados, de los cuales, en el 75 por ciento, están quemadas las manos. Un 18 por ciento en ambas manos. Las quemaduras varían en intensidad, llegando, en ocasiones, hasta la destrucción de tendones y huesos.

Las contracturas, deformidades y limitaciones funcionales derivadas de los insultotérmicos son estudiados. Como así también los métodos corrientemente usados. Principalmente, los que hacen referencia al papel que juegan en los programas de tratamiento la medicna física y la rehabilitación. — SERAL.

UROLOGÍA

LÓPEZ ANAUT, A. — «PTOSIS RENAL.» «*La Semana Médica*», *t. 120, núm. 32, páginas 1.277-1.279, 31 de marzo de 1962.*

SE refiere el autor a la ptósis renal patológica y hace algunas consideraciones a ella referentes. Expone la sintomatología y el diagnóstico.

El tratamiento puede ser médico, ortopédico y quirúrgico. El médico es higiénico-dietético de desintoxicación y preparación para el quirúrgico. El ortopédico es de escasa eficaca, sólo indicado en sujetos que no pueden ser sometidos al quirúrgico: la nefropexia.

Hay numerosas técnicas de nefropexia. El riñón debe quedar elevado en buena posición y en situación de buena evacuación. La técnica de Rehn es la que a juicio del autor deja el riñón en las mejores condiciones fisiológicas. Consiste en pasar una aguja de gran curvadura por transfixión por el polo inferior del riñón con seda número 6, y pasando los dos extremos de la seda, con la misma aguja, por encima de la doce u once costilla del interior al exterior, toda la pared costal hasta la piel, donde se anuda sobre un tapón de gasa. A los doce o catorce días se retira.

El autor no ha obtenido ni una sola recidiva y se muestra muy satisfecho del procedimiento. — J. RIVERA.

TISIOLOGÍA

KRIC, B., y HAZZEMAN, J. (París). — «LAS TUBERCULOSIS PULMONARES TERCIARIAS INICIAL Y CLÍNICAMENTE REBELDES A LOS ANTIBIÓTICOS Y A LA QUIMIOTERAPIA.» (*Les tuberculoses pulmonaires terciaires d'emblee cliniquement rebelles aux antibiotiques et a la chimioterapie.*) «*Le Poumon et le Coeur*», *10, 975, 1962. París.*

NO pudieron establecer ninguna relación entre el factor terreno y las causas del fracaso por la medicación. El alcoholismo o la gastrectomía se oponen a la eficacia del tratamiento, pero esto para los autores no cuenta. Se refieren únicamente al fracaso de la acción del medicamento frente al germen. No consideran como fracaso la persistencia en la placa de lesiones residuales o aun de cavidades, porque así y todo los gérmenes pueden estar muertos. No juega el medicamento papel alguno en la reparación tisular y sólo en la aniquilación del germen. La reparación lesional incumbe al organismo. Porque el mismo caseum o materias tuberculosas que se deben eliminar pueden estar allí en el organismo a merced de los enzimas disolventes y sus gérmenes estar muertos. Estos bacilos largo tiempo muertos y allí situados pueden colorearse. Son ellos los restos de la batalla librada. Los autores consideran la persistencia de bacilos con rastros radiológicos en la placa, a pesar de un tratamiento bien seguido, es decir, resistentes ya inicialmente, de golpe «d'emblee». Debe, inicialmente, estudiarse la sensibilidad del germen y tratar correctamente dos o tres de los nuevos medicamentos. En los procesos ricos en bacilos (cavidades gigantes, tuberculomas escavados, etc.) pueden aparecer la resistencia, a pesar de la asociación medicamentosa. Aconseja isonazida y estrepto largamente empleada, asociarla a la etionamida y, sobre todo, estar seguro de que el enfermo cumple con la pauta de tratamiento. — SAMITIER.

RENARD, J., y JAQUEMET, L. R., y colaboradores. — «LA TUBERCULOSIS PULMONAR INICIAL Y CLÍNICAMENTE REBELDE A TODA ANTIBIOTERAPIA.» (*La tuberculose pulmonaire tertiaire d'emblee cliniquement rebelle a toute antibiotherapie.*) «*Le Poumon et le Coeur*», *10, 975, 1962. París.*

UN largo trabajo nos dice que curan el 90 por ciento de los enfermos con el solo tratamiento médico, y que llegan al 95 por ciento con el tratamiento quirúrgico. Se trata de enfermos disciplinados que llevan un año de internamiento sanatorial. Hay un 10 por ciento de fracasos de tratamiento que pueden relacionarse con ese 10 por ciento de personas inicialmente resistentes a la antibioterapia. Las enfermedades asociadas agravan el pronóstico, pero no son suficientes para explicar el fracaso de ese 10 por ciento. El campo medio derecho y el superior izquierdo son de mal pronóstico sus lesiones. Los ganglios de tales lugares y las reacciones peripediculares comprimiendo las lesiones agravan el pronóstico curativo. ¿Los ganglios entretienen las lesiones o éstas a aquéllos? No lo saben. Se trata, cuando esto se halla, de sujetos jóvenes. ¿Proximidad a la primoinfección tuberculosa? La afectación ganglio pedicular y vascular, afectando u obturando estos vasos, impide la difusión del medicamento en estas zonas, donde se amontonan o viven los gérmenes; peor las formas conglomerativas que las cavidades gigantes. En fin, la antibioterapia a veces es ineficaz en sujetos correctamente tratados.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

REUNIÓN, EN PALENCIA, DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CASTILLA

TUVO lugar el domingo día 10, a las once de la mañana, en el aula de la Clínica de la Cruz Roja, con asistencia de especialistas de Salamanca, Valladolid, Zamora, Santander, Burgos y Palencia.

Un acto académico sencillo y eficiente según norma de la Sociedad, de intercambio de experiencia y técnicas entre los especialistas ginecólogos castellanos, cuyas ventajas en el orden científico es fácil colegir.

Presidieron la sesión el doctor J. Joblación, presidente de la Sociedad, actualmente el Jefe Provincial de Sanidad; el Inspector Provincial del S. O. E., y el director médico del Hospital Provincial, con el tesorero de la misma.

El *doctor J. Aguado* (Palencia), disertó sobre «*La cortisona en el diagnóstico diferencial de las lesiones del cuello uterino*», estudio realizado sobre trescientos casos, con numerosas fotografías en color demostrativas de las lesiones colposcópicas, muy claras y definidas, orientado en el sentido del diagnóstico precoz del cáncer.

El *doctor A. Ferreira* (Salamanca), expuso y presentó el modelo de su modificación personal a la ventosa obstétrica, y su experiencia, siempre muy favorable, en las distintas presentaciones. Esta comunicación dio motivo a un animado debate en el que tomaron parte varios miembros de la Sociedad.

El *doctor V. Beato* (Burgos) presentó con fotografías y películas en color, la técnica operatoria de injertos cutáneos en dos casos de aplasia vaginal, haciendo el comentario clínico de los mismos, y sus resultados.

Los *doctores Fernández-Ruiz* y *Rodríguez Villa* (Palencia), presentaron una película en color sobre la técnica que realizan del parto rápido y analgésico, mediante la combinación occitócica-analgésica-ventosa en tres casos distintos de indicación, haciendo el correspondiente comentario a la proyección, y respondiendo a las numerosas preguntas sobre detalles de técnica, destacando la inocuidad del método, si es correctamente realizado, tanto para la madre como para el hijo, y sus muchas ventajas para ambos.

El *doctor Población* (Salamanca) presentó un caso muy interesante por su rareza clínica, de «*Distocia por embarazo en útero bicorne*», señalando las dificultades de diagnóstico, favorablemente resuelto operatoriamente, con feto vivo grande; hizo un resumen de los precedentes publicados, y proyectó las fotografías de la pieza operatoria. Es una interesante aportación a la casuística clínica del embarazo en las malformaciones uterinas.

La Asamblea Provincial de la Cruz Roja obsequió a los asistentes a la reunión con un aperitivo. Visitaron detenidamente el establecimiento, en especial las instalaciones quirúrgicas. Y por fin, la jornada terminó con una comida íntima de los miembros de la Sociedad, que manifestaron su grata impresión de Palencia; acordándose que la próxima reunión será conjunta con la Sociedad Ginecológica del N. O. de España, en Salamanca, en abril próximo.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 11 *de enero de* 1963

RIBAS LLISÓ, E. — «RELACIÓN ENTRE LAS DOLENCIAS DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES E INFERIORES.»

CON una introducción de la fisiología normal en la que se estudia el sistema ciliar de la mucosa respiratoria, el dispositivo glandular con la secreción y revestimiento líquido, la inervación y vascularización, se pasa a la interrelación entre vías respiratorias altas e inferiores (acondicionamiento del aire inspirado, reflejos nerviosos, etc.), y posteriormente las alteraciones de la normalidad con los distintos cuadros clínicos que pueden aparecer con las mismas, a saber: 1) Insuficiencia respiratoria nasal en sus dos formas aguda y crónica, con la repercusión de la misma sobre los bronquios. 2) Alteraciones que aparecen en la mutilación por laringuectomía, tanto en las vías altas como en los bronquios. 3) Alteraciones en el asma. 4) Relación de las sinusitis con los bronquios, con especial mención de las formas de origen constitucional, sobre todo en el niño, en pleno desarrollo, con el peligro de bronquitis crónica, enfisema y bronquiectasias.

Se describen a continuación las diferentes formas clínicas que relacionan las vías altas y bajas: 1) Bronquitis crónica difusa en sus diferentes grados: *a*) catarro bronquial simple con obstrucción nasal por distintas causas; *b*) broncorrea purulenta simple, es el llamado síndrome bronquiectásico sin bronquiectasia con diferentes grados de dolencia de vías altas; *c*) broncorrea purulenta con distensión bronquial, con afección del estado general, con mal terreno, recidivantes y acompañada en gran porcentaje de sinusitis; *d*) broncorrea purulenta con bronquiectasias, que pueden ser cilíndricas, sacciformes o quísticas, y que puede tomar distintas formas clínicas. Las bronquiectasias, «grosso modo», pueden ser primitivas (generalizadas) y secundarias (localizadas). Las formas primitivas, de etiología desconocida, pueden, en algunos casos, deberse a enfermedades bronquiectasienales, tales como: la enfermedad de Mounier-Kuhn o etmoido-antritis-bronquiectasia, síndrome de Kartagener (sinusitis, inversión visceral y bronquiectasia), enfermedad fibroquística del páncreas debida a mucoviscidosis. 2) Supuraciones bronquiales localizadas, por ejemplo, bronquiectasias segmentaria, lobulares, etc.

Finalmente, se correlacionan las vías aéreas superiores y la tuberculosis pulmonar.

BALLESTER NOLLA, A., y BATALLA BATALLA, J. — «VALOR SEMIOLÓGICO DE LA R' EN LA DERIVACIÓN PRECORDIAL V_1.»

SE estudian sesenta y nueve trazados electrocardiográficos que presentan en la derivación precordial V_1 una r', o bien una muesca en la rama ascendente de la S (r embrionaria).

Estos casos se hallan distribuídos de la siguiente manera: once normales, dieciocho cardioesclerosis, seis cor pulmonale, veintiséis estenosis mitrales, cuatro comunicaciones interauriculares, tres comunicaciones interventriculares y una estenosis pulmonar valvular congénita.

En todos los casos se determina el eje eléctrico de QRS, la existencia o no de bloqueo intraventricular, la orientación espacial de la porción final del complejo QRS y las características de la R' de la V_1.

Se llega a la conclusión, de acuerdo con otros autores, de que una r' en V_1 en ausencia de bloqueo intraventricular puede hallarse en corazones normales, aunque generalmente es patológica, especialmente cuando es bastante alta. El estudio del eje eléctrico y del comportamiento espacial de la parte final del complejo QRS se muestra útil para diferenciar las r' normales de las patológicas.

PUJOL LLUSÁ, A., y SABATÉS ROVIRA, J. — «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ESTENOSIS ESOFÁGICAS POR REFLUJO.»

LAS esofagitis por reflujo pueden conducir a un grado avanzado de estenosis que provoque disfagia progresiva grave.

El tratamiento tiene dos objetivos: suprimir la estenosis y curar la causa etiológica del reflujo para evitar recidiva de las lesiones.

Cuando la esofagitis ha evolucionado produciendo una estenosis orgánica acusada, sólo nos quedan dos recursos: las dilataciones del esófago con medios incruentos y un tratamiento médico de la causa que originó el reflujo o el tratamiento quirúrgico.

Las dilataciones dan resultado favorable en algunos casos, cuando no existe hernia hiatal, ni úlcera en el esófago distal.

Cuando el tratamiento indicado es el quirúrgico, debemos tener en cuenta dos aspectos del problema que nos plantea: que la operación tenga un riesgo mínimo y que ha de ser eficaz para corregir la estenosis y evitar el reflujo, o que éste, en todo caso, sea inactivo, para evitar la posibilidad de una recidiva.

Hemos de tener en cuenta que en la exofagitis no interviene tan sólo la acidez tributaria del estómago, puesto que el reflujo alcalino regurgitado del intestino delgado es también susceptible de producirlo.

Las lesiones importantes se producen en el exófago inferior, con o sin mucosa ectópica. Las lesiones erosivas que se instauran en segmentos más superiores, a veces causando estenosis espasmódicas, regresan con un tratamiento correcto en el esófago distal. Así lo hemos observado en dos casos.

Los tratamientos quirúrgicos más acreditados son los de Allison y Merendino. Ambas técnicas son muy laboriosas y comportan un riesgo que debe tenerse en cuenta. La técnica preconizada por Holt y Large, practicada en dos tiempos es de ejecución relativamente fácil, el traumatismo que causa no es acentuado y tiene un índice de mortalidad casi nulo.

La intervención, que nosotros hemos realizado en nuestro caso, consta de un primer tiempo en el que se practica una resección esófago - gástrica, que comprende la zona

estenótica y vaguetónica, con anastómosis esófago-gástrica, por vía torácica izquierda.

A las dos o tres semanas se practica el segundo tiempo, por vía abdominal, haciendo entonces resección gástrica subtotal distal de un 30-40 por ciento y anastómosis gastro-yeyunal en Y de Roux.

De los tres casos que se presentan, el último fue intervenido con la técnica descrita con excelente resultado.

DE DALMASES GOSÉ, R. — «FORMA ATÍPICA DE COMIENZO DE LA GOTA.»

EL comunicante expone, en líneas generales, la clínica de la gota, haciendo hincapié en las formas atípicas, que son las que requieren un mayor conocimiento del problema para no caer en una confusión diagnóstica. A continuación refiere el caso de un varón de treinta y siete años de edad, que acude a la consulta por aquejar desde años, a temporadas, mialgias y artralgias de diversa localización (brazos, raquis cervical y lumbar, tórax, caderas, piernas y pies), y desde hace un mes, dolor en las partes blandas de la cara anterior del antebrazo izquierdo, sin otras manifestaciones patológicas en esta región. Simultáneamente, dolor y ligera fluxión en ambas muñecas, en dos articulaciones interfalángicas de la mano derecha y dolor sin fluxión en las caras laterales de ambas rodillas. Los exámenes de laboratorio revelaron completa normalidad en las series roja y blanca. La V. S. G. era de 12 y 14, con un índice de Katz de 14'5. La determinación de ácido úrico en suero dio una cifra de 45 mg. por mil.

Mientras era sometido a otras exploraciones complementarias a fin de determinar la naturaleza del síndrome reumático, súbitamente, a medianoche, aparece dolor violento en la región olecraneana de ambos codos, la que se hincha rápidamente, fraguándose en pocas horas una tumoración voluminosa, caliente, recubierta por la piel intensamente enrojecida y brillante. Se acompaña este episodio de reacción febril y afectación del estado general. Repetidos en este período análisis, se comprueba una leucocitosis con neutrofilia, la V. S. G. acelerada y una uricemia en suero de 81 mg. por mil.

Se había constituído, pues, una bursitis olecraneana bilateral con los caracteres típicos de la bursitis gotosa. Sometido el paciente a tratamiento con Colchicina, se resuelven completamente las bursitis, la artritis de muñecas y manos, y todos los demás componentes álgicos del cuadro clínico. Este episodio aclara la etiología dismetabólica del proceso, y pone en evidencia cómo una afección gotosa puede cursar durante años sin ninguna manifestación típica y sin que concurran en el paciente antecedentes hereditarios ni otros factores que permitieran presumir la verdadera etiología del proceso.

GÓMEZ Y GÓMEZ, A. — «SIGNOS DE ALARMA DEL CÁNCER DEL INTESTINO GRUESO.»

EN esta localización del cáncer, se ha comprobado en estadísticas que los principales signos de alarma que presentaban los pacientes podrían ser colocados en tres grupos, a saber: *a)* sangre en heces; *b)* una alteración o cambio en la función intestinal, y *c)* calambres o dolores abdominales.

El 80 por ciento de los pacientes con cáncer del intestino grueso se quejaban de hemorragia rectal. Y el 98 por ciento de los pacientes con probado carcinoma del colon y del recto, se quejaban de uno o más de estos tres síntomas.

Se consideran y valoran asimismo otros síntomas consecutivos y comunes de la carcinomatosis en general, tales como: 1) Pérdida del apetito y demacración. 2) Astenia. 3) Fiebre. 4) Tenesmo rectal. 5) Tumoración.

Se hace, finalmente, hincapié en que cuando un enfermo nos consulte por una pérdida de sangre por el ano, o bien por alguno de los otros síntomas antes expuestos, deben ser hechas exhaustivamente todas las exploraciones pertinentes a estos pacientes, y considerarlos por nuestra parte como portadores de cáncer, mientras no se demuestre lo contrario.

Finalmente, hay casos «sospechosos de carcinoma» en los que no pueden disiparse las dudas en un momento dado, aunque se recurran a todos los medios diagnósticos auxiliares. En estos casos dudosos debemos recomendar al enfermo la *laparotomía exploradora.* El peligro que se corre con ella es extremadamente pequeño en comparación de las ventajas que reporta si en realidad se trata de un carcinoma.

SESIÓN DEL DÍA 8 DE FEBRERO DE 1963

MASÓ SUBIRANA, E. — «APORTACIONES DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS SÍNDROMES PARKINSONIANOS.»

INTENTAREMOS en esta comunicación pasar rápidamente en revista las aportaciones del estudio del electromiograma en los enfermos parkinsonianos. Para ello, seguiremos la pauta indicada por Thiébaut y Isch en el estudio de los movimientos involuntarios: 1) En reposo. 2) En el curso de los movimientos voluntarios cinéticos o estáticos. 3) Durante la movilización pasiva.

Siguiendo dicha pauta, analizaremos sucesivamente las características EMG de: *a)* el

temblor denominado de reposo, rítmico, a una frecuencia de 5 a 6 c/s., y sus modificaciones en el curso de los movimientos; *b)* los trastornos del tono muscular: trastornos de la inervación recíproca, actividad muscular en el curso de la movilización pasiva, la exaltación de los reflejos de postura, y *c)* la acinesia, difícil de poner en evidencia en el estudio electromiográfico.

Nos ocuparemos, finalmente, de la importancia de la electromiografía como control terapéutico médico o quirúrgico.

DE SOBREGRAU, R. C. — «INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA VÍA TRANSVENTRICULAR EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS MITRAL.»

EL objetivo fundamental del tratamiento quirúrgico de la estenosis mitral es conseguir la abertura máxima de las comisuras fusionadas y restaurar, en lo posible, la movilidad valvular sin provocar insuficiencia.

En el curso de la evolución de la cirugía de la válvula mitral han sido varias las técnicas ensayadas por diversos autores, para lograr la dilatación del orificio valvular estenosado. En los casos en que la presión digital, efectuada en las comisuras fusionadas, no consigue una franca abertura de las mismas, es necesario entonces recurrir a una técnica instrumental. Son varios los tipos de instrumentos cortantes o «valvulotomos» usados. Aunque se haya logrado resultados satisfactorios con ellos, su empleo no carece de ciertos riesgos y dificultades técnicas.

El principal inconveniente reside en localizar el punto de fusión de las comisuras, para poder efectuar la sección de las mismas en una dirección correcta, lo cual no siempre es posible, y es entonces cuando se corre el riesgo de provocar una insuficiencia grave. El empleo del dilatador siguiendo la vía transventricular según la técnica preconizada por Logan y Turner en 1959, permite un mejor control de las maniobras intracardíacas, y en un gran porcentaje de casos la separación de la comisura anterior y posterior hasta el anillo valvular. La vía transventricular ha sido adoptada por diversos autores, logrando mejores resultados que mediante el empleo de valvulotomos introducidos a través del apéndice auricular izquierdo siguiendo la técnica clásica.

Presentamos tres casos de estenosis mitral en que hemos practicado la dilatación y abertura de las comisuras siguiendo la vía transventricular.

En el tiempo de control postoperatorio, de hasta dieciséis meses, los resultados han sido satisfactorios en los tres casos intervenidos. El área mitral postcomisurotomía ha sido de 3 y 4 centímetros. Todos los pacientes presentan una capacidad funcional prácticamente normal.

La efectividad, el mejor control y así como el menor riesgo de producir una insuficiencia, son ventajas indudables a favor de la vía transventricular en aquellos casos en que los intentos de comisurotomía digital resulten inefectivos.

TRIADÚ, I. — «TRATAMIENTO DE LAS ESOFAGITIS POR REFLUJO.»

LA regurgitación del quimo o ácido del estómago, constituyen una de las causas de la esofagitis. También puede ser provocada por la acción del jugo intestinal y por la bilis.

La esofagitis y la úlcera péptica esofágica son afecciones que suelen observarse con frecuencia. La orientación de su tratamiento no es tan sencillo como a simple vista parece.

Los tributarios tan sólo de un tratamiento médico, mejoran ostensiblemente, y si continúan con los preceptos que se les indica, inspirado en el tratamiento general de las úlceras gastro-duodenales, con indicación de que eviten las posiciones capaces de favorecer la regurgitación, durmiendo con la cabeza algo elevada para evitar el reflujo nocturno, vitaminas y, según los casos, antibióticos, prácticamente quedan curados.

El problema se presenta cuando la esofagitis, por su evolución origina lesiones pépticas (úlcera, hemorragias, estenosis del bajo esófago, y precisan ser intervenidos quirúrgicamente.

En manos de un cirujano hábil, hoy en día, cualquier intervención es factible y posible con una mortalidad baja. Los resultados, por lo regular poco convincentes, ya que el paciente se adapta con dificultad a su nuevo estado.

La prueba de ello es la gran variedad de intervenciones que se han ido ensayando y que aún se están proponiendo en la actualidad, para resolver en su máximo fisiologismo esta frontera esófago-cardial, cuando se halla afecta de procesos que requieran ser intervenidos quirúrgicamente. Se utilizan diversidad de procedimientos para su solución, desde el simple Boerems o la técnica de Allisson por vía torácica, reconstrucción de los pilares del diafragma y del ángulo de His, según Lortat Jacob, o envolvimiento del bajo esófago con la gran tuberosidad gástrica (según Nissen, en las hernias del hiato esofágico), hasta las que precisan de la resección esofágica, estenosada.

Anastómosis esófago-yeyunal, mediante la técnica en Y de Roux, con exclusión gástri-

ca, según Allison, o la resección seguida por la interposición de un asa yeyunal, técnica de Thomas y Merendino. Operación de Sweet, esofaguectomía inferior con gastrectomía subtotal amplia y anastómosis esófago-antral alta, intratorácica para evitar nuevamente el reflujo. Operación de Holt y Large, consistente en vagotomía, gastrectomía distal y reconstrucción, tipo Y de Roux, precedida esta intervención por la resección de la porción estrechada del esófago inferior, en aquellos casos en que la misma resulta necesaria.

Todo ello indica que no se ha encontrado el tipo de intervención ideal, y todavía es largo el camino a recorrer, antes no se logre un método quirúrgico que sea aceptado por sus buenos resultados, para la solución de un síndrome como el que debatimos.

TORRES DE GASSÓ, J. M.ª — «LA INDICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES LARÍNGEAS POR TUMORES, CONSERVANDO LA FONACIÓN. ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA.»

MÁS que de un estudio estadístico, se trata de revisar la casuística de este Hospital en las intervenciones laríngeas, en cuanto a indicación.

La indicación ha sido en las intervenciones mutilantes, en las cuales más o menos se ha afectado la formación, la de los tumores. Las supervivencias en los casos de cánceres laríngeos han sido posibles gracias al diagnóstico precoz, y la conservación de la fonación en los casos en que el diagnóstico era tan sólo de sospecha.

Las tirotomías han podido ser practicadas con éxito, en cuanto a la fonación conservada, gracias a la colaboración del médico internista, que ha enviado el paciente con la sola sospecha de afección laríngea por tumor, aún sin repercusión alguna sobre el estado general.

Las nuevas técnicas endolaríngeas conservando la casi integridad de la laringe y extirpando el tumor, las tirotomías, incluso las llamadas ampliadas, son actualmente intervenciones benignas y la mutilación de la fonación no existe. Por estas razones debe proscribirse la espera en un caso de duda, para enviarlo al especialista en el caso que haya un trastorno laríngeo, ya sea en la fonación, o en odinofagia, o trastornos en la deglución.

Por estas razones se ha creído interesante presentar los pacientes al cuerpo facultativo de este Hospital, después de dos años de intervención, con la conservación de su fonación y las biopsias de las piezas extraídas. En un caso de duda, en que la biopsia no fue claramente demostrativa, la intervención fue practicada y la biopsia confirmó el diagnóstico. Se saca también la conclusión que los cánceres de laringe son más frecuentes de lo que se supone, y que permanecen mucho tiempo sin afectar la fonación.

MANCHÓN AZCONA, F. — «MECANISMO ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO.»

DE actualidad todo cuanto concierne a la fisiología y patología de la región eso-cardiotuberositaria, porque se ha visto que sus alteraciones son frecuentes y causan importantes cuadros clínicos. Reciente es la sintomatología radiológica y la cirugía de esta región. Enormes en número de investigadores que tratan de explicar los complicados mecanismos que hace diez o quince años parecían tan sencillos.

El reflujo gastro esofágico es la causa principal de los cuadros clínicos. El radiólogo debe decidir si existe, y el cirujano debe suprimirlo. Por ello, tiene gran interés el mecanismo que lo regula.

Hemos partido para su estudio del repaso de numerosa bibliografía (estudios embriológicos, anatómicos, histológicos, de exploración quirúrgica, manométricos, de los resultados postoperatorios de la radiología clásica y de la radiocinematografía), y, por nuestra parte, del estudio de unas seiscientas películas de radiocinematografía del cardias en posición vertical, decúbito supino y decúbito prono.

Del estudio comparado de nuestras imágenes radiocinematográficas y de los conceptos expuestos por diferentes autores, creemos poder afirmar: 1.º Casi todos los autores se polarizan en uno de los posibles mecanismos antirreflujo, y tratan de demostrar que es el más importante. 2.º En nuestras observaciones, los elementos más importantes son: *a*) el hiatus diafragmático, y *b*) el esfínter inferior del esófago, ambos como mecanismos que mantienen el grado suficiente de adaptación y cierre *fláccido* de los pliegues de la mucosa. Es posible que también influya en la coaptación de la mucosa esofágica del esófago la presión intraabdominal, que tiende a colapsar dicha porción de esófago. No vemos claro el papel del ángulo de His ni la manera cardíaca.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963
SECCIÓN VARIA

OBJETIVISMO Y SUBJETIVISMO PERICIAL EN MEDICINA FORENSE

POR EL
DR. RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA LEGAL
MADRID

EN principio, los hechos físicos, en sí mismos, no deberían ser materia de discrepancia y discusión, no habrían de admitir polémicas, sobre todo cuando se trata, según se dice en el lenguaje judicial, de «hechos probados». Sin embargo, tampoco estos hechos se libran de ellas, en cuanto son susceptibles de explicación, interpretación y aplicación, para lo cual se pueden reducir o ampliar, afilarse o templarse, según interese, para convertirlos en armas arrojadizas contra adversarios y oponentes. Es natural la complacencia que siente el hombre inteligente respecto a sus propios pensamientos, ideas y conceptos; a sus agudezas, habilidades y sutilezas mentales, y demás armas intelectuales que está acostumbrado a manejar, para mostrarse más diestro que los otros, al presentar, incluso a favor de tesis y proposiciones dudosas, equivocadas, falsas, erróneas, argumentos ingeniosos, conceptos enmascarados, disfrazados, camuflados convenientemente, para refutar con apariencias de verdad los argumentos y los hechos, por probados que sean, de la parte contraria.

En el terreno de las aplicaciones, explicaciones e interpretaciones a que nos referismo, no se puede evitar, no es posible descartar el subjetivismo del perito. Nada más obvio, en el campo subjetivo de la apreciación de los hechos, aun en los judicalmente probados, que la variedad de opiniones y pareceres, y el consiguiente debate. Es natural y normal que así sea, porque es propio de la naturaleza humana llegar a la verdad por medio de la dialéctica, ese impulso del ánimo que guía en la investigación de la verdad. En todas las ciencias y saberes, incluso en los teológicos, numerosas proposiciones, decisiones y conclusiones, han sido esclarecidas, admitidas y formuladas, después de discrepancias y discusiones, frecuentemente vivísimas y hasta enconadas, de los sabios, de los científicos, de los doctos, proporcionados por los técnicos, prácticos, peritos y expertos en la materia.

Es un natural reflejo psicológico del ser humano la tendencia espontánea a la sinestesia, para expresar las impresiones que nos producen las cosas, escapando al paso abrumador de la mera descripción, del simple relato objetivo. Y así, es nuestra visión la que, por medio de una sensación que podríamos llamar sinestésica, crea una parte de la realidad de las cosas que vemos. «No hay dos

testigos —escribe Marañón— que vean igual una misma cosa. Y el ímpetu de esta visión personal es tan fuerte, que con frecuencia es el que prevalece, reduciendo a polvo lo objetivo.» Con bastante frecuencia, los criterios de objetividad claudican y hasta se olvidan ante la subjetividad del observador. Y es que, junto a la realidad que ven nuestros ojos de la cara está la realidad que considera nuestro entendimiento, la realidad que contempla nuestro corazón, la realidad que adivina nuestro espíritu, la realidad que quiere nuestra voluntad. Y todas estas realidades, objetivas unas, subjetivas otras, se juntan y mezclan para fundirse en la realidad verdadera, entera, completa. En este sentido, con referencia a la prueba pericial, creemos que el objetivismo es inseparable del subjetivismo, como lo son el fondo y la forma en la obra artística, como lo son el alma y el cuerpo en la vida humana. En estos terrenos, como en otros, la separación es la muerte, significa la muerte.

En cierto modo y manera, la verdad entera y completa de una misma materia se reparte más o menos equitativamente entre lo objetivo y lo subjetivo. Las auténticas exigencias positivas del informe médico pericial requieren saber aunar en nuestra inteligencia la verdad de la realidad física ante nuestros sentidos, y la verdad del conocimiento en nuestra mente. Aquélla es la verdad en la vertiente de los hechos mondos y lirondos, y ésta es la verdad en la vertiente de nuestra razón. En el juicio técnico que representa la peritación, debemos distinguir analíticamente la verdad de comprobación y la verdad de interpretación, con sus características y sus límites diferenciales, para luego completarlas y aunarlas en la verdad integral.

Fundándose en esto, en las doctrinas de la realidad y el conocimiento, de la comprobación y la interpretación, de la verdad de la razón y de la verdad del hecho, Domenico Macaggi ha demostrado los motivos de la relatividad de los juicios de los peritos médicos, sobre todo en psicopatología forense, donde el arte se basa esencialmente en la reflexión y, por consecuencia, en la personalidad individual del informante, rechazando las censuras que frecuentemente se hacen a los peritos por sus diferencias de opinión, que no satisfacen la garantía que la autoridad judicial pide y exige a su colaborador técnico, provisto de indispensables conocimientos médico-jurídicos, para el enjuiciamiento de los problemas y cuestiones, sometidos precisamente a su juicio.

* * *

Basta lo dicho para darse cuenta de la inevitable frecuencia de las disensiones periciales en el terreno de la Medicina legal, sobre todo en el campo de la psiquiatría forense, donde son más abundantes, acentuadas y radicales. En esta materia, los peritos médicos, en general, cada vez tienden más a hablar y escribir, en sus actuaciones periciales, en primera persona, principalmente en los juicios orales, ante los tribunales de justicia, con lo cual se acentúa, se intensifica la tendencia a la subjetivación, no sólo de los conceptos, ideas, pensamientos, opiniones y pareceres, sino también de los mismos hechos que exponen.

En el campo de la psicopatología judicial, más que en todos los otros terrenos de la Medicina legal, las interpretaciones y apreciaciones sobre unos mismos hechos pueden ser diversas, distintas, incluso contradictorias, opuestas, y hasta incompatibles entre sí, a la luz de los principios y de las doctrinas jurídicas. Mas, por lo común, no por eso son menos válidas desde el punto de vista de la conciencia subjetiva, tan variable de una persona a otra, de un perito a otro,

y, sobre todo, entre médicos y juristas. Entre estos últimos, no son pocos los que creen que la Medicina, y en especial la psiquiatría al uso, en relación con su profesión, se presta particularmente al error, a la equivocación, al sofisma; o sea, a defender de modos y maneras al parecer irrefutables tesis, argumentos, opiniones, actitudes, posiciones diferentes y aun contrarias.

La subjetividad suele mandar sobre la objetividad, más aún en estos tiempos, en que se ha debilitado y se sigue debilitando el culto al objetivismo, ese pernicioso culto de la imagen superficial de las cosas. Las apariencias de las cosas han de subordinarse a su profundidad. De lo contrario, el objetivismo cae en el vacío y en la futilidad del culto a la imagen superficial. Aun sin suscribirlas plenamente en su totalidad, no dejan de tener razón, cierta razón, una razón parcial pero sólida, fuerte, estas palabras de Ramón Pérez de Ayala: «La creencia en que puede haber una psicología objetiva y científica es un absurdo que no se mantiene en pie. Como tampoco puede haber una visión objetiva. Cuando nos referimos a una visión así, queremos dar a entender una información exacta y veraz de la ecuación personal, sobremanera limitada y cambiante, entre el sujeto que mira y lo que el mismo sujeto ve; entre un ojo humano, que no el ojo humano en general, y el mundo externo».

Visión objetiva quiere decir el modo subjetivo como cada cual ve un objeto. No podemos saber, cómo un telescopio ve objetivamente los astros; sí sólo como los vemos nosotros a través del telescopio. Así como se ha dicho que los ojos contemplativos hacen el paisaje que ven, podríamos decir también, con relación al peritaje, que la contemplación del objeto sobre el que se ha de informar hace en buena parte el objeto. Un sabio de la categoría y el rango de Alberto Einstein, un científico puro, ha dicho que la imaginación es más importante que la sabiduría.

Cuando se califica un texto —leemos en Eusebio García Luengo— de pintura fotográfica de la realidad, y a esto se dice ha de aspirar el informe médico-legal; cuando se dice eso, «no se expresa sino algo aproximado y convencional. La diferencia entre una máquina y una persona, cualquiera que sea, resulta esencial: ya es diferente la misma máquina manejada por distintas personas. La visión del mundo jamás puede ser fotográfica; pero si la queremos llamar así, por metáfora bastante caprichosa, se alude también, sin quererlo, a un estilo personal, a un modo y manera personal de sentir, de ver, de apreciar, de presentar, de entender, de enjuiciar.

El valor, todo el valor de la actuación pericial, no está, no puede estar, sólo en la fe de los hechos, en la fidelidad con que se han de constatar, en el vigoroso testimonio que pueden dar de sus caras de luz o de sus caras de sombra, o de ambos planos a la vez. El valor del testimonio pericial está también, y tal vez más, en la trama de su construcción, en el sentido que se le dé, por pálido que sea, por invisible que parezca. Lo está igualmente en las consecuencias que pueden derivarse de la aplicación de tales interpretaciones a la cuestión objeto del peritaje. Todo esto es lo que da vitalidad al informe pericial y lo que hace que sea verdaderamente operante en sus diversos aspectos; lo mismo en lo que tiene de ciencia, que en lo que tiene de técnica, que en lo que tiene de arte.

* * *

De aquí que, aun en el terreno más rigurosamente objetivo, las discrepancias y oposiciones sean posibles, y hasta probables y frecuentes. Ciertamente que el perito, como el juez, está obligado a la máxima objetividad. En las investigaciones,

indagaciones e informaciones de alguna trascendencia, el perito ha de procurar ser tan objetivo como sea posible serlo humanamente. Sin embargo, no es tan fácil, como parece a primera vista, atenerse en la exposición de los hechos a lo meramente «ocurrido», a lo que simplemente se advierte con los sentidos de la carne. Al referirlos, es muy difícil, por no decir imposible, sustraerse a su enjuiciamiento, a la interpretación de su significado, a la indagación de sus relaciones de causalidad o motivación. Es incuestionable que los hechos están abiertos a la observación y contemplación de todos; pero no puede negarse que el secreto de los mismos sólo puede penetrarse por la agudeza mental subjetiva del que los mira, contempla, observa. La subjetividad no puede eliminarse.

La dificultad objetiva, para la apreciación objetiva de las cosas y de los hechos que llamamos objetivos, está en descubrir objetivamente la esencia inmutable que los rige, los factores sustanciales que explican sus caracteres, la necesidad de cuyo descubrimiento se impone para la mejor apreciación de los mismos. Lo objetivo en sí no es nada, sino en la medida de su significación para el observador, para el que se enfrenta con ellos, la cual significación no es inmutable, sino que varía y sufre alternativas en función del tiempo, de las circunstancias, de las coyunturas, de las situaciones, de las condiciones, de las causas, de los motivos. De aquí que un mismo hecho, una misma cosa, no tiene de una vez y para siempre una significación igual, definitiva, válida para todos. Por lo demás, aun lo más evidente no suele acogerse sin crítica. Tampoco podemos eliminar siempre los espejismos de la ilusión óptica, que son inevitables, causados por el engaño de los sentidos. Todos pueden engañar, y dentro del ámbito de cada uno de ellos son infinitas las posibilidades y múltiples las probabilidades de error.

Sucede con el objetivismo pericial, sobre todo en materia de psicopatología forense, según sean de una u otra parte los peritos, lo que pasa con el subjetivismo literario, del que escribe Juan Fernández de Figueroa: «Toda objetividad, apenas sin excepción, se elabora dentro del sujeto, en la intimidad del sentimiento, de la inteligencia del que ve, del que mira, del que observa, del que contempla, del que piensa y medita, del que escribe, del que habla. En la pantalla del alma se reflejan las cosas, los sucesos, los seres, pero más que fotográficamente, dado que el autor pone en ello su retina, su mente, que no son neutras, que no pueden serlo, sino beligerantes. La neutralidad absoluta no existe».

Se ha de tener en cuenta que aun en lo más estrictamente testimonial, aun en el más desnudo testimonio, por riguroso que sea el espíritu de sensatez y honestidad intelectual, por excelente que sea la buena voluntad, por rigurosas que quieran ser la precisión y exactitud en la observación y en el juicio, a pesar de todo, no puede prescindirse, por mucho que se quiera, de la apreciación subjetiva del investigador, del indagador, del experto, del perito. No pueden eliminarse del observador su mayor o menor apasionamiento en la contemplación de las cosas, de los objetos, de los hechos; el hervor, ardor y aun furor que caldean su imaginación, que hacen rebosar su fantasía, que ocupan su mente, que forman su inteligencia, que enmascaran, alteran y hasta tergiversan la verdad. La ideología y el estado emocional de cada cual influyen, indudablemente, en su manera de ver las cosas. Por lo demás, como alguien ha dicho, ¿dónde está la verdad pura, ni ninguna clase de pureza?, ¿en la vida?, ¿en la existencia?, ¿en las actividades?, ¿en las actuaciones?, ¿en las cosas de los hechos humanos?

Ciertamente que hay muchas cosas en las honduras y profundidades de la conciencia humana, que se traducen objetivamente en la envoltura somática del hombre. Pero por sólo estas apariencias no podemos decir, las más de las veces,

lo que ellas expresan, en cuanto a la capacidad de hacer, en lo que atañe a la intención de hacer, por extensa y profunda que sea nuestra ciencia, por grande que sea el poder de captación de nuestras técnicas y modos y maneras de operar, físicos, químicos, biológicos, por poderosos y precisos que sean los aparatos e instrumentos, por más que abramos como brazos las alas de nuestro humano saber. Además de la imputabilidad y responsabilidad de nuestros actos, por acción u omisión, por entendimiento o ignorancia, en relación con la sociedad, existe la imputabilidad y responsabilidad de nuestros pensamientos y de nuestras intenciones, pensamientos e intenciones en los cuales es casi imposible, o sin casi, penetrar; de los cuales sólo podemos juzgar indirectamente, muy indirectamente, subjetivamente, muy subjetivamente. Los criterios que corrientemente se manejan para apreciar y juzgar de la capacidad e intención de los seres humanos, son harto débiles e inseguros. Pese a los progresos de la psicología, de la psiquiatría, del psicoanálisis, de la psicosomática, lo único que podemos hacer es rascar la piel objetiva de la conciencia ajena, arañarla, hacer algún que otro surco, abrir pequeños, superficiales, contados agujeros en el espesor de su frágil pero dura corteza.

Nada tiene, por tanto, de particular, aun dentro del más puro y riguroso objetivismo, que puedan darse, que abunden las discrepancias y oposiciones entre los peritos, que sean incluso inevitables. La misma cosa puede entenderse subjetiva y objetivamente al mismo tiempo, y, de hecho, así se entiende las más de las veces. Objetividad y subjetividad se hallan tan mezcladas y confundidas que, en la mayoría de los casos, no se pueden distinguir y separar. No se las puede separar tajantemente, netamente; no se puede precisar con claridad dónde acaba la una y dónde comienza, dónde va, hasta dónde llega la otra. Casi siempre, el dato objetivo no es más que un punto de partida, algo así como el esquema, el esqueleto, el argumento que ha de servir de trama para la configuración, para la construcción del informe. En cierto modo y manera, los hechos han de imaginarse también, en más o menos parte, porque nunca se ofrecen completos ante nuestros sentidos, jamás se nos revelan enteramente, en todos sus lados y caras, sin el esfuerzo y refuerzo de nuestra subjetividad. Lo objetivo no está sólo, única y exclusivamente, en lo que se percibe con los sentidos, sino que se completa con otras cosas que caen fuera de ellos.

Como dice Heidegger, objetivismo y subjetivismo son inseparables, porque uno y otro reposan sobre un concepto particular de la relación sujeto-objeto, la cual los toma por tal, en su oposición realizada, sin rebuscar el porqué ni el cómo de esta oposición. Esto, como hace notar Elena Soriano, ya lo dijo nuestro Ramón de Campoamor en sus famosos versos, tan criticados y denostados por algunos, que los calificaron de horrendos: «Y es que en el mundo traidor — nada hay verdad ni mentira; — todo es según el color — del cristal con que se mira».

* * *

En relación a la cuestión que tratamos, y por lo que se refiere a la significación intelectual de los hechos, escueta y rigurosamente tales, traemos aquí, tomados de un artículo de Luis Trabazo, los siguientes conceptos de Alberto Einstein: «Si el signo del siglo XIX fue el positivismo, es decir, la consagración de los hechos, y el del siglo XX es la estadística de los hechos, o sea, la consagración de los números, ni el uno ni la otra pueden prescindir del apriorismo, que constituye una necesidad de la ciencia, para lograr avances decisivos y para que tenga un sentido humano. Sin él, no se pueden dar en modo alguno grandes pasos. La razón de esto está en lo que el apriorismo significa de unidad».

La grandeza de Newton —dice Einstein— estuvo en eso, en su capacidad enorme de apriorismo, lo cual le permitió formular leyes que, aun sujetas en diversos puntos a error —errores que el sabio a que nos referimos se propuso corregir—, poseían la suprema virtud que dimana de la unidad conceptual. En fin de cuentas, la esencia de lo científico es la concepción conceptual, y los hechos como tales no son nada, ni siquiera son hechos si antes no han sido conceptuados o, lo que es igual, reducidos a un criterio. En tal sentido, para el célebre matemático, el positivismo décimonono no supuso, rigurosamente, un avance, sino en cierto sentido, entendido rectamente, un retroceso; retroceso en cuanto a la concepción, pero avance en cuanto a la observación.

La tarea que se nos plantea hoy a nosotros —según Einstein— es hallar una teoría lo suficientemente unitaria para dar sentido y una coherencia a la multitud de los hechos, o, lo que es igual —añade Trabazo—, un pensamiento, un «imago mundi», un ideal capaz de digerirlos y de prestarles, por decirlo así, un alma. Y esto no es labor exclusiva de las máquinas, ni aun de los ojos más sagaces o de los oídos más perspicaces, o de la memoria más meticulosa y larga, sino precisamente del espíritu. Sólo el alma puede prestar alma a las cosas que no la tienen, a las cosas inanimadas.

* * *

Ciñéndonos al tema que tratamos, no cabe duda que, en materia pericial, no sólo sobre cuestiones de psicopatología forense, sino sobre otras materias, el ideal sería servirse, según la opinión común, sólo de los elementos objetivos concretos y positivo del caso, huyendo de todo lo que es apriorismo, doctrinarismo y conjetura, evitando sobre todo los prejuicios, los razonamientos especulativos, los juicios subjetivos sobre las mismas. Trayendo aquí unas palabras de Lavoisier, que tomamos de Alexis Carrel, el ideal, el secreto del calor y de la eficacia del informe pericial en las cuestiones que nos ocupan, estaría en poder suprimir, o por lo menos simplificar, tanto como sea posible, el razonamiento que es nuestro, propia e íntimamente nuestro, y que puede extraviarnos, o al menos en probarlo y demostrarlo continuamente por medio de la experiencia. Lo mejor sería no conservar más hechos que aquellos que fueran datos de la naturaleza, elementos físicos, y que no pueden engañarnos. Hemos de buscar la verdad —decía el genial químico francés—, única y exclusivamente, en el encadenamiento natural de las experiencias y de las observaciones, de la misma manera que las matemáticas llegan a la solución de un problema, por la simple alineación de datos y reduciendo el razonamiento a operaciones tan sencillas, a juicios tan cortos, que no pierdan jamás de vista la evidencia que les sirve de guía.

Pero esto no es posible, o es poco menos que imposible, en Medicina, sobre todo en Psiquiatría, y especialmente en Psicopatología forense, según hemos expuesto. Otro tanto, o cosa parecida, podemos decir en relación con ciertos aspectos de la Medicina forense laboral, especialmente en lo que atañe a la determinación y valoración de incapacidades por accidentes de trabajo. Cierto que hay normas legales para la apreciación objetiva de tales incapacidades, como son, por ejemplo, la equiparación de la abolición funcional de miembros y órganos o sus partes, a la correspondiente pérdida anatómica, y el porcentaje del grado de reducción, en caso de pérdida funcional parcial de un miembro o un órgano, en proporción al valor laboral de la función perdida. De todos modos, la infinita gama de las posibles consecuencias lesivas de un accidente y de sus repercusiones sobre la aptitud para el trabajo, excede con creces los límites angostos de una tabla o un

baremo, y requiere una valoración subjetiva, confiada a la experiencia del médico.

Volviendo al terreno psiquiátrico forense, hemos de tener en cuenta que, en el campo mental psíquico, son muchas menos las enfermedades objetivamente, claramente definidas, como lo son, por lo general, en buen número, las de otros órganos, aparatos, funciones y sistemas de nuestro organismo. La mayoría de las enfermedades mentales son, más que nada, un enredijo de sentimientos y de sensaciones subjetivas que, cuando se las quiere objetivar, conducen frecuentemente a equivocaciones, confusiones, falacias, errores. Bien sabido es, como dice López Ibor, que el ideal de la ciencia propiamente dicha, propiamente tal, es anular la subjetividad y no dejar la más pequeña mácula en la pura objetividad. Pero la Psiquiatría actual está aún lejos de todo eso.

Hemos de tener en cuenta que el edificio de la psiquiatría psicóloga actual, de la psicopatología moderna, ampliamente entendida, considerada en sentido lato, se levanta en buena parte, principalmente en sus aplicaciones forenses, sobre la base de los sentimientos íntimos que expone el presunto paciente, por lo común no muy sinceros, poco seguros e inestables no raras veces, poco duraderos otras, y también sobre la base de la coacción mental y psíquica del sujeto. Además, como dice Bernart Carreras, «se escribe y se teoriza mucho sobre la Psiquiatría. Las diversas doctrinas se suceden a un ritmo velocísimo, sin dejar apenas rastro. Lo mismo ocurre con los tratamientos. Se diría que, en su afán de superación, la psiquiatría pretende digerir, con igual rapidez que ingiere, las doctrinas, las teorías, las terapéuticas, sin tener en cuenta los riesgos que implica tal voracidad». La pátina del tiempo y las modas tienen también su importancia en las disciplinas médicas, y sobre todo en ésta, aún inexperta y apresurada.

Muchos de los fundamentos y conceptos básicos de la Psiquiatría, que se consideran como tales, sólidos y duraderos, distan de ser reales y claros, dejan de ser fijos para todos. Cada cual los utiliza como le place, según su imaginación, según el momento de su talante, según sus aturdimientos, con intenciones más o menos correctas y sinceras, científicamente hablando, claro está, por lo cual se comprende que no pueden exigir de nadie una «fe ciega». En términos generales, apenas si es posible la precisión en estas materias, sobre todo cuando se apoyan casi única y exclusivamente en las teorías y doctrinas psicogenéticas y en sus aplicaciones y referencias judiciales, donde, más que en la psiquiatría curativa, todas las sorpresas, todas las discrepancias, todas las opiniones, son posibles e incluso, muy frecuentemente, la regla común. La mayor parte de sus tentáculos siguen palpando en el vacío.

Y es que, en fin de cuentas, y por lo común, las llamadas, no con mucha propiedad, enfermedades mentales se suelen caracterizar más por fenómenos de resistencia que por fenómenos de esfuerzo. Son enfermedades eminentemente subjetivas, y muchas de ellas se suelen manifestar casi única y exclusivamente como subjetivismos, como vivencias y experiencias vitales, más o menos morbosas, que están principalmente en el yo íntimo del mundo psíquico y espiritual que en el no yo o en el menos yo del mundo somático.

Fuera de las propias enfermedades mentales, o sea, de las psicosis, son muchos los trastornos de esta clase que, en relación con la conducta antisocial, lo mismo pueden ser valorados y estudiados, y con el mismo éxito o igual fracaso, por el médico psiquíatra que por el psicólogo, el pedagogo, el antropólogo, el sociólogo, el político, el moralista, el filósofo y otros, aunque no sean médicos. En casi todos los trastornos mentales, sean propios de la psiquiatría o no, hay todavía mucho hermetismo, hermetismos ingentes, totalmente inaccesibles a la sabi-

duría humana, por grande que sea su penetración y desde cualquiera de sus puntos de vista. Hay morbosas intimidades de conciencia que son intraductibles, inexpresables, incomprensibles al lenguaje médico corriente.

De aquí que el informe pericial, en la materia de que hablamos, no puede limitarse a una relación escueta de los hechos. Es necesaria también la consideración, la apreciación, la valoración de los mismos. Pese a todos los alardes positivistas en las materias médicas, particularmente en las que tratamos, no podemos evitar el doctrinarismo, la especulación, la conjetura, dado lo incompleto, lo inseguro, lo incoordinado de los fenómenos que se someten a nuestra observación, y en las condiciones, circunstancias y terrenos en que se someten. Los datos que podemos captar, recoger, aprisionar, son puramente descriptivos las más de las veces, siempre empíricos, incompletos siempre; todo lo más, aproximativos. De esta guisa, sobre los hechos físicos de la naturaleza, por más objetivos y tangibles que parezcan, el perito, aun sin saberlo ni quererlo, incluso de buena fe, puede levantar sus fantasías y sus sueños y construir, por culpa de su subjetividad, un informe de ficción.

Es incuestionable que el informe pericial ha de construirse no sobre teorías y doctrinas fluctuantes, susceptibles de interpretaciones diferentes, según cada cual, sino sobre hechos positivos, concretos, tangibles; sobre realidades tan sólidas como el espíritu humano sea capaz de captar, más por los sentidos que por los sueños de la razón, las fantasías de la imaginación, las especulaciones filosóficas, que no son, que no pueden ser, de este lugar. Mas no es posible descartar aquello que es glosa, comentario, discusión, apreciación, interpretación, valoración de los hechos y los fenómenos por tangibles que sean, lo cual, muchas veces, sobre todo en la materia que tratamos, vale más que la letra, la mesa de observación, la simple anotación y amontonamiento de datos. En este sentido, no puede prescindir el perito del subjetivismo, por más que quiera, por más que se esfuerce en eliminarlo. Por lo demás, son poco menos que inevitables las reacciones subjetivas ante las cosas y los hechos, por más que queramos apoderarnos concretamente de ellos y aislarlos y abstraerlos de toda implicación subjetiva. Un mismo hecho, una misma cosa, un mismo fenómeno, igualmente observado por todos, en igualdad de condiciones, puede interpretarse y valorarse distintamente por cada cual, por cada observador, según su espíritu, según su formación, su educación, su filiación intelectual y doctrinal.

Lo que dice Marañón sobre las descripciones de los lugares de España por los escritores viajeros, en los que se admite que no ya los comentarios, sino la imagen del modelo, es en cada descripción completamente distinta, podemos traerlo a la cuestión en que estamos. «Suele decirse que estas interpretaciones subjetivas diversas son falsas, y no es cierto. Lo que pasa es que tienen otras dimensiones que la superficial; tienen sus profundidades, sus cimas; y todas son tan realidad, aunque sean hijas de la imaginación, como es realidad la superficie que se ve».

En resolución, que todas las cosas tienen al mismo tiempo su haz y su envés, su pro y su contra, puesto que lo objetivo, la realidad, al reflejarse en cada sujeto particular, no puede menos de adquirir un bies y un carácter subjetivo. «El hombre es la medida de todas las cosas.» No sólo lo objetivo, sino también lo subjetivo, tiene ciertamente sus derechos en el acto del conocimiento, cualquiera que sea la disciplina o el campo intelectual, si bien lo uno y lo otro han de estar en peso, número y medida, según las condiciones y circunstancias del saber en la materia de que se trata. Como ha dicho Francisco Fernández-Santos, «la indudable consistencia exterior de la realidad es sólo la mitad de la misma; la otra mitad

que la contempla es la subjetividad que ve». No se puede propugnar, por tanto, el objetivismo a rajatabla; no se puede rechazar a ultranza el subjetivismo en la actuación pericial. Cuenta Marañón, de Bergson, que entre el fastuoso caudal de sus temas hubo uno que siempre le fue caro: el de la simplicidad de querer separar, como si fueran procesos mentales distintos, la observación de los hechos y la especulación generalizadora. Subjetivismo y objetivismo son fuentes perennes del saber y de la cultura. Ambos constituyen factores esenciales de un mismo proceso lógico. El pretendido antagonismo que se ha querido establecer entre objetividad y subjetivismo carece de sentido y debe ser absolutamente rechazado, pues es causa de no pocas perturbaciones y deficiencias del conocimiento científico.

No negamos que, a veces, los hechos dominan a las personas; pero tampoco es raro que las personas dominen a los hechos. Es decir, que los subjetivismos de ellas, sus ideas, sus opiniones, sus maneras de pensar, se anticipen a la observación de los hechos, cambien los modos de verlos, influyendo directa y radicalmente en los mismos. Ningún hecho puede estar desgajado, desvinculado, desambientado de una trama ideológica. Así como toda idea tiene dentro de sí una fuerza imperiosa que la impele a cristalizar en hechos, así el analizador nos lleva al análisis de aquellas que los han creado, conformado, influenciado. Se implica también el análisis de los factores básicos que amasan la personalidad intelectual, individual e intransferible de quien formula las ideas, los pensamientos, los conceptos, las opiniones, y de quien contempla, observa, relata, describe los hechos. Unos ven los problemas y cuestiones con sencillez y claridad, y aportan las soluciones totales y completas, y lanzan haces de luz que facilitan su esclarecimiento y solución. Otros, en cambio, ante los mismos hechos, los complican, embrollan y confunden, y en lugar de aportar claridades, aportan oscuridades y tinieblas.

* * *

Fácilmente se deduce de todo lo que vamos diciendo, que, por las razones expuestas, no se pueden descartar, ni siquiera en el orden objetivo de las cosas, las discrepancias, las discordias, las disconformidades, las contradicciones, las inseguridades e incertidumbres parciales, por lo cual los informes y dictámenes forenses de esta clase siempre distarán bastante de ser enteramente satisfactorios ante las autoridades y tribunales a los que está encomendada la administración de justicia. Todos estos defectos y otras deficiencias, que constantemente se nos echan en cara, son inherentes al complejo objetivismo subjetivismo; son, por tanto, consustanciales con la Medicina y en especial en lo que atañe a los problemas y cuestiones de psicología forense, materia en la cual, más que en otras, según hemos visto, existe y predomina un juicio valorativo del perito. De aquí que sean numerosas e infinitamente variables las opiniones, pareceres, tesis o hipótesis a que pueden dar lugar los casos médico-legales relacionados con el estado mental y psíquico de un sujeto, tanto más si se tiene en cuenta que, desde el punto de vista de la psiquiatría, y en el terreno pericial en que estamos, no se trata sólo de comprobar un hecho, una enfermedad psíquica, un trastorno mental, sino también, y principalmente, de explicar, de valorar en relación con la anormalidad, un suceso, una conducta, un comportamiento, un proceder. De otra parte, como dice Lacompte de Nouy, «no existe verdad científica alguna, en el sentido absoluto de la expresión». «También la verdad se inventa», escribió Antonio Machado. Consideremos que, así como hay verdades verdaderas, hay verdades inverosímiles. Pensemos que junto a las verdades objetivas están las subjetivas; que si existen verdades ruidosas, las hay igualmente calladas; que unas veces son mudas, y otras no; que unas

veces la verdad es aparente, y otras oculta. Todo esto viene a quitar monotonía y rutina a la verdad.

No es de extrañar, por tanto, que sean frecuentes tales actitudes discrepantes de los peritos, no raras veces hasta totalmente opuestas en infinidad de casos; como tampoco son de extrañar, por la misma causa, los convencionalismos y las inseguridades y consiguientes incertidumbres de los informes psiquiátricos ante las autoridades y tribunales competentes de la administración del Estado. En un mismo y dado caso, tanto los peritos de la defensa, como los de la acusación, como los de la imparcialidad judicial, pueden entrar a saco en la psiquiatría teórica y en las disciplinas afines, con grandes probabilidades, si no con la seguridad de que encontrarán, no pocas veces, toda clase de argumentos y elementos de juicio para sus especulaciones y particulares puntos de vista, para sus preferencias doctrinales, para sus opiniones y pareceres técnicos, para sus orgullos científicos, para sus vanidades profesionales.

Por lo que se refiere a estas últimas, tengamos presente, según hemos dicho en otro lugar, que, como todo o casi todo, también los estrados de la justicia de los hombres pueden convertirse, y se convierten a menudo, en magníficas tribunas, en preciosos medios y recursos para la publicidad, la propaganda, el anuncio, el reclamo del perito, no sólo como tal perito, sino en su actuación como profesional del arte y de la ciencia de curar.

Debido en buena parte, en muy buena parte, a lo que llevamos expuesto, se ha hecho proverbial lo que, en cierto sentido, podríamos llamar una crueldad mental más o menos encarnizada, el mal estilo con que a veces se desenvuelven las contiendas entre intelectuales, tanto más cuanto más llenos están de filosofías y de «latines». Pues bien, en el campo de la Medicina, en todas sus ramas, disciplinas y especialidades, tal vez sea en el terreno de la Psiquiatría donde más se piensa de modos y maneras distintos, donde se manifiestan más discrepancias y oposiciones, donde se discute y polemiza más, y con más punzante ironía, con más descarada agresividad, con mayor afán de anularse y destruirse mutuamente. No negamos que las luchas y combates son a veces de guante blanco en las apariencias, desarrollándose en un tono comedido, aunque de cortantes, de hirvientes relieves.

Bien sabido es cómo, en las antiguas discusiones de las escuelas teológicas, campo parece como si en cierto sentido, en cierto modo y manera, el «odium theologicum» de antaño, hubiera sido sustituído por el «odium psichiatricum» de hogaño, que puede quede, cual quedó aquél, como expresión del mal humor hiriente entre los grupos minoritarios de esta disciplina. Este «odium psichiatricum» vendría a ser como la variante más acusada del permanente, secular «odium cientificum», en una disciplina que, más que en ninguna otra de la Medicina, está rota en dogmatismos, filosofías, razones, argumentos opuesto, contradictorios.

* * *

Ante este estado de cosas, se comprende que, no raras veces, las discrepancias periciales, por las razones que aducimos, susciten controversias tempestuosas, discusiones apasionadas, guerras intelectuales, no sólo frías, sino bastante calientes, batallas y contiendas más o menos enraizadas en el campo cultural de los objetivismos y subjetivismos de marras. La historia de la administración de justicia, en este campo de sus diligencias, registra no pocas de estas contiendas, algunas tristemente famosas, entre aseveraciones rotundas, sin razonar o de flojos razonamientos,

y tajantes y heladas repulsas; entre mezquinos argumentos objetivos y apasionados juicios subjetivos.

Ha habido casos en que se ha llegado a más, y los peritos de las partes se han enfrentado con singular violencia en la misma sala. Se han desmentido mutuamente con acritud, se han echado en cara, con desconsideración, objetivismos y subjetivismos exagerados; se han devorado unos a otros, hasta el punto de que fueron llamados al orden por el presidente del tribunal. Han dado así un lamentable y hasta denigrante espectáculo, en descrédito de su buena fama, de su autoridad, con menoscabo de su estimación y hasta de su ciencia, de su decoro ante los jueces y magistrados.

Juntamente con otros factores que no es éste el lugar de señalar, estas enemistades y aversiones, que pueden llegar a más, que pueden ir demasiado lejos, según acabamos de decir, como consecuencia de los inevitables objetivismos y subjetivismos de las actuaciones periciales, estas polémicas, digo, son una de las causas más frecuentes, una de las mayores de que los informes periciales en psicopatología forense no siempre rindan ante la justicia los resultados que deben rendir, de que se desconfíe de ellos, de que no pocas veces no se haga caso, o se haga poco caso de ellos. Cuántas y cuántas veces, en situaciones y circunstancias como éstas, el dictamen pericial, lejos de ser piedra sólida, firme piedra sillar en la construcción del edificio de la decisión judicial, no es, no parece ser otra cosa que un inútil e informe montón de grava, de dispersos datos subjetivos y objetivos.

No debemos, no podemos cerrar los ojos ante estos lamentables efectos y consecuencias y ante otros problemas y cuestiones que plantean, que pueden plantear las discrepancias, las discusiones, las polémicas, las algarabías periciales, como consecuencia de las deficiencias objetivas y de los excesos subjetivos en la apreciación de los hechos. Hay que afrontar estos desacuerdos con nobleza, con recta intención, con buenas maneras, con rectos modos, y hemos de procurar resolverlos, darles solución o, al menos, aprovecharlos de alguna manera, o sacar de ellos el mejor partido posible.

* * *

En términos generales, cuando las discrepancias atañen más a la objetividad de los hechos que a la subjetividad de los juicios, entonces la solución no es tan difícil. Se refieren por lo común a simples divergencias de forma, a meras apariencias, en las que los divergentes, hechas algunas mutuas concesiones, fácilmente pueden avenirse en las opiniones que les separan. Las divergencias no son sustanciales, sino accidentales. En estos casos, en que se trata de cuestiones que son más de forma que de fondo, fácilmente se pueden reducir las disputas, por agrias que sean, a un diálogo amigable, y no es imposible, sino todo lo contrario, bastante posible, llegar a la transigencia, conseguir el acuerdo. No pocas veces, en estos casos, las divergencias se reducen a tempestades en un vaso de agua, en torno a meras nomenclautras y terminologías, que se ofrecen con apariencias de oposiciones hondas, no siendo en realidad más que simple cuestión de significado de voces, de palabras, de términos, de vocablos, de frases y expresiones.

En cambio, el acuerdo es difícil, y hasta parece humanamente imposible, cuando las diferencias, por ser íntimamente subjetivas, no son tan superficiales como las otras, sino más hondas, más profundas, más íntimas. Se trata de verdaderos disentimientos, de auténticas discordancias, de serios antagonismos mentales, que supo-

nen, necesariamente, entrañables divisiones, profundas separaciones, para cuya solución se requiere una verdadera mudanza personal, mudanza en todo: mudanza de mente y de inteligencia, mudanza de ideas, de conceptos, de pensamientos; mudanza de conciencia y corazón.

Insistiendo en las primeras discrepancias, en las simples y meras discrepancias sobre lo objetivo, que son las más frecuentes, según el viejo proverbio latino: «Tantos pareceres como cabezas», se comprende que no es posible pedir en las actividades intelectuales, como son las periciales, una completa unanimidad, y menos una conciencia exacta, en la apreciación de los hechos propiamente dichos. Mas si estas discrepancias se mantienen en un correcto intercambio de los ángulos de mira, de los puntos de vista, y en los límites de la prudencia y del buen sentido, de los mandatos de la justicia y de las exigencias de la Medicina, y los discrepantes profesan las mismas ideas fundamentales, los mismos conceptos básicos, los mismos pensamientos generales, doctrinales y filosóficos, y rinden culto a la verdad, entonces las discrepancias, que en el fondo se hallan unidas por un nexo común, el de los hechos mismos, entonces, decimos, de las discrepancias meramente objetivas puede brotar una nueva fertilidad, un ensanchamiento de las vertientes y de los campos de posibilidades, una mayor y más consciente concordia. Por encima de estas controversias periciales, hay una unidad pericial, en la que con buena voluntad, con buenos deseos, pueden conciliarse la diversidad de opiniones, las diferencias de apreciación, las variantes de matiz.

En cambio, cuando se trata de las otras disensiones, de las discrepancias y discordancias, pertenecientes o relativas al espíritu del hombre, a su orgullo y soberbia, las cosas no tienen muy buen arreglo, o lo tienen muy difícil, y hasta no lo tienen. No negamos que, a veces, pueda alcanzarse algún entendimiento; pero aun cuando se logre, sólo suele ser de momento. No tarda en mostrarse inseguro, vago, precario, débil, frágil, de poca consistencia. Pronto se rompe, y vuelve y se acentúa el antagonismo.

Debemos, por tanto, estudiar con afán los problemas concretos que plantean las discrepancias periciales en los terrenos de la apreciación objetiva y de la apreciación subjetiva de los hechos, y buscar con ánimo las posibles soluciones, los posibles acuerdos, las posibles aproximaciones, y no desesperar aunque no se encuentren con la rapidez que se quiere. El trabajo nunca es estéril, y tampoco lo será aquí, aunque no se alcance de momento lo que se busca, lo que se desea, pues, aun en el peor de los casos, contribuirá a mejorar, a perfeccionar la prueba médica pericial en general, y en especial la psiquiatría. Tengamos en cuenta que Dios nunca nos pide el éxito en las empresas que acometemos, ni nos promete que alcancemos la meta que perseguimos; sólo nos pide el trabajo y la recta intención.

* * *

Ciertamente que los hechos sobre los cuales debemos informar están ahí, están ante los sentidos de la carne, ante los ojos de la cara. Pero ello no quiere decir que no haya quien los mueva, en el sentido literal de la expresión. La verdad es que no tenemos más remedio que moverlos y removerlos desde todos los puntos de vista; darles vueltas y vueltas, y más vueltas y revueltas, para estudiarlos, para analizarlos, para interpretarlos. Pero esto debemos hacerlo como Dios manda, sin pasarlos por alto, sin despreciarlos, sin desconocerlos ni negarlos, sin abandonar el objetivismo en la observación, sin incurrir en censurables dogmatismos que los desfiguran, que los diluyen en teorías y doctrinas subjetivas, a fuerza de especulativas y gratuitas explicaciones, demasiado sutiles, excesivamente desprendidas de la realidad tangible de los hechos en cuestión y hasta esquivándolos y aun burlándose de ellos. Bien están, en peso, número y medida, claro está, las doctrinas de síntesis, amplias y generalizadoras sobre los mismos; pero no hasta el punto de perderlos de vista, de olvidarlos, de alterarlos en su esencia y presencia. Lo subjetivo ha de actuar seriamente y con todo respeto de lo objetivo, con la máxima fidelidad y escrupulosidad, considerándolo como cosa probada y de seguro efecto, sin atrevidas exageraciones, indudablemente, pero también sin mezquinos empequeñecimientos.

En el campo pericial, más que en otras actividades profesionales, ha de evitarse el dogmatismo, ese dogmatismo que es tan propenso al subjetivismo, que consiste en la presunción de los que quieren que su doctrina o sus aseveraciones sobre los hechos, sobre las cosas, en nuestro caso sus informes y dictámenes periciales sobre los mismos, sean tenidos por verdad inconcusa, incontrovertible, perfecta, absoluta. Para no tropezar, para no caer en este insensato dogmatismo, con olvido casi total, o poco menos, de la cambiante realidad de las cosas y de los hechos, meditemos, como peritos, este pensamiento, que glosamos, de Gregorio Marañón. Cada cosa que los médicos sabemos hemos de procurar saberla lo más exacta y concretamente que nos sea dado, pero sin perder la conciencia de su posible valor provisional. Nuestra sabiduría, tanto informativa como interpretativa, tanto erudita como creadora, lo mismo objetiva que subjetiva, ha de estar hecha sobre el principio y fundamento de unas cuantas verdades exactas, que son las que emergen entre el ser y el maremágnum de nociones, datos, elementos, factores, sujetos a revisión. En otras palabras, concluye Marañón: «El saber no es sólo saber, sino, a la vez, saber y dudar, y, por lo tanto, no saber todo».

Traigamos también a cuento estas palabras de José María Gironella: «Cada día más, la ciencia va desentrañando causas. Naturalmente, la ciencia resulta más compleja que la superstición, y cada misterio que se resuelve o simplemente se contempla, atrae otro en cadena, sin duda más profundo que el anterior. Sin embargo, vamos acercándonos a lo esencial. Pero, entre tanto, vamos aprendiendo también a no ser impacientes, a no precipitarnos, a no sentenciar, a ser de día en día más prudentes. Los antiguos oráculos y brujos que contestaban enfáticamente sobre cualquier cuestión, han sido sustituídos por los sabios actuales, cuyas palabras más corrientes son el «quizá», el «veremos», el «es prematuro sacar conclusiones», el «seamos prudentes» en las afirmaciones».

* * *

En resolución, que el tema inagotable de las discrepancias periciales, principalmente por las causas y motivos que hemos expuesto, en materia médica, especialmente en el campo de la psicopatología forense, no puede resolverse a gusto de todos, según las preferencias de cada cual. Insistimos en que, ya de por sí, la bibliografía psiquiátrica es una de las más caóticas, encontrándose en ella toda clase de opiniones contradictorias. Como en las faenas tauromáquicas, la división de opiniones, las desavenencias internas y externas, la opinión de pareceres, son inevitables, dadas las dosis de subjetivismo que siempre contienen. En cierto sentido, podríamos aplicar aquí la famosa sentencia de un periodista madrileño: «Ayer fue un día muy frío, digan lo que quieran, marquen los grados que marquen los termómetros». Y es que, cuando se discute, cuando se polemiza sobre todo, las partes se esfuerzan por mantener su pundonor, y cuando uno se empeña excesivamente en ello, lo hace siempre, más o menos, a costa de la verdad.

En los juicios de que hablamos, como en otros muchos juicios humanos, los conceptos de imparcialidad, de independencia, de neutralidad, de ecuanimidad, de equidad, de lo teórico y de lo práctico, que tanto y tanto se manejan y barajan en nuestras actuaciones facultativas ante la administración de justicia, nunca obrarán con la unanimidad que es de desear y siempre estarán sometidos a los subjetivismos y objetivismos de cada sujeto. De aquí la poco menos que imposible homogeneidad, coincidencia, asentimiento de pareceres y criterios, en la mayoría de los casos, y la frecuencia de los confusionismos, de las desorientaciones, de las oponiones diferentes, de las tesis contrarias, de los juicios opuestos, de las inclinaciones dispares más o menos tendenciosas, de los apasionamientos más o menos enconados en los informes y dictámenes forenses, y hasta de las enemistades personales por tal causa y motivo.

Sucede aquí lo mismo que pasa en la Historia: «Ocurre, por desdicha —escribe José María Pemán—, que ésta o aquella historia, con el mismo asunto, pero de historiadores diferentes, jamás coinciden, no ya en la apreciación de los hechos, mas ni siquiera en la relación de los acontecimientos. No existe la historia de un hecho, sino relatos incontables del mismo hecho; tantos, o casi, como sean los sujetos que los hubieran presenciado. Y es que no se puede captar la Historia sin una capacidad subjetiva, sin una capacidad de presunción, que es tanto como imaginativa». Pues bien, esto o cosa muy parecida es lo que pasa, o suele pasar, en las apreciaciones de los peritos en sus actuaciones como tales.

Por lo demás, lo subjetivo, al igual que lo objetivo, tiene también, no pocas veces, cuando es concreto, cuando está perfectamente definido, cuando se apoya en una recta y sana moral intelectual, un formidable sentido de la realidad, una visión clara de la verdad, por tremenda que sea, de los hechos; un fiel respeto a los mismos, un afán por no perder el contacto directo con ellos. Hemos de cuidar, por tanto, que el subjetivismo —rico tesoro de la conciencia y de la inteligencia— se desenvuelva en ambas direcciones del objetivismo, procurando por todos los medios posibles que no resbale sobre el plano inclinado de las excesivas y gratuitas especulaciones, a las que tan expuesto está, en las que puede caer muy fácilmente y dar en lamentables desórdenes y confusiones.

En suma, que lo subjetivo, altavoz y portavoz de lo íntimo de la conciencia, de lo que se piensa, se siente, se quiere real, verdadera y auténticamente, es algo insoslayable entre los elementos constructivos del informe pericial, un trascendental elemento prometedor, un valioso factor coordinador. Pero hemos de huir de los excesos del subjetivismo personal, en los que tan fácilmente puede caerse, que predisponen al engaño, que están llenos de riesgos y peligros, que llevan a la tentación vanidosa, orgullosa, de querer parecer original y muy moderno, que crean engaños y espejismos, que suscitan errores y falsedades, que inventan gratuitamente doctrinas, conceptos, pensamientos más o menos equivocados, más o menos infructuosos y baldíos, más o menos perniciosos.

De todos modos, no puede negarse que los excesos del subjetivismo conducen a excesos de teorización, a menudo farragosos, no pocas veces utópicos, que llenan de prejuicios el raciocinio en la contemplación de los hechos sometidos a la observación. Pues bien, para luchar contra estos abusos, la precisión y el laconismo en la exposición de los hechos, han de ser la guía rigurosa de la experiencia estricta, y hacer más caso de lo que se ve que de lo que se cuenta, que de lo que nos dicen.

Dirección: Joaquín García Morato, n.º 108, 6.º derecha. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 444 - TOMO LXXV
MARZO 1963
SECCIÓN VARIA

CONCEPTOS MODERNOS Y FINES DE LA PEDIATRÍA *

POR EL
DR. MANUEL SUÁREZ
PROFESOR DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
SEVILLA

Es difícil limitar o definir los conceptos que merecen la consideración de modernos, en el ámbito de la Pediatría. Lo que hoy es nuevo, puede quedar mañana superado. Lo cierto es que en estos últimos años la Pediatría se ha transformado, en virtud de una *crisis de crecimiento* y una *crisis en sus conocimientos*. Asistimos a una época de transición, en el sentido de WEATLEY, al tener que conjugar el progreso técnico, con la concepción imperante de la Medicina de la persona. Y todo ello se sucede cuando la Pediatría estaba en evolución, lenta pero progresiva.

Crisis de crecimiento, al aumentar su dimensión social y la preocupación mundial por la infancia, como resultado de la investigación; al aplicar al estudio del niño los métodos de la ciencia biológica; al estimarle como hombre del futuro; al extender sus dominios a la vida prenatal, al ambiente y a la adolescencia; al sentir una preocupación universal, por cuidar ese tesoro potencial, esa reserva que es la infancia, para salvar el futuro de la humanidad.

La Pediatría, al renovarse por completo en una *crisis de sus conocimientos*, se ha hecho científica, al servicio de lo vital, como quiere ESCARDÓ. Esta es la nueva Pediatría en el concepto, pero no la nueva Pediatría en su aplicación.

La Pediatría es, pues, el resultado: de la evolución doctrinal de la Medicina; del concepto que se tiene del niño; de la patomorfosis pediátrica; del avance técnico, fundamentalmente físico-químico; del avance cultural y socio-económico; del cambio demográfico que impone el descenso de la mortalidad infantil; del impacto de lo social en la biología.

La medicina se ha hecho más humana, biográfica, antropológica, medicina de la persona, pero también es medicina de masas de población. La Pediatría se nutre del concepto humanista e individual y de la acción general sobre la población infantil.

El niño forma parte de la *sociedad* y supone nada menos que el 20 al 25 por ciento de la población total. En consecuencia, plantea problemas de orden familiar, educacional, en la urbanística y en el orden jurídico. Influye en el planteamiento de la higiene general, de la agricultura y de la industria. El niño posee una perso-

* Ponencia a la tercera sesión plenaria del X Congreso Internacional de Pediatría. Lisboa, 1962.

nalidad sobre la que gravita el pasado y el presente, constituído por él y su ambiente, y se valora en función de su futuro. El niño no puede ser comprendido, como dice HAAS, más que en la continuidad del desarrollo.

El cambio en la *morbilidad y mortalidad, patomorfosis,* es impresionante. Al descender la mortalidad, la población infantil aumenta o, en todo caso, permanece con escasas variaciones y compensa el descenso de la natalidad. Unas enfermedades pierden vigencia, otras aumentan su incidencia o son mejor diagnosticadas, contribuyendo a una nueva problemática de la Pediatría.

El avance de la *técnica,* con la incorporación de los métodos biofísicos y bioquímicos de la investigación, abren nuevos cauces en el conocimiento etiológico, patogénico y terapéutico. Surgen así la fisiología y la patología *embrionaria y fetal* y su consecuencia, *la Pediatría preventiva prenatal;* la moderna *genética;* la enzimología hace nueva la patogénesis y la clínica del metabolismo, nutrición, digestión, hematología, nefrología, endocrinología, neurología, etc.; aparecen los procesos que se derivan de la autoagresión, isoinmunización y la inmunohematología; las nuevas virasis; los nuevos conceptos sobre fisiología del desarrollo; los mecanismos íntimos de la vida celular. La Pediatría se ve absorbida por los nuevos problemas del recién nacido y del adolescente; se incrementa el campo de la cirugía, se plantea la necesidad de la orientación psicológica, de la higiene mental, de la rehabilitación, de la odontopediatría. Se estudian los mapas cromosómicos, en búsqueda de la anomalía que explique una malformación. Las nuevas formas de vida traen un aumento de los *accidentes* intra y extra domiciliarios. Continúa configurándose la moderna Pediatría.

Aumenta el *nivel cultural y el socio-económico.* Como consecuencia hay una mejor higiene, más alto nivel de vida y mejora la salud, pero la industrialización y la vida moderna rompen, con demasiada frecuencia, la simbiosis madre-hijo y desintegran la vida familiar. La estimación más humana que se tiene del niño y la agresión permanente del ambiente, contribuyen a colocar los *aspectos psicológicos* en primer plano y considerar la Pediatría, en su acción sobre el niño, como una actividad dedicada al estudio, guía y control de un ser humano que posee una unidad psicofísica.

El impacto *social* y la *seguridad social* han invadido el terreno de la medicina, y la *proyección social* de la Pediatría constituye hoy un postulado.

La existencia de estos hechos es indiscutible en muchos países de Europa y América, que modifican la concepción de la Pediatría en la teoría y en la práctica. *Pero se cometería un error al generalizar.* La Pediatría no es así en la mayor parte del mundo. Habría que establecer tres tipos de Pediatría, en relación al momento bisocial de cada pueblo. Nadie puede olvidar que en muchos países la mortalidad continúa alta o muy alta; la morbilidad se ha modificado en parte o muy poco; los métodos científicos de investigación actuales se han introducido en pequeña escala o nada; el nivel cultural y socio-económico inician su desarrollo; el imperativo de lo social está apenas esbozado.

Es peligroso generalizar conceptos, que son habituales para unos países, pero que en otros no son más que aspiraciones e ilusiones. Y hasta dentro de una misma nación la Pediatría no se plantea de la misma forma de una región a otra. Así se puede hablar de Pediatría en países subdesarrollados o económicamente débiles; de Pediatría urbana y rural; de regiones industriales y agrícolas; de Pediatría en núcleos alejados de los centros científicos.

Todavía el raquitismo se presenta en regiones con sol y sin sol; las parasitosis son patología común en muchos países; la tuberculosis se desconoce prácticamente

en unos y está muy extendida en otros; la sífilis reaparece; la nutrición causa estragos en gran parte de la población infantil del mundo.

EN CONSECUENCIA:

a) El concepto de la Pediatría depende, en su aplicación, de la situación demográfica, cultural y socio-económica del país o región correspondiente.

b) Es diferente según se considere desde el punto de vista teórico, doctrinal o científico; en la enseñanza o en la práctica profesional.

c) El concepto actual de la Pediatría está en relación al alto nivel científico y técnico alcanzados. Se encuentra ahora con una vitalidad extraordinaria: centros de investigación, clínicas especiales, sociedades científicas, subespecialidades. *Lamentablemente no es posible adaptar este momento brillante de la Pediatría a todos los países, pero es nuestro deber intentarlo.*

La Pediatría es, pues, la medicina integral aplicada a la edad evolutiva del hombre, que termina con la adolescencia. Esto se refiere a su extensión, quedando por definir su *campo de acción.* Se presentan entonces algunas cuestiones a discutir.

En algunos países se discuten la analogía o diferencia entre Pediatría y Puericultura y si deben o no constituir una unidad. Creemos que son dos aptitudes que no deben separarse, aun cuando la acción sanitaria global, incluída en la Puericultura, sea necesaria, pero debe hacerse también desde el Hospital, como centro de salud u oficina del Estado.

También se discute el concepto de Pediatría como *especialidad* y si el pediatra debe considerarse como un médico general que cuida niños o quedar como especialista. La Pediatría es una especialidad en razón del tiempo, no de órgano o de técnica, y creemos que no debe transformarse en pediatría general. Es cierto que todos los niños deben ser atendidos médicamente por personal experto. Ahora bien, lo lógico sería que *los médicos generales salgan de las Facultades de Medicina con tantos conocimientos de pediatría como de medicina de adulto.* La dualidad de dirección médica en una familia, no la consideramos conveniente.

Relación con otras especialidades. Dos criterios: especialistas comunes al pediatra y al médico general o subespecialidades dentro de la Pediatría. En el Hospital infantil no hay problema, ya que allí se dispone de los técnicos y colaboradores. El técnico debe poseer profundos conocimientos pediátricos, pero en muchos casos no es imprescindible la subespecialidad pediátrica. Otros pueden, en cierto modo, constituir una subespecialidad en países adelantados. Me refiero a la psicología y psiquiatría, radiología, medicina y cirugía neonatal, cirugía infantil, odontopediatría, rehabilitción. La Pediatría es indiscutible que necesita la cooperación de técnicos especializados en genética, bioquímica, isótopos radioactivos, etc.

La Pediatría varía en su modalidad según se actúe en el hospital, en el consultorio o en el domicilio. No es este el momento de señalar la necesidad de centros hospitalarios infantiles como centros de salud y foco de irradiación asistencial, preventiva, investigación y educacional.

FINES Y MISIONES DE LA PEDIATRÍA

Esta Pediatría integral se comprende mejor cuando se examinan los fines o misiones de la misma:

1.º *Guía y fomento de la salud óptima.* Este concepto sustituye al de lucha contra la mortalidad infantil, superado por el signo positivo de mantener la salud

óptima, presente y futura. Sus grandes problemas se llaman: alimentación; nutrición; higiene general, mental, sensorial, dentaria; orientación psicológica; lenguaje; educación física; formación de la personalidad.

2.° *Pediatría preventiva.* — Prenatal, neonatal, de infecciones, de accidentes. Prevención general de la enfermedad. Diagnóstico precoz. Acción sobre el medio ambiente, sobre la familia en especial.

3.° *Asistencia al niño enfermo.* — Atención especial a los problemas emocionales del niño en la enfermedad y del ambiente. Atención al enfermo crónico con sus problemas culturales, emocionales, etc.; al inválido con sus problemas de recuperación y reeducación.

4.° *Investigar.* — Buscar las raíces y los mecanismos que garantizan o alteran la salud. Buscar los medios mejores para el diagnóstico y el tratamiento. *Investigar siempre.* Considerar que además de las causas estimadas como científicas, existe la imprudencia, responsable de un accidente; la ignorancia que motiva una difteria; o el abandono individual o social, que conducen a la distrofia.

5.° *Educar.* — Preparar médicos generales, especialistas y, sobre todo, enfermeras pediátricas y asistentas sociales. Educar al pueblo para el mejor conocimiento del niño.

6.° Establecer una unidad en el criterio y en la acción, en cada región o país, entre los conceptos modernos de la Pediatría, la formación pediátrica y los objetivos a cumplir. Saber que los problemas pediátricos no son comunes en su totalidad a todos los niños del mundo.

7.° Nuestra misión es también influir sobre los Gobiernos, desde este Congreso, para una mayor estimación y preponderancia en los problemas de asistencia, enseñanza e investigación pediátrica, sobre todo en aquellos países que no hayan alcanzado el nivel deseado.

RESUMEN

En síntesis, la Pediatría tiene por objeto garantizar la salud de las generaciones presentes y futuras. Cada día se hace más científica y más preventiva. Nos preocupa el niño enfermo, pero mucho nos interesa el niño sano, su formación integral y los problemas sociales que giran a su alrededor. Nos preocupa la sociedad en que vive, las bases científicas del conocimiento pediátrico, la bioestadística. La Pediatría, haciéndose cada vez más científica y más preventiva, busca el bienestar de la humanidad. La Pediatría es ciencia e investigación, pero también proyección social, cultural, práctica profesional.

Hay un vasto programa de realizaciones presentes y futuras que deben incorporar con urgencia a su tarea los países que no lo hayan hecho. Por algo se ha dicho, con razón, que: "La salud del pueblo constituye la base en que descansa la felicidad y su poderío como Estado" y que ese futuro mejor que buscamos con afán "sólo podrá ser realizado con niños sanos", según la frase feliz de Hoover.

(De «Rev. Española de Pediatría», núm. 107. Zaragoza.)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

DISEMINACIÓN DE LOS CÁNCERES

PROPAGACIÓN DE LOS CÁNCERES. VÍAS DE INVASIÓN MEDIDAS PROFILÁCTICAS

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMANN

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA Y DE LA CLÍNICA MEXICANA DE CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA

MÉXICO

PRELIMINAR

INDUDABLEMENTE que uno de los caracteres primordiales de los cánceres es su poder de diseminación; mucho del pronóstico depende de la extensión en que ésta se hubiera realizado, y en lo que se refiere a la terapéutica es necesario que se tome en cuenta la propagación, sin cuyo requisito el propósito de radicalidad no se cumple.

Además, el olvido de la *diseminación cancerosa* explica que a veces se favorezca impensadamente su producción y que no se apliquen medidas que pueden, a veces, evitarla.

Referirse a lo antes planteado es la intención de esta *síntesis*.

EXTENSIÓN REGIONAL Y METÁSTASIS

La penetración de las células cancerosas a los tejidos que rodean a la neoplasia, trae como consecuencia el crecimiento y expansión del proceso y, además, favorece la emigración de las células cancerosas hasta producir lo que se conoce con el nombre de *metástasis*, es decir, formaciones tumorales derivadas del tumor original, pero separadas de él.

Es de recordarse que en ocasiones tumores pequeños dan múltiples o muy grandes metástasis y que, a veces, éstas son las manifestaciones que se aprecian, conocen, mientras que el tumor primitivo no se identifica, no se diagnostica.

CÁNCERES SISTÉMICOS Y MÚLTIPLES

Debemos separar, por lo menos en parte, lo que concierne a los procesos tumorales malignos sistémicos *, en los cuales la formación tumoral, sea simultánea o sucesiva, no sólo está determinada por traslado, movilización, de células cancerosas del tumor primitivo, sino que son manifestaciones de una alteración can-

* Anotamos el anglicismo sistémico, en lugar del término apropiado que es sistemático, lo que es decir relativo a un sistema, propio o peculiar a él, porque su empleo está ya demasiado difundido.

cerosa general; tal es el caso de los cánceres linfoides (incluyendo la enfermedad de Hodgkin) y, como algo especial, las leucemias. Agregaremos los casos de cánceres múltiples simultáneos en boca, colon, piel, ginecopélvicos, etc., en los que no se puede demostrar, en varios de ellos, que se trate de metástasis de un tumor primitivo, sino de procesos concomitantes con relativa independencia, aunque con factores regionales o generales que los condicionan; han sido denominados *cánceres multicéntricos*.

Diferentes diseminaciones

Las células cancerosas, por su exagerado poder de multiplicación, por su carácter destructor sobre las células que les rodean (poder lítico), su movilidad (carácter amiboide) que a veces presentan, penetran a los tejidos que les rodean, llegando así a los vasos linfáticos y sanguíneos, por donde serán trasladadas a sitios alejados.

Las vías para la diseminación son: la de contigüidad, la linfática, la sanguínea, la perineural, por implantación y la mezcla de varios de estos mecanismos.

Debe advertirse, desde luego, que estas diseminaciones son a veces complicadas, irregulares, extravagantes, y que es necesario conocer los hechos anatómicos o funcionales que intervienen en su producción.

Diseminación hística de vecindad

Las células cancerosas se infiltran, penetrando en los tejidos peritumorales, y esta irrupción se realiza en diversa proporción y prontitud, en relación directa con la velocidad del crecimiento tumoral, que está a su vez relacionado con lo atípico, monstruoso e indiferenciado del proceso; inversamente, aminoran o retrasan esta diseminación los planos óseo, cartilaginoso, aponeurótico, cápsulas orgánicas, fibrosis, etc.; se aprecia que estos obstáculos son únicamente relativos y temporales, lo que es decir que el cáncer termina por pasarlas y aún destruirlas; por eso se ha dicho que el cáncer tiene «agresividad irrestricta».

Diseminación linfática

Las células cancerosas penetran, atravesando y lisando la pared de los conductos linfáticos, y en seguida pueden suceder dos hechos: su transporte por la corriente linfática o su avance célula tras célula con rebosamiento del conducto; en ambos casos, el resultado es la llegada a los ganglios linfáticos, pero en el primero el traslado es más rápido, amplio y se realiza en el grupo o en los sucesivos grupos ganglionares correspondientes a la zona en donde asienta el tumor, mientras que cuando se trata de conductos linfáticos que se obstruyen, la diseminación cancerosa se puede hacer, además de la que acontece en los relevos ganglionares antes anotados, en otros grupos no correspondientes, efectuándose ello por conductos linfáticos laterales, accesorios y cruzados.

Las posibilidades, por lo tanto, son: traslado por la corriente linfática, plenitud de los conductos linfáticos por células cancerosas y cierre por ese motivo o por esclerosis pericanalicular, metástasis en un grupo ganglionar o sucesivos de ellos y en otros no considerados como correspondientes a la región en donde está el cáncer.

En lo que a los ganglios mismos se refiere, en éstos a veces se observa, antes de que pueda afirmarse la existencia de invasión cancerosa, hipertrofia-hiperplasia linfoide-reticular, que se ha considerado como causada por sustancias formadas en el cáncer respectivo. Después se presenta la invasión cancerosa, que puede ser

parcial —en una parte del ganglio— o masiva, con desaparición de las estructuras propias del ganglio; más avanzado el proceso, se rompe el ganglio y acontece invasión de los tejidos cercanos, formación de masas ganglionares cancerosas y su adherencia a grandes vasos en algunas regiones.

Además, por la misma vía linfática, las células cancerosas, los émbolos cancerosos, pueden llegar, particularmente en cánceres subdiafragmáticos y en los torácicos, al conducto torácico y pasar en seguida al torrente sanguíneo.

Diseminación sanguínea

Las células cancerosas atraviesan y aún destruyen la pared vascular, sobre todo de los capilares sanguíneos y venas, para penetrar a la luz y, por lo tanto, a la corriente sanguínea y poder así ser transportadas a sitios lejanos, especialmente a pulmones, después de haber pasado por las cavidades derechas del corazón.

Debe tomarse en cuenta, a propósito de penetración de las células cancerosas al torrente circulatorio y su traslado, la disposición anatómica de los plexos venosos pélvicos y raquídeos, de las ácigos mayor y menor y la existencia de la circulación porta; esta última explica la frecuencia dominante de las metástasis hepáticas de los cánceres digestivo-abdominales.

Con motivo de su solo paso por la circulación pulmonar o a partir de su almacenamiento en los pulmones, con o sin desarrollo metastásico evidente y por la misma vía sanguínea, llegan posteriormente a otros sitios: esqueleto, hígado, cerebro, piel, etc.

Es de señalarse que muchas células cancerosas movilizadas, es decir, circulando dentro del torrente sanguíneo o situadas en pulmones o en otros sitios, permanecen inofensivas, pero pueden volverse activas, ofensivas y desarrollarse la metástasis reconocible.

Diseminación perineural

La diseminación perineural se realiza alrededor de los nervios pequeños, medianos o grandes, por los espacios que les rodean y por los conductos linfáticos o venosos que les acompañan. Se considera que su progresión no es muy rápida y que a veces a ella se deben los dolores de algunos cánceres, sobre todo cuando producen compresión de los iletes nerviosos o hay adherencias, fijación del nervio a estructuras óseas cercanas, etc.

Implantaciones cancerosas

Estas se observan, sobre todo, en las cavidades serosas: peritoneo, pleura y espacio subaracnoideo; además las causadas por maniobras quirúrgicas. Se afirma que más raramente es posible que ocurran en las mucosas (digestiva, respiratoria, urinaria y genital).

El mecanismo aducido es el desprendimiento de células cancerosas o de pequeños fragmentos hísticos de tumores en dichas cavidades serosas, glándulas o conductos, que podrían fijarse y desarrollarse en otros sitios del mismo espacio o tubo. Así se explican, para algunos, los cánceres secundarios del ovario en casos de tumor maligno gástrico, intestinal, etc.; lo mismo que las propagaciones en la serosa peritoneal visceral o parietal de los cánceres ováricos. Sin embargo, y sin negar que células cancerosas desprendidas pueden asentar y crecer en otro sitio peritoneal, etc., se piensa que las comunicaciones linfáticas pueden a veces explicar las mencionadas propagaciones.

Los cánceres formados a favor de implantación al través de vía peritoneal, pleural o pericárdica, han sido llamados metástasis transcelómicas.

En el espacio subaracnoideo, la implantación cancerosa ha sido observada, sobre todo, en cánceres nerviosos muy malignos (meduloblastomas, glioblastomas, etc.).

En lo referente a fijación y desarrollo en tráquea o bronquios, de células cancerosas provenientes de tumor laríngeo, y lo mismo en la vejiga, de cáncer renal; en colon, de otro cáncer del mismo colon; en vagina, de cáncer uterino, que señalen implantación en mucosa, ha sido considerada como explicable, a veces, por metástasis retrógrada linfática o venosa.

La siembra quirúrgica estaría motivada por la misma acción operatoria, sobre todo con el instrumental, determinándose en el área anatómica en que se actúa, la colocación de células o fragmentos hísticos cancerosos que más tarde se desarrollarían. Esto ha sido evidentemente observado en incisiones abdominales hechas para extirpar cánceres abdomino-pélvicos, pero ocurre en las más diversas áreas.

En lo que toca a la diseminación por implantación, se menciona la posibilidad de difusión cancerosa por los conductos glandulares (vías biliares, por ejemplo), y, además, la llamada metástasis por contacto, en que aparecería cáncer en superficie mucosa o cutánea, que se pone muy frecuentemente en contacto con cáncer en la opuesta (el caso más señalado es el de los labios bucales).

Mecanismos mixtos de la diseminación

La diseminación cancerosa se realiza frecuentemente en forma mixta, sucesiva o simultánea, por los mecanismos descritos, asociándose con frecuencia las vías linfáticas y la sanguínea.

En el acto operatorio, si el corte se realiza en zona cancerosa, el abrir conductos linfáticos y venosos permite implantar tejido o células cancerosas y facilitar su traslado por las vías circulatorias.

Frecuencia de la diseminación

Lo apropiado es pensar que todo cáncer, por ser proceso invasor, tiene diseminación por uno o varios de los mecanismos indicados y debe precisarse la extensión tumoral antes de toda terapéutica.

Como ya adelantamos en parte, los cánceres que presentan propagación más a menudo y en mayor proporción, son los más anaplásicos, indiferenciados, con índice reproductor alto y con estroma rico en vasos.

Afinidades en las vías de diseminación

De una manera general puede afirmarse que los cánceres epiteliales siguen preferentemente la vía linfática y los mesenquimatosos (especialmente los conjuntivo-fibrosos, óseos, cartilaginosos, sinoviales) la vía sanguínea, pero a este respecto existen muchas excepciones y además con frecuencia ambas categorías de cánceres siguen simultáneamente las dos vías.

Los cánceres epiteliales espino-celulares, aparte de la invasión hística peritumoral, tienen frecuentes y tempranas propagaciones linfáticas, mientras que los baso-celulares crecen sobre todo en los tejidos que les rodean; no debe olvidarse que muchos cánceres epiteliales, aparte de la diseminación linfática, se propagan por vía sanguínea.

Los cánceres linfoides, además de ser considerados como padecimiento maligno sistémico, muestran localizaciones en que se puede señalar propagación, tanto linfática como sanguínea.

En el caso de algunos cánceres prostáticos, renales, suprarrenales, pancreáticos, los plexos venosos que les rodean explican, por lo menos en parte, sus metástasis alejadas (óseas, pulmonares, cutáneas, etc.), que se realizarían entonces por vía sanguínea. Igual ocurre en algunos cánceres tiroideos.

Los cánceres coriales se diseminan primordialmente por vía vascular hemática y sus metástasis son principalmente pulmonares.

Los cánceres melánicos y muchos cánceres mixtos embrionarios, siguen tanto la vía sanguínea como la linfática.

Traumatismo y diseminación

Numerosas observaciones demuestran que la contusión, abertura y, en general, toda maniobra intensa sobre un cáncer, es capaz de causar diseminación de sus células.

En relación con lo anterior, debe recordarse que el traumatismo esquelético en persona cancerosa (sobre todo con cáncer mamario o con cáncer prostático) se han señalado como causa de desarrollo de metástasis ósea; siendo esto diferente de lo que concierne a la fractura en hueso patológico (manifestación de metástasis ya existente), en la cual puede o no identificarse traumatismo o ser éste mínimo.

En el caso especial de los cánceres melánicos se ha comprobado que la cauterización de estas lesiones da lugar a su generalización.

Igualmente, las maniobras sobre cánceres coriales, cánceres óseos y otros tumores de elevada malignidad, favorecen indudablemente su diseminación.

Diseminación en grávidas

En la mayoría de los casos, la gravidez no parece acelerar el crecimiento y diseminación de los cánceres; pero en algunos, como en el cáncer mamario, sí se observa aceleración del proceso y, además, en determinadas circunstancias —parto en persona con cáncer del cuello uterino, lactancia en enferma con cáncer mamario, etc.—, el desarrollo y propagación es mayor.

Como algo muy especial, señalaremos que en embarazadas que presentan cánceres linfoides muy diseminados, cánceres melánicos o de otra naturaleza, generalizados, se han descrito muy raros casos de invasión placentaria y excepcionales de paso tumoral al feto.

Algunas medidas profilácticas contra la diseminación cancerosa

1. — No movilizar, comprimir, presionar, intensa o repetidamente, tumor que se supone o afirme es canceroso.
2. — No hacer reconocimientos reiterados, con maniobras fuertes, sobre el tumor.
3. — Sólo realizar biopsias fundamentadas, necesarias y de preferencia como tiempo inmediato a la intervención quirúrgica apropiada.
4. — No hacer biopsia de tumores melánicos, coriales y testiculares, y sólo hacerla, raramente, en óseos; en esta última recomendación no se incluye la necesaria punción esternal o ilíaca en casos de cánceres mieloides.
5. — En pequeños tumores, más que biopsia realizar extirpación tumoral, y con base en el examen histológico, hacer de inmediato la mayor extirpación que proceda.

6. — No hacer raspados vigorosos y amplios de cánceres endometriales, sino biopsias endométricas.

7. — No hacer resecciones transuretrales endoscópicas en cánceres prostáticos.

8. — Cerrar colon y, en general, cualquier tubo con proceso canceroso, arriba y abajo del sitio tumoral, antes de realizar la extirpación.

9. — Efectuar las extirpaciones de tumores malignos lo más afuera de la neoplasia (amplio margen), preferentemente iniciando la resección por el territorio linfático, en cánceres en que predomine este tipo de diseminación.

10. — Ligar, como primer tiempo operatorio, los pedículos vasculares en la cirugía extirpadora de cánceres que se diseminan por vía sanguínea.

11. — Utilizar quimioterapia anticancerosa en relación con el acto operatorio (pre y postoperatorio), para destruir o quitar vitalidad a células cancerosas movilizadas.

RESUMEN

1. El aprecio de la diseminación tumoral es básico para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los cánceres.

2. Existen cánceres que, desde su principio o en su período de estado, están ya generalizados, como acontece en las leucemias, la mayoría de los cánceres linfoides y los de tipo plasmocítico.

3. Se describen casos con diseminación placentaria y al feto, en cánceres generalizados linfoides y melánicos.

4. Existen cánceres múltiples o varios, simultáneos, en boca, colon, piel, ginecopélvicos, etcétera.

5. La diseminación cancerosa puede hacerse por contigüidad, por vía linfática, por vía sanguínea, por vía perineural, por implantación y por mezcla de estos mecanismos.

6. La diseminación puede ser a veces complicada, irregular, extravagante.

7. Dentro del mecanismo de implantación existe el quirúrgico, en el cual el traslado e injerto de células cancerosas se realiza en el acto operatorio.

8. Los cánceres que presentan más temprana y mayor diseminación son los muy anaplásicos, indiferenciados, con alto índice reproductor y abundantes vasos.

9. Los cánceres epiteliales siguen frecuentemente la vía linfática; los mesenquimatosos, la sanguínea; pero existen muchas excepciones, y con mayor incidencia de lo que se aprecia, siguen ambas vías.

10. Los cánceres melánicos siguen las dos vías; los cánceres coriales, la sanguínea.

11. Los traumatismos sobre cánceres pueden favorecer su diseminación.

12. La cauterización eléctrica de lesiones melánicas malignas causa muy frecuentemente su diseminación.

13. No se debe movilizar, comprimir, aplicar masaje, seccionar los cánceres.

14. El raspado de procesos cancerosos está contraindicado casi siempre.

15. Las biopsias deben efectuarse en inmediata relación con el tratamiento radical respectivo, sobre todo el quirúrgico extirpador.

16. En los cánceres coriales, melánicos y testiculares, no debe realizarse biopsia.

17. Agregamos que las autopsias son muy importantes para conocer y determinar la categoría y amplitud de la diseminación concerosa.

BIBLIOGRAFÍA

Es numerosa, extensa. Anotaremos primeramente los *libros* que están dedicados al tema:

1. WILLIS, R. A. — «The spread of tumors in the human body». Butterworth & Co. Londres (Inglaterra), 1952.
2. COLE, W. H.; MAC DONALD, G. O.; ROBERTS, S. S., y SOUTHWICK, H. W. — «Disemination of cancer. Prevention and theraphy». Appleton-Century-Crofts, Inc. New York (U. S. A.), 1961.

Ahora haremos lo mismo con *capítulos* dedicados a ello en varios libros y folletos, haciéndolo en orden cronológico:

3. ZUCKERMANN, C. — «Algunas anotaciones acerca del problema de los cánceres». Imprenta E. Aguilar G., Méjico, 1928. Páginas 65 a 69.
4. ROUSSY, G., con la colaboración de LEROUX, R., y WOLF, M. — «Le cancer» (fascículo V, tomo II, de *Nouveau Traité de Medicine*. Masson et Cie., París, 1929. Páginas 416 a 427.

5. POVEA, H. — «Blastomas». Flores & Mano, Editores. Río de Janeiro, 1934. Págs. 24 a 30.
6. COSTERO, I. — «Tratado de Anatomía Patológica». The University Mexicana, S. A. Méjico, 1946. Volumen segundo. Páginas 1.665 a 1.679.
7. EWING, J. — «Oncología». Traducción. Salvat, Editores. Barcelona, 1948. Páginas 68 a 82.
8. DEL REGATO, J. A., y ACKERMAN, L. V. — «Cáncer». Traducción. Uteha. Méjico, 1951. Páginas 65 a 74.
9. MASSON, P. — «Tumeurs humaines». Librairie Maloine, París, 1956. Páginas 89 a 97.
10. WILLIS, R. A. — «The modes of spread of malignante tumours». Páginas 45 a 57 del libro *Cáncer*, editado por Ronald W. Raven. Vol. 2. Butterworth & C., Londres, 1958.
11. SCEWART, J. W. — «Circulating cancer cells in the blood stream». Páginas 51 a 56 del libro *Cáncer*, Progress volume. 1960. Editado por Ronald W. Raven. Butterworth S., Londres.
12. HOPPS, H. C. — «Patología». Traducción. Editorial Interamericana. Méjico, 1960. Páginas 230 a 235.

Con respecto a *publicaciones en revistas*, los trabajos son numerosos, tanto en lo que se refiere a diseminaciones cancerosas como a cánceres múltiples y a los generalizados; anotaremos los siguientes, por orden alfabético:

13. BERKHEISER, S. W. — «The incidence of malignant cells in routine bone-marrow examination». *Cancer*, vol. 8, n.º 5, págs. 958 a 960. Filadelfia, P., U. S. A. Septiembre-octubre 1955.
14. BERRY, E. L., y ROTTSCHAFER, W. — «The lymphatic spread of cancer of the stomach observed in operative specimens removed by radical surgery including total pancreatectomy». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 104, n.º 3, págs. 269 a 279. Chicago, Ill., U. S. A. Marzo 1957.
15. BLOCK, I. R., y ENQUIST, I. F. — «Lymphatic studies pertaining to local spread of carcinoma of the rectum in the female». *Surgery, Gynecology and Obstectrics*, vol. 112, n.º 1, páginas 41 a 46. Chicago, Ill., U. S. A. Enero 1961.
16. BRANDE, W. W.; WHITE, W. C., y SUTTON, J. B. — «Accidental transplantation of cancer in the operating room». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 82, n.º 2, págs. 212 a 214. Chicago, Ill., U. S. A. Febrero 1946.
17. CLIFFTON, E. E., y AGOSTINO, D. — «Factors affecting the development of metastatic cancer. Effect of alterations in clotting mechanism». *Cancer*, vol. 12, n.º 2, págs. 276 a 283. Filadelfia, P., U. S. A. Marzo-abril 1962.
18. COLLINS, V. P. — «Time of occurrence of pulmonary metastasis from carcinoma of colon and rectum». *Cancer*, vol. 15, n.º 2, págs. 387 a 395. Filadelfia, P., U. S. A. Marzo-abril 1962.
19. CRILLE, G. — «The danger of surgical dissemination of papillary carcinoma of the thyroid». *Surgery, Gynocology and Obstetrics*, vol. 102, n.º 2, págs. 161 a 165. Chicago, Ill., U. S. A. febrero 1956.
20. DAHLE, T. — «Transtubal spread of tumor cells in carcinoma of the body the uterus». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 103, núm. 3, págs. 332 a 336. Chicago, Ill., U. S. A. Septiembre 1956.
21. EPSTEIN, S. S.; PATH, D., y SHAW, H. J. — «Multiple malignant neoplasms in the air and upper food passages». *Cancer*, vol. 11, n.º 2, págs. 326 a 333. Filadelfia, P., U. S. A. Marzo-abril 1958.
22. FURTADO DIAS, M. T., con la colaboración técnica de BRITES, S. — «Invasión secondaire et transplantation tumorale». *Arquivo de Patología*, vol. XXVIII, núms. 1 y 2, págs. 58 a 72. Lisboa, Portugal. Abril-agosto 1956.
23. GLOVER, R. P., y WAUGH, J. M. — «The retrograde lymphatic spread of carcinoma of the rectosigmoid region». *Surgery, Gynecology and Obstectrics*, vol. 82, n.º 4, págs 434 a 448. Chicago, Ill., U. S. A. Abril 1946.
24. HORRELL, J. B., y HOWE, J. S. — «Multiple microscopic primary bronchiolar carcinomas». *Cancer*, vol. 5, n.º 5, págs. 911 a 920. Filadelfia, P., U. S. A. Septiembre 1952.
25. KNIGHTS, Jr., E. — «Metastatic tumors of the brain and their relation to primary and secondari pulmonary cancer». *Cancer*, vol. 7, n.º 2, págs. 259 a 265. Filadelfia, Pa., U. S. A. Marzo 1954.
26. KRAMER, W. M., y SCHATTEN, W. E. — «An experimental study of triethylenethiophosphoramide (TSPA) in the prevention of postoperative pulmonary metastases». *Cancer*, vol. 11, n.º 3, págs. 463 a 465. Filadelfia, Pa., U. S. A. Mayo-junio 1958.
27. LOMBARDO, L., y SAENZ ARROYO, L. — «Metástasis intramedulares». *Boletín del Instituto de Estudios Médicos y Biológicos*, vol. XX, n.º 2, págs. 207 a 219. Méjico, D. F. Agosto 1962.
28. MCKAY, D. G., y WAHLE, G. H. — «Disseminated thrombosis in colon cancer». *Cancer*, vol. 8, n.º 5, págs. 970 a 978. Filadelfia, Pa., U. S. A. Septiembre-octubre 1955.

29. MOERTEL, Ch. G.; DOCKERTY, M. B., y BAGGENSTOSS, A. A. — «Multiple primary malignant neoplasms». *Cancer*, vol. 14, n.º 2, págs. 238 a 248. Filadelfia, Pa., U. S. A. Marzo-abril 1961.
30. MONDÉJAR DEL RÍO, A. — «Metástasis de los tumores malignos». *Medicina*, año XXII, n.º 2, págs. 71 a 88. Madrid. Agosto 1954.
31. NASH, S. C.; MALMGREN, R. A.; HUME, R., y SMITH, R. R. — «Tumor cells in postoperative wound drainage». *Cancer*, vol. 15, n.º 2, págs. 221 a 226. Filadelfia, Pa., U. S. A. Marzo-abril, -962.
32. PACK, G. T., y SCHARNAGEL, I. M. — «The prognosis for malignant melanoma in the pregnant woman». *Cancer*, vol. 4, n.º 2, págs. 324 a 334. N. York, U. S. A. Marzo 1951.
33. PRUITT, J. C.; HILBERG, A. W.; MOREHEAD, R. P., y MEGOLI, H. F. — «Quantitative study of malignant cells in local and peripheral circulating blood». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 114, n.º 2, págs. 179 a 188. Chicago, Ill., U. S. A. Febrero 1962.
34. RICHARDS, P., y MCKISSOCK, W. — «Intracranial metastases». *British Medical Journal*, número 4.322, págs. 15 a 18. Londres, Inglaterra. Enero, 5, 1963.
35. ROBERTS, S.; LONG, L; JONASSON, O.; MCGRATH, R; MCGREW, E., y COLEN, W. H. — «The isolation of cancer cells from the blood stream during uterine curettage». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 111, n.º 1, págs. 3 a 11. Chicago, Ill., U. S. A. Julio 1960.
36. ROBERTS, S.; JONASSON, O.; LONG, L.; MCGREW, E. A.; MCGRATH, R., y COLE, W. H. — «Relationship of cancer cells in the circulating blood to operation». *Cancer*, vol. 15, n.º 2, págs. 232 a 240. Filadelfia, Pa., U. S. A. Marzo-abril 1962.
37. ROMSPAHL, M. M.; POTTER, J. F.; MALMGREN, R. A.; CHU, E. W; BRINDLEY, C. O., y SMITH, R. R. — «A clinical study of circulating tumor cells in malignant melanoma». *Surgery, Gynecology and* Obstetrics, vol. 111, n.º 6, págs. 675 a 681. Chicago, Ill., U. S. A. Diciembre 1960.
38. RUBINSTEIN, M. A. — «Plasma cell invasión of peripheral blood in multiple myeloma». *Journal of the Mount Sinai Hospital*, vol. XII, n.º 1, págs. 616 a 623. N. York, U. S. A. Mayo-junio 1945.
39. SAPHIR, O. — «The transfer of tumor cells by the surgical knife». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 63, n.º 6, págs. 775 a 776. Chicago, Ill., U. S. A. Diciembre 1936.
40. SCHATTEN, W. E. — «An experimental study of postoperative tumor metastases». *Cancer*, vol. 11, n.º 3, págs. 455 a 459. Filadelfia, Po., U. S. A. Mayo-junio 1958.
41 SCHATTEN, W. E., y KRAMER, W. M. — «An experimental study of postoperative tumor metastases». *Cancer*, vol. 11, n.º 3, págs. 460 a 462. Filadelfia, Pa., U. S. A. Mayo-junio 1958.
42. SOOST, H. J. — «The demonstration of tumor cells in the blood of women with malignant tumours of the genital tract.» *German Medical Monthly*, vol. VI, n.º 5, págs. 143 a 146. Stuttgart, Alemania. Mayo 1961.
43. THOMAS, J. F.; DOCKERTY, M. B., y WAUGH, J. M. — «Multiple primary carcinomas of the large intestine». *Cancer*, vol. 1, n.º 4, págs 564 a 673. N. York, U. S. A. Noviembre 1948.
44. WATANAVE, S. — «The metastasizability of tumor cells». *Cancer*, vol. 7, n.º 2, págs. 215 a 223. Filadelfia, Po., U. S. A. Marzo 1954.
45. WATNE, A. L., y MOORE, G. E. — «A clinical and autopsy, study of tumor cells in tre thoracic duct lymph». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. 110, n.º 3, págs. 339 a 345. Chicago, Ill., U. S. A. Marzo 1960.
46. YOUNG, J. M., y FUNK, Jr., J. — «Incidence of tumor metastases to the lumbar spine». *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 35, n.º 1, págs. 55 a 64. Boston, Mas., U. S. A. Enero 1953.
47. ZUCKERMANN, C. — «Cáncer cérvico-uterino y metástasis linfáticas». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XV, n.º 6, págs. 219 a 226. Méjico, D. F. Junio 1947.
48. ZUCKERMANN, C. — «Cánceres y embarazos». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XVIII, n.º 4, págs. 99 a 111. Méjico. Abril 1950.
49. ZUCKERMANN, C. — «Cáncer mamario y embarazo». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XIX, n.º 12, págs. 363 a 367. Méjico. Diciembre 1951.
50. ZUCKERMANN, C. — «Cáncer del cuello uterino y embarazo». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXIII, n.º 1, págs. 3 a 23. Méjico. Enero 1955.
51. ZUCKERMANN, C. — «Traumatismo y cáncer». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXVIII, n.º 1, págs. 3 a 10. Méjico, D. F. Snero 1960.

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

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

CLÍNICA OBSTÉTRICA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

SOBRE LA SINFISIOTOMÍA

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BEDOYA

PROFESOR TITULAR DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

SEVILLA

I. LA «BATALLA» DE LA SINFISIOTOMÍA

Desde que SIGAULT, en 1 de octubre de 1777, hizo la primera sinfisiotomía, se mantiene una encarnizada polémica en torno a la operación. En esta batalla, que aún perdura, la sinfisiotomía ha llegado a perder tanto terreno que podía considerársela casi definitivamente vencida.

La verdad es que había razones, bien aparentes, para que la sinfisiotomía fuera abandonada, porque, como decía CHARPENTIER, «sus partidarios eran mayores autores de su desprestigio que sus adversarios».

Las razones de su descrédito eran las siguientes:

a) La práctica de la intervención en circunstancias inadecuadas. — La sinfisiotomía no permite, como se sabe, ampliar los diámetros pélvicos más allá de ciertos límites. FARABEUF precisó que el máximo de separación tolerable de los extremos seccionados de la sínfisis púbica era de 6 centímetros, y que cuando se rebasaba esta separación se producían desgarros importantes en los ligamentos de las articulaciones sacroilíacas. Asimismo estableció que por cada centímetro de separación se amplía el conjugado verdadero 2 milímetros, con lo cual el máximo de ampliación tolerable era de 1'2 centímetros en el diámetro anteroposterior de la pelvis.

Se comprenden los desastres a que dio lugar la sinfisiotomía cuando se utilizó sin tener en cuenta esto. Así, por ejemplo, en la quinta sinfisiotomía que hizo SIGAULT, la mujer tenía un conjugado verdadero de 4 centímetros; después de la intervención el parto no tuvo lugar, hubo que sumar otra intervención y se murieron la madre y el niño. La segunda sinfisiotomía que hizo GUERARD, cuya descripción escalofriante describe Zárate, fue hecha en una mujer cuyo conjugado era «de dos pulgadas». Y después se han hecho muchísimas en reducciones pélvicas demasiado grandes.

Cuando se hacía una sinfisiotomía y resultaba insuficiente la ampliación obtenida, se traccionaba del feto mediante el fórceps, o se hacía una versión para extraerle por los pies. La separación de los pubis era así forzada más allá de los límites tolerables y se lesionaban las articulaciones sacroilíacas, las partes blandas maternas (vagina, vejiga, etc.) y la cabeza fetal.

Este fue el motivo del abandono casi total de la sinfisiotomía después de una breve época de esplendor. BAUDELOCQUE, su máximo detractor en aquella época, presentó los resultados de las treinta y ocho sinfisiotomías que se habían hecho en el mundo (una de ellas, la primera sinfisiotomía subcutánea, en un pueblo de Sevilla, en Utrera); la mortalidad materna fue del 34 por ciento y la fetal del 68 por ciento. Estas cifras resultan, en verdad, pavorosas a nuestros ojos de 1962; no lo eran tanto entonces, si se tiene en cuenta que, de no haber hecho sinfisiotomías, las intervenciones vaginales hubieran sido mucho más graves para el feto y no mucho menos para la madre; y no digamos nada de la cesárea entonces.

b) Dificultades para conocer con precisión la capacidad pélvica. — Después de FARABEUF, ya se sabía lo que se podía pedir a la sinfisiotomía. Pero la dificultad estaba en poder precisar el grado de desproporción.

Los procederes clínicos de medición de la pelvis (pelvimetría externa, pelvimetría digital, etc.) eran demasiado falaces y con ellos se cometían errores groseros. A más de ellos pasaban inadvertidas otras anomalías pélvicas importantes. La llamada «palpación mensuradora» tampoco era más certera.

Así resultaba que, aun sabiendo las posibilidades de ampliación de la pelvis, no se podía conocer cuánto se necesitaba ampliar en un caso dado. A veces, en contra de lo esperado, no resultaba suficiente la sinfisiotomía.

c) Pelvitomías asociadas a otras intervenciones. — Cuando la sinfisiotomía no bastaba para resolver el problema obstétrico, por mala elección del caso o del momento adecuado, o por técnica deficiente, se trataba de lograr el parto con operaciones complementarias. A pesar de que muy pronto se estableció la gravedad de este proceder, la verdad es que no siempre se respetó esta prohibición.

Las lesiones producidas de modo indirecto por estas nuevas intervenciones, y las lesiones producidas directamente por ellas, se cargaban siempre a la cuenta de la sinfisiotomía.

Un autor español, por ejemplo, dice que renunció a hacer sinfisiotomías por que una enferma se le murió de hemorragia, y le había hecho además una cesárea vaginal y una versión seguida de extracción; ciertamente que no es justo atribuir esta muerte a la sinfisiotomía.

d) Sinfisiotomías no "frenadas". — En todas las sinfisiotomías clásicas (excepto la de ZÁRATE, que es la única practicable ahora) la separación de los fragmentos, en la mujer anestesiada, no está limitada por nada; en consecuencia, puede ser tan amplia como se quiera y, a veces, más de lo que se quiere. Las consecuencias son fácilmente imaginables.

Aun cuando se ha dicho anteriormente que la articulación sacroilíaca tolera una separación púbica de 6 centímetros, lo cierto es que cuanto menor sea la separación de los pubis, mucho mejor, y que no se deben separar más de 2-3 centímetros; separaciones mayores son origen de molestias, a veces intensas, y de otras complicaciones. Las sinfisiotomías no frenadas no garantizan que no se rebase este límite.

e) Los defectos de técnica. — Se comprende que, realizada con técnica incorrecta, se pueden producir lesiones en la vejiga, en los plexos venosos, en la vagina, en la uretra y hasta en la cabeza fetal. La sinfisiotomía no es demasiado difícil, pero hay que saber hacerla. Y lo peor es que no se ve nada cuando otro la hace, y es uno mismo el que tiene que aprender a hacerla por las descripciones o detalles que puedan darle.

Con todas las intervenciones obstétricas se pueden producir lesiones (con el fórceps, con el basiotribo; con las versiones se han producido tan serias lesiones, si no más, que con la sinfisiotomía), pero, curiosamente, no se «airean», como se han aireado las consecutivas a la sinfisiotomía. Y no digamos de las lesiones y muertes por cesárea.

Piénsese, por otra parte, que la sinfisiotomía se recomendaba que la hiciera el médico general. La intervención que exige más conocimientos obstétricos para establecer su correcta indicación, no puede ser hecha por cualquiera; si la hace, no es de extrañar que los resultados sean malos. Pero la culpa, entonces, no es de la sinfisiotomía, sino de quien la hizo y de quienes le recomendaron hacerla.

f) Los defectos dinámicos. — La sinfisiotomía resuelve solamente, y como se comprende bien, los conflictos mecánicos feto-pelvianos. Y nada más.

Para que el parto tenga lugar después, hace falta una buena dinámica. Con gran frecuencia, en las desproporciones, la dinámica es deficitaria, y aunque algunas veces mejora la contractilidad uterina después de la sinfisiotomía, no siempre sucede así. La situación, en el último caso, resulta desairada, porque la intervención no ha resuelto el problema obstétrico. Entonces, una vez más, es cuando se recurre a otras intervenciones complementarias que ensombrecen notablemente el pronóstico.

g) Los progresos de la cesárea. — En la primera época de la sinfisiotomía, a fines del siglo XVIII, los riesgos maternos con la cesárea eran tales, que esta operación representaba casi una sentencia de muerte. Entonces no era, ciertamente, la cesárea la competidora de la sinfisiotomía, sino las intervenciones obstétricas por vía vaginal. Pero la verdad era que ni una ni otras resolvían correctamente los problemas de las desproporciones pélvico-cefálicas.

Cuando la cesárea pudo ser practicada con menos riesgos, la sinfisiotomía fue decayendo. Y con el advenimiento de los antibióticos quedó esta operación casi totalmente abandonada.

La cesárea no exige conocimientos obstétricos, no requiere condiciones determinadas, es de ejecución sencilla. Claro está que, a cambio, es más grave aún hoy, el postoperatorio es peor, y una cesárea, en una desproporción, es la condena a hacer cesáreas en todos los partos ulteriores.

h) Otros factores. — Todavía hay otros muchos factores que han contribuído a la «leyenda negra» de la sinfisiotomía.

Todas las operaciones obstétricas han originado desastres obstétricos, pero la relación causal entre ellas y el accidente era menos manifiesto para el público.

En las versiones se han roto muchos úteros, pero también se pueden romper en un parto espontáneo. Con el fórceps y con el basiotribo se han producido también desastres, pero el público no los ve y no sabe por qué mecanismo fueron producidos. Porque también se morían las mujeres sin intervención, también había fístulas espontáneas, desgarros de periné extensos sin operación obstétrica, etc.

En cambio, cojeras permanentes después de un parto espontáneo eran raras, y cuando aparecía después de una sinfisiotomía no era posible ocultar que era ésta su causa.

La mortalidad fetal era elevadísima en las extracciones con fórceps, en las versiones, etc. Pero nadie preguntaba si el feto había nacido vivo o muerto, en tanto que se contabilizaron los nacidos muertos tras sinfisiotomía.

Y hay algo más importante aún. Las roturas uterinas, los grandes desgarros, etc., con frecuencia iban seguidos de la muerte de la paciente en los días ulteriores, y también se han muerto muchísimas mujeres cesareadas; pocas murieron, en cambio, después de sinfisiotomía. Pero las muertas no pregonaban constantemente el desastre obstétrico, como lo iba diciendo, a diario, la sinfisiotomizada coja.

Es verdad, por otra parte, que la sinfisiotomía puede originar desastres cuando la indicación no es correcta. El operador culpa entonces a la sinfisiotomía de lo que él solo es el culpable; no sólo ante el público, sino ante su propia conciencia (que siempre tiende a disculparse), condenaba la sinfisiotomía y abandonaba así su práctica.

II. Estado actual de la sinfisiotomía en el mundo

Por las razones que acabamos de mencionar, apenas se practican hoy sinfisiotomías en el mundo. Son muy contados los tocólogos que la hacen.

Greenhill, en su libro de obstetricia, dice exactamente: «Que yo sepa, nadie, en los Estados Unidos, hace ahora esta operación». Y debe ser verdad, porque en otra obstetricia norteamericana, la de Beck-Rosenthal, ni siquiera se menciona el nombre de la intervención. En ninguno de los *Year books* de obstetricia, desde 1942 hasta ahora (cerca de veinte años), hay un solo artículo sobre sinfisiotomía escrito por un norteamericano; los tres únicos referidos pertenecen a dos obstetras hispanoamericanos.

En Centroeuropa se hace también muy poco la sinfisiotomía. Martius, en la última edición de su libro de «Operaciones obstétricas», dice que esta intervención ha cedido su puesto a la cesárea abdominal. Solamente se practica, en Europa, en contadas clínicas; tal en Dublín (A. Spain), en Francia (Notter Marmey), en Italia, y no muchas más.

La idea dominante en España es que la operación está periclitada y casi no se practica. Botella, en su libro, dice que «las operaciones ampliadoras de la pelvis están llamadas a desaparecer. Y nosotros mismos (Bedoya) hemos escrito, de modo más tajante aún, hace siete años, que «deben relegarse, de un modo completo, al olvido». Que nosotros sepamos, solamente hacen sinfisiotomías ahora, en España, además de nosotros, Sabriá Aynés (Gerona) y García-Triviño (Jaén). (Este último ha contribuído, de modo decisivo, a despertar nuestro interés por la intervención.) Los continuadores de la escuela de Nubiola hacen la pubiotomía.

La difusión de la sinfisiotomía es algo mayor en Hispanoamérica, aunque también ha decaído su uso bastante en los últimos años. En el congreso uruguayo de ginecología, en 1949, una de las ponencias, desarrollada por Rodríguez López, versó sobre sinfisiotomías. El ponente relata cincuenta y dos sinfisiotomías realizadas en el transcurso de veintiséis años, con una marcada tendencia a su restricción en los últimos. Además de la escuela sudamericana, también en Centroamérica, centrada en La Habana, hay otra corriente sinfisiotomista.

III. Razones por las que nos decidimos a hacer sinfisiotomías

Hace ahora tres años que empezamos a hacer sinfisiotomías. Al escribir estas líneas está aún en la clínica la número setenta y dos; ello significa que nos ha sido útil. Las razones que nos decidieron a ensayarla, contra la corriente al uso, fueron las siguientes:

a) Las *ventajas de la técnica de* Zárate de sinfisiotomía. Entre ellas, la importante de ser una sinfisiotomía «frenada», que impide que los extremos seccionados del pubis se separen más de lo conveniente; es casi imposible, con ella, una separación mayor de 3 centímetros.

Quienes puedan argumentar que no vale la pena hacer una sinfisiotomía si sólo se obtiene una separación tan moderada de los pubis y una ampliación tan escasa del conjugado, deben considerar que valió la pena en todos nuestros setenta y dos casos, que hubieran sido tributarios de cesárea.

b) Las *ventajas, indudables, de la sinfisiotomía* sobre la cesárea. Sobre ellas se ha hablado ya mucho y no vale la pena insistir en que cuando la sinfisiotomía es eficaz (y lo es siempre que está correctamente indicada, en el momento oportuno, y con técnica correcta), todas las ventajas están de su parte.

c) Estar familiarizados con la *radiopelvimetría*, especialmente con la radiopelvimetría después de parto de prueba. La experiencia en nuestra clínica es, a este respecto, superior ya a los mil casos.

La pelvimetría externa sirve para muy poco. Y la pelvimetría radiológica, realizada antes del parto, aclara insuficientemente el problema; sirve solamente en las estrecheces marcadas, que pocas veces son las tributarias de la sinfisiotomía.

La radiopelvimetría después de parto de prueba es la mejor manera de conocer, con certeza, el grado de proporcionalidad y si hay o no una desproporción moderada. Sin la radiopelvimetría temíamos siempre hacer sinfisiotomías que no bastaran o sinfisiotomías innecesarias.

Con la radiopelvimetría, que precedió prácticamente a todas nuestras sinfisiotomías, estamos seguros de que el caso es el adecuado. Desde que prodigamos la radiopelvimetría durante el parto, conocemos bien lo frecuentes que son las desproporciones moderadas y lo a menudo que pasan inadvertidas o catalogadas de distocias raras.

d) Poder contar, con seguridad, con una buena dinámica mediante el empleo del *goteo endovenoso de ocitócicos*, del que tenemos una experiencia superior ya a los dos millares de casos; esto nos permite estar familiarizados con la técnica.

El escollo importante de la sinfisiotomía es que, como dice Peralta Ramos, no termina el parto, sino que es «un complemento de lo realizado por la naturaleza». El parto se tiene que realizar después. La sinfisiotomía suprime el obstáculo mecánico de la pelvis, y la parturiente queda en las mismas condiciones que estaría si no tuviera una desproporción. Pero el parto se tiene que completar después igual que en un parto normal sin sinfisiotomía. Y si la dinámica es deficiente, el parto no progresa.

El goteo endovenoso de ocitócicos permite contar, con seguridad, con una buena dinámica, y así no se da la situación enojosa de un parto que no progresa después de una sinfisiotomía porque el útero no se contrae.

e) En los últimos tiempos, la *ventosa obstétrica* ha constituído una buena colaboración de la sinfisiotomía.

Después de la sinfisiotomía y descendida la presentación, dilatado el cuello totalmente, falta el período expulsivo. Que es exactamente igual que el período expulsivo de una parturiente normal sin sinfisiotomía, y que dura en las primíparas lo que suele durar de ordinario.

Nosotros, que hacemos la sinfisiotomía bajo anestesia general con Tiobarbital (algunos la hacen con anestesia local, que no nos gusta), notamos más el enlen-

tecimiento del período expulsivo, porque, aunque dejamos que la paciente se despierte después de la sinfisiotomía, los esfuerzos expulsivos son menores que en la mujer viva.

Es verdad que no habría inconveniente en aplicar el fórceps si la cabeza había descendido ya al cuarto plano. Pero el empleo del fórceps después de la sinfisiotomía puede ser una tentación para hacer alguna aplicación un poco más alta, y entonces ya se sabe que los riesgos son grandes.

La ventosa colabora bien a la expulsión, acorta mucho el período expulsivo y evita tener que recurrir al fórceps. En la sinfisiotomía no tiene los riesgos de éste; ni siquiera si se aplicara (lo que no se debe hacer) sobre una cabeza aún por encima del cuarto plano, porque si hay alguna dificultad a la extracción, la ventosa se escapa.

La ventosa es útil en las sinfisiotomías; tanto en primíparas como en multíparas. Como se comprende, más en aquéllas.

f) Esta razón no es de orden estrictamente científico, pero también tiene gran valor. Es de *índole personal.*

Primero fue el contacto con GARCÍA TRIVIÑO, buen conocedor de la obstetricia buena, objetivo en sus apreciaciones y entusiasta sinfisiotomista. Después el conocimiento de ZÁRATE, quien nos impresionó como un tocólogo auténtico, verdadero conocedor de los problemas prácticos del parto.

Uno y otro hicieron que empezáramos por poner en tela de juicio cuanto habíamos oído y leído sobre la sinfisiotomía y que llegáramos a aceptar que «alguna vez» podía ser útil. Hasta consiguieron que proyectáramos ensayarla alguna vez, aunque con reservas mentales aún. Zárate, como experimentado viejo, no discutía nada; decía, simplemente, «pruebe y se convencerá».

GARCÍA TRIVIÑO había aprendido a hacer la sinfisiotomía por su cuenta, nos convenció de que nadie nos podría enseñar a hacerla y de que tendríamos que aprender su técnica nosotros mismos. El mismo ZÁRATE nos envió un bisturí, que él recomienda como más adecuado, para sinfisiotomías y... tardamos aún dos años en decidirnos a hacer la primera.

Era, entonces, el 6 de octubre de 1960. *Probamos y nos convencimos.* Después, hasta hoy, setenta y dos sinfisiotomías. Y estamos más convencidos que la primera vez.

Domicilio: Sector Sur. «Peñasagra». Sevilla.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

CÁTEDRA DE TERAPÉUTICA FÍSICA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Profesor: Dr. MARÍN GÓRRIZ

EL ORO COLOIDAL RADIACTIVO EN APLICACIÓN INTRACAVITARIA. NUESTRA EXPERIENCIA

POR LOS DOCTORES

F. J. MARÍN GÓRRIZ, FERNANDO SOLSONA, A. CASTILLO RAMÍREZ y RAFAEL MANCHO

ZARAGOZA

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende dar a conocer los resultados por nosotros obtenidos en la aplicación de Au 198 coloidal por las vías intraperitoneal e intrapleural.

En esta publicación, nuestra experiencia queda limitada a nuestras once primeras aplicaciones, seis de ellas intraperitoneales, e intrapleurales las otras cinco.

La excelencia de los resultados obtenidos en las aplicaciones con fines paliativos, y la simplicidad de la técnica de aplicación, son los dos motivos fundamentales que nos incitan a la publicación, lo que nos permitirá insistir en la conveniencia del empleo profiláctico, como ya han recalcado diversos autores, pues creemos que, al menos en terapéutica postoperatoria, debiera prodigarse en más ocasiones de las hasta ahora empleadas.

Queremos manifestar que, salvo algunas pequeñas modificaciones aportadas, para nuestra conveniencia, a la técnica de aplicación, hemos seguido las instrucciones y métodos de SIMON, del «Mount Sinai Hospital», y ELLIS, del «Churchill Hospital», de Oxford.

Por todo ello, y siendo técnicas ya conocidas, limitaremos la exposición a la mínima expresión, remitiendo al lector a la bibliografía, en la que podrá obtener datos más concretos y estudios más amplios sobre todo lo referente a la utilización terapéutica del Au 198 en forma coloidal.

HISTORIA

La primera aplicación de isótopos radiactivos con idea de frenar la producción patológica de líquidos en cavidades del organismo fue realizada por J. H. MULLER, en 1945, por vía intraperitoneal; y en 1949 fue hecha la primera aplicación intrapleural (I. Pl.).

Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina de Zaragoza, en la sesión celebrada el 15 de noviembre de 1962.

HANN y sus colaboradores, en 1947, demostraron que el Au 198 coloidal, administrado por vía intraperitoneal (IP), se distribuye en la cavidad abdominal y permanece en ella hasta que la radiactividad del isótopo desaparece. Desde entonces, estas aplicaciones están admitidas universalmente como un medio paliativo eficiente de los derrames producidos por neoplasias malignas. Sin embargo, es de señalar que después de varios años de experiencia puede decirse que algunas veces, y si la aplicación se hace en momento muy precoz de la enfermedad, puede dar resultados curativos.

El primer preparado de Au 198 coloidal en gran escala se obtuvo en Oak Ridge, en julio de 1946, deduciéndose experimentalmente que era utilizable en terapéutica humana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos utilizado para esta comunicación once aplicaciones de Au 198 intracavitario, de las cuales cinco fueron I. Pl., y seis, I. P. Los enfermos estaban afectos de derrames producidos por neoplasias. De los nueve enfermos tratados, hubo evidencia neoplásica por biopsia en ocho, y en el otro solamente la hubo por tinción de esputos, sin que pudiera determinarse la identidad de la neoplasia.

La patología se distribuye así:

Carcinoma de ovario, tres casos; carcinoma de colon, un caso; epitelioma de cuello de útero, un caso; carcinoma broncogénico, dos casos (uno sin biopsia, ya nombrado); carcinoma de mama, dos casos.

El Au 198 radiactivo coloidal lo hemos obtenido a través de la J. E. N., del «Radiochemical Centre», Amersham (Inglaterra).

Las características técnicas del preparado son:

Actividad específica: 10 mc/ml.
Concentración de oro: 3'4 mg/ml.
Pureza radioquímica: 99'9 por ciento.
Au-libre: menor de 5 por ciento.
pH: 5-7/4-6.
Tamaño medio de partículas: 300 A.
Concentración de gelatina: 30 mg/ml.
Concentración de glucosa: 1 mg/ml.
Período de semidesintegración: 2'7 días.
Emite gamma y beta.
Gamma, 0'41 Mev.; beta, 0'97; 0'6 Mev.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO

El paciente debe permanecer en ayunas ocho horas antes de la aplicación, permitiéndose líquidos azucarados o zumos de frutas hasta cuatro horas antes.

Dos horas antes se inyecta por vía intramuscular 0'025 gr. de clorhidrato de la - cloro - 3 (dimetil - 3 - propil) 10 fenotiazina, juntamente con 1'7 de dietilamida del ácido beta piridín carboxílico, y al mismo tiempo se practica una prueba de sensibilidad al anestésico que vaya a utilizarse, localmente o intracavitario.

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DEL ISÓTOPO

Normas comunes. — Utilizamos sistemáticamente para la instilación del Au 198, sea por vía I. P. o I. Pl., un tubito de polietileno (propuesto por ANDREWS) que

se introduce a través del trócar, después de realizar la punción. Una vez que el tubito ha penetrado 15 centímetros y se tiene la seguridad de estar en cavidad libre, se retira el trócar dejando el catéter. Se hace entonces una prueba en blanco con suero fisiológico para tener la seguridad de haber entrado en cavidad libre peritoneal o pleural, más precisa cuando la instilación se hace sin derrame previo, pues si el derrame existe, es evidente que esta precaución es innecesaria.

En la aplicación I. P., en pacientes en los que se han hecho repetidas paracentesis y el abdomen está distendido, practicamos una sutura en corona para cerrar el orificio producido por la punción, evitando contaminación posterior después de retirado el catéter de polietileno. En la aplicación I. Pl., esta medida no es necesaria.

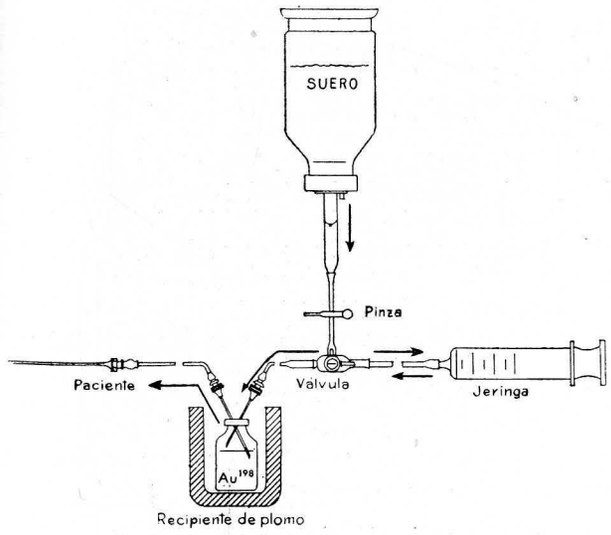
Rutinariamente hacemos una instilación, previa al Au, de 20 c. c. de novocaína o xilocaína sin adrenalina al 1 por ciento, que parece evitar las molestias que algunos enfermos aquejan en el epigastrio, particularmente en la aplicación I. P.

En pacientes en los que se observa gran espesor de panículo adiposo, especialmente en el abdomen, es preferible hacer una pequeña incisión hasta llegar a eliminar algunos centímetros de espesor de grasa, lo que facilita la punción, particularmente si no existe derrame previo, incisión que se sutura posteriormente.

En el caso de que el enfermo presente excesivos acúmulos de gases intestinales o padezca estreñimiento no atribuíble a la neoplasia, se le administra un laxante el día anterior, preferentemente un derivado de la antraquinona, lo cual coloca al paciente en mejores condiciones, incluso respiratorias, y además facilita, al menos teóricamente, la mejor distribución del coloide en la utilización I. P.

DISPOSITIVO

Hemos utilizado el sistema propuesto por SIMON, del «M. Sinaí H.», del que reproducimos un esquema y que elegimos por su sencillez y elevado grado de protección que redunda de su utilización. Sin embargo, cualquier otro dispositivo (todos los autores tienen uno) sería igualmente útil. Posteriormente hemos sustituído este sistema por el que hemos visto utilizar a ELLIS, del «Churchill Hospital», de Oxford, en Inglaterra. En cualquiera de los dos casos el dispositivo confiere gran protección, pues la parte radiactiva no precisa de manipulación. El haber evolucionado hacia la técnica de ELLIS se debe a que por este sistema el coloide se administra diluído ya, y, naturalmente, en las aplicaciones en que no existe derrame previo tiene la ventaja de una mejor distribución y evita también el contacto del «chorrito» de coloide menos diluído,



con un punto concreto de la economía, aunque no creemos que tenga gran importancia desde el punto de vista práctico.

En el sistema de SIMON se diluye también el coloide, pero nunca más de 20 c. c., antes de ser introducido, pues depende de la capacidad del envase en el que viene el coloide y los envases en que ha sido remitido; al menos en nuestro caso, no han sobrepasado esta cifra. Por todo lo dicho utilizamos el sistema de SIMON para la aplicación con derrame previo, puesto que no somos partidarios de extraer hasta el límite todo el líquido que constituye el derrame. Y para las aplicaciones sin efusión previa utilizamos el sistema de ELLIS. Este último procedimiento requiere una manipulación más, que hemos resuelto para lograr una máxima protección, utilizando el sistema de SIMON para diluír el coloide sustituyendo el enfermo por un frasco esterilizado de 500 c. c., procedimiento que no requiere la presencia de ningún manipulador durante la transferencia del coloide al otro recipiente, mediante una cantidad de suero salino previamente establecida. El frasco de cristal receptor del coloide diluído está ubicado en un recipiente de plomo de 3 centímetros de espesor, colgado ya de un dispositivo móvil, quedando en condiciones de ser transportado inmediatamente para su utilización en el paciente. El recipiente de plomo tiene una rendija para observar el nivel del coloide diluído. La dilución del coloide en suero salino fisiológico exento de pirógenos, isotónico, estéril, no produce la precipitación del oro coloidal.

TÉCNICA

En sí, representa exactamente la técnica de una toraco o una paracentesis, la cual, después de realizada, consiste en conectar el dispositivo conteniendo el isótopo al tubito de polietileno. Los momentos más delicados son: el comienzo de la perfusión del coloide, para lo cual se conserva una cantidad de suero salino en la conducción que va desde el frasco que contiene el Au hasta el enfermo, para mayor seguridad de que el líquido fluye libremente dentro de la cavidad; y el de retirar el tubo de polietileno después de perfundido el coloide, para lo cual utilizamos un dispositivo accesorio con 20 c. c. de suero salino no contaminado de radiactividad, que sirve para lavar la conducción que va del frasco radiactivo al enfermo. Entonces, después de interrumpir la corriente en la conducción con una pinza larga de Pean, se hacen pasar esos 20 c. c. de suero, y una vez terminado de pasar, se retira lentamente el tubito de polietileno pinzando el final (que se localiza fácilmente al extraerlo, porque la longitud introducida ha sido medida) con otra pinza de Pean similar, recogiendo la conducción definitivamente para su ulterior decontaminación. Con estas precauciones no se ha producido en ninguna de nuestras aplicaciones contaminación radiactiva alguna.

En total hemos utilizado 250 c. c. para la dilución del coloide y drenaje anterior y posterior a la introducción del Au 198, y precisamente en los casos en que no había derrame previo. Dicha cantidad ha sido reducida a 150 cuando existe derrame previo, ya que no somos partidarios de extraer totalmente el líquido existente.

DOSIFICACIÓN

Como dosis normales en una primera aplicación hemos utilizado 150 milicurios para las aplicaciones I. P., y 100 milicurios para las I. Pl. En los casos que hemos repetido la aplicación hemos utilizado dosis inferiores en 50 milicurios para la I. P., y 25 para la I. Pl. No hemos hecho en ninguna ocasión una tercera aplicación.

Para la dosificación no tenemos en cuenta el volumen del derrame ni el peso del enfermo.

PROTECCIÓN CONTRA RADIACIONES

Los dispositivos descritos confieren una protección correctísima para el personal que realiza la aplicación, estando la dosis recibida por debajo de la dosis permisible diaria, no habiendo excedido en ningún caso de 20 mr. por aplicación (y día). La presencia del material radiactivo en el quirófano no ha excedido en ningún caso de quince minutos, estando comprendido en este tiempo el necesario para la instilación intracavitaria de dicho material. No se ha producido en ningún caso contaminación radiactiva. En orina y heces se han hallado valores insignificntes de radiactividad, que no precisan atención.

SELECCIÓN DE LOS ENFERMOS

El punto más importante para el éxito terapéutico de la aplicación intracavitaria de Au 198, aunque éste sea paliativo, es la selección de los pacientes.

El problema más importante a determinar es saber si el líquido pleural o peritoneal es producido por la invasión neoplásica o es producido por compresión mecánica, que incluso en la pleura puede estar ocasionada por invasión del mediastino y subsiguiente compresión vascular. No cabe duda, según nuestra experiencia, que en los casos en que se trata de compresión mecánica el resultado es mucho más pobre que en los otros; aunque hemos de admitir que quizá por medio de repetidas aplicaciones se podría frenar, al menos teóricamente, la producción de líquido pleural o peritoneal; de ahí que se haya intentado por otros autores su utilización en procesos no neoplásicos; pero juzgamos que sería más eficaz dirigir la terapéutica directamente a la causa que produce la compresión, ya que, aunque sabemos que parte del oro coloidal es captada por el retículo, la mayoría se deposita precisamente en las superficies, según ha podido demostrar ANDREWS.

Esta selección viene además condicionada por la necesidad de aliviar a los enfermos la compresión producida por los derrames, tanto pleurales como peritoneales, que en muchas ocasiones fuerza a la toraco o paracentesis para restituir en lo posible las condiciones mínimas vitales. Y aunque, en opinión de algunos, la pérdida de proteínas supondría una contraindicación al vaciamiento del derrame, y aun siendo los criterios muy dispares, hemos podido comprobar que los valores de proteinemia se mantienen dentro de límites normales aun en enfermos a los que se les ha vaciado el derrame repetidas veces. Y esto, aunque a la larga suponga una pérdida para la economía del organismo, nos hace pensar que esa pérdida se va a producir de todos modos, pues el derrame no creemos sea recuperable por el propio organismo que lo ha producido, y por tanto es inútil conservarlo manteniendo las agobiantes condiciones que en ocasiones se producen en los pacientes.

Por otra parte, cabe, mediante terapéuticas coadyuvantes, sostener al paciente en condiciones casi fisiológicas, como luego diremos.

Los mejores resultados se obtienen con enfermos a los cuales se les ha practicado alguna extracción de líquido previamente. No hemos tratado enfermos con ascitis loculadas, y únicamente hemos tratado un enfermo con una pleuresía encapsulada.

No hemos tratado ningún caso no neoplásico, pues creemos que esta clase de aplicaciones deben estar proscritas, aunque admitiríamos que en algunos casos muy bien seleccionados podría hacerse, siempre que cualquier otro remedio terapéutico haya fracasado.

En resumen, según nuestra experiencia, aunque corta, nos parece que las aplicaciones de Au 198 pueden clasificarse en dos grupos:

a) Como medida profiláctica, después de una intervención quirúrgica abdominal, especialmente en las neoplasias malignas que se diseminan fácilmente en peritoneo y por vía linfática a adenopatías regionales. Tipo: carcinoma de ovario.

b) Como medida terapéutica generalmente paliativa, en enfermos que producen derrames pleurales o peritoneales libres, por invasión neoplásica.

Condición común a ambas clases de aplicaciones es que el estado del paciente no sea desesperado y que el enfermo no tenga otras localizaciones neoplásicas además del derrame que puedan condicionar la muerte del enfermo.

Patología de la aplicación del Au 198

Si la técnica utilizada es correcta, no se producen complicaciones inherentes al hecho de la aplicación.

La sintomatología de la aplicación del Au 198 a dosis como las utilizadas varía según sea intrapleural o intraperitoneal, pero aún más si la aplicación intrapleural es del hemitórax derecho o del izquierdo, con la diferencia que las alteraciones hemáticas son más importantes si la aplicación es izquierda, probablemente por la proximidad del bazo.

En general, podemos decir que consiste en fenómenos de radioterapia (enfermedad de las radiaciones) muy similares a los síntomas que observamos cuando se irradia todo el organismo. De todos modos, la sintomatología no es muy florida, pues, evidentemente, con la instauración inmediata de una terapéutica farmacológica adecuada, los fenómenos quedan paliados completamente. Es más: como esta terapéutica se instaura inmediatamente de la aplicación del coloide, podemos decir que, salvo en un caso, no hemos podido observar más que ligeras náuseas a las seis horas de la aplicación, y en dos ocasiones, diarrea, que apareció en un caso a los tres días y en el otro a los cinco días de la aplicación.

En cuanto a los valores hemáticos en sangre circulante, generalmente no llegan a alcanzar valores peligrosos, pero no difieren de las alteraciones que hemos visto y se han descrito para la irradiación terapéutica total del cuerpo. Discreta leucopenia y anemia muy difícil de valorar en todos los casos, y un ligero descenso del número de plaquetas.

Sin embargo, son dignas de mención las alteraciones observadas en los proteínogramas. Inmediatamente a la aplicación (cuarenta y ocho horas), se observa un aumento de la globulina gamma, que persiste progresivamente hasta límites del orden del 30 por ciento, como máximo, entre los valores hallados en nuestros enfermos, para descender luego, al cabo de un mes aproximadamente, hasta valores infranormales. La alfa 2 presenta alteraciones muy similares, manteniéndose con valores por debajo de lo normal, incluso dos meses después de la aplicación. La alfa 1 prácticamente no varía, y la beta presenta, aunque en tanto por ciento inferior, alteraciones similares a la gamma. En conjunto, las fracciones más afectadas son la gamma y la beta.

La interpretación de las variaciones de las fracciones globulínicas es muy difícil, pero coinciden con las que se observan experimentalmente en las retículoendoteliosis difusas y generalizadas, lo cual prueba que el retículo queda afectado en principio por un estímulo coloidal y posteriormente por la irradiación, pasando por una fase de respuesta hiperérgica, primero, y después, por otra de hipoergia.

Terapéuticas asociadas

No ha sido necesaria la aplicación intracavitaria de antibióticos en todos los casos, y creemos que no es imprescindible.

Previamente a la aplicación del Au se administra a los enfermos 300 miligramos de piridoxina por vía intramuscular, e inmediatamente después de la aplicación se empiezan a administrar por boca 4 miligramos de 6 metil prednisolona cada seis horas, en las aplicaciones intraperitoneales, y cada ocho horas, en las intrapleurales, dosis que se reduce a los ocho días a un comprimido cada ocho y cada doce horas, respectivamente, manteniéndose esta dosificación por espacio de quince días. Al mismo tiempo se continúan administrando por vía intramuscular 300 miligramos de piridoxina diarios.

Si se presenta estreñimiento y éste no obedece a ningún proceso patológico definido intestinal, administraremos un laxante (derivado de la antraquinona), en ningún caso antes de los ocho días y siempre que el paciente esté libre de síntomas digestivos.

Con estas medidas, los enfermos permanecen en el hospital durante cinco días, enviándoseles a casa con instrucciones pertinentes respecto a la higiene y protección de las radiaciones, para los familiares.

Como parte de la técnica de administración del coloide está la terapéutica postural, que debe instaurarse inmediatamente después de las aplicaciones y que consiste en colocar al paciente en el decúbito lateral opuesto al lado de la punción, durante diez minutos, y sucesivamente hacerlo rotar en decúbito cada diez minutos, según el eje cráneo-caudal, por espacio de dos horas. Al cabo de este tiempo se repite la rotación, permaneciendo treinta minutos en cada decúbito, y, por último, se recomienda al enfermo y personal sanitario de quien depende que no permanezca constantemente en la misma posición, al menos durante las seis horas siguientes al término de la rotación.

La dieta debe ser blanda durante las primeras veinticuatro horas, y normal, después, para la mayoría de los casos.

Resultados

El efecto paliativo se ha puesto de manifiesto en siete de los enfermos, y de éstos se administró como medida profiláctica postoperatoria en un caso de carcinoma de ovario y otro de epitelioma c. de útero histerectomizado. En los otros dos casos restantes no se observó más que una ligera mejoría, probablemente atribuíble a simple toracentesis, en un caso de carcinoma broncogénico que murió a los treinta y cinco días de la aplicación; y el otro caso murió a consecuencia de una obstrucción intestinal neoplásica, a los diecinueve días, que englobó intestino delgado y colon transverso por carcinoma de ovario inoperable.

Otro de los enfermos, afecto probablemente de neoplasia pulmonar (el que no pudo obtenerse biopsia), mejoró notablemente, siendo sus condiciones buenas durante cuatro meses, permitiéndole hacer la vida normal dentro de su enfermedad anterior, arritmia completa, muriendo súbitamente de un infarto de miocardio.

Otra enferma afecta de carcinoma de ovario, a la que después de una paracentesis se le comprobaron tres masas abdominales que se irradiaron con röntgenterapia, vivió dos años, no precisando de nueva parecentesis después de la primera aplicación hasta transcurridos nueve meses, cuando antes precisaba una paracentesis cada cuarenta días.

De las dos enfermas en las que se aplicó como medida profiláctica postoperatoria, sin derrame previo, se mantienen sin manifestaciones clínicas desde hace dieciocho meses, aun cuando a una de ellas (neo de ovario) no se le aplicaron otros remedios físicos. La otra fue tratada de una metástasis en el muñón cervical de la histerectomía.

De las otras dos pacientes a las que se hicieron aplicaciones intrapleurales, viven las dos en buenas condiciones, una de ellas, haciendo vida normal, y la otra, de 72 años, condicionada por la edad.

Solamente hemos repetido la aplicación en dos casos: uno intrapleural y otro intraperitoneal. El primero afecto de neoplasia de mama, que se repitió a los cinco meses, y la otra, de carcinoma de ovario, que se repitió a los nueve meses. Esta última murió a los dos años de descubierta la enfermedad, de una metástasis en cara inferior del hígado.

Conclusiones

Las aplicaciones de Au 198 coloidal precisan de una selección previa de los enfermos.

Los mejores resultados se obtienen en enfermos tratados con paracentesis o toracocentesis previas, y muy especialmente cuando las aplicaciones se practican de modo profiláctico.

La patología producida por la aplicación del coloide radiactivo con una terapéutica farmacológica adecuada no reviste gravedad en ningún caso.

Las medidas practicadas después de las aplicaciones indican que la distribución del coloide es uniforme y homogénea. Los autores no han tratado más que derrames libres.

En la orina y heces se observan cantidades insignificantes de radiactividad.

RESUMEN

Se describen los resultdos obtenidos en once aplicaciones de Au 198 coloidal intracavitarios, en nueve enfermos afectos de neoplasias malignas, habiéndose obtenido resultados paliativos y profilácticos satisfactorios, por lo que los autores recomiendan el empleo en mayor escala de la aplicación intraperitoneal de Au 198 coloidal, particularmente en las neoplasias de fácil diseminación tipo carcinoma de ovario después de la exéresis quirúrgica.

Las técnicas utilizadas han sido la de Simon *y la de* Ellis, *habiéndose utilizado dosis standard de 150 milicurios para la I. P., y de 100 milicurios para las I. Pl., no habiéndose producido contaminación radiactiva en ningún caso y estando las dosis recibidas por el personal médico por debajo de los límites máximos permisibles.*

RESUME

Les auteurs décrivent dans ce rapport les résultats obtenus avec 11 applications de Au 198 intracavitaire, intraperitoneal et intrapleural dans 9 malades affectés de neoplasmes graves, avec des résultats paliatifs et profilactiques satisfaisants. C'est pourquoi les auteurs recommendent l'emploi dans plus de malades de ces applications specialment dans les neoplasmes qu'on connaît qui se repandent facilement comme est la carcinome de l'ovaire.

Les procédès utilises sont ceux de Simon *et* d'Ellis. *Les doses ont été pour le péritoine de 150 milicuries et pour la pleure de 100 milicuries pour tous les malades sans faire attention au poids et a l'age des malades*

Les auteurs n'ont eu contamination radiactive dans aucun cas et les doses reçues par les médecins et assistants ont été comprises dans les limites admissibles.

SUMMARY

9 patients with malignant neoplasms received 11 treatments of coloidal Au 198 with good paliative and profilactic results.

If used in patients like profilactic therapy results are very good, specially in patients with ovary carcinoma (post surgical removed). We hace used Simon *and* Ellis *techniques with standard doses of Au 198. 150 milicuries for intraperitoneal application and 100 milicuries for intrapleural.*

We did not have contamination and the doses received by the medical teams were comprised in permisible doses.

BIBLIOGRAFÍA

Andrews, G. A., y col. — *Cáncer*, 6, 294. 1953.

Andrews, Gould A. — «Radioisotopes in Medicine.» USAEC Sep. 1953.

Colby, M. Y. — *Med. Clin. Nort America*, 38, 1.133. 1954.

Gabrielli, E. R. — *Nature*, 169, 457-468. 1951.

Gabrielli, E. R. — *Federation Proc.*, 12, 47. 1953.

Gabrielli, E. R. — *Inter. Physiol. Congr.*, 19, 373. 1953.

Gabrielli, E. R. — *Yale J. Biol. Med.*, 26, N.º 2, 159-169. 1953.

Goldie, H.; Calvin, L. B.; Nash and Hahn, P. F. — *Proc. Soc. Exper. Biol & Med.*, 76, 480-484. 1951.

Goldie, H.; H. D.; Jeffries, B. R., and Butler, C. H. — *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.*, 80, 327-331. 1952.

Hann, P. F. — «A manual of artificial radioisotope therapy.» *Academic Press*, New York. 10 N. Y. 1951.

Hann, P. F. — «Therapeutic Use of Artificial Radioisotopes.» J. Wiley. 1956.

Hidalgo, J. U.; Nadler, S. B., and Nieset, R. T. — *Am. J. Roentgenol*, 69, 978-979. 1953.

Jaffe, Henry L. — «Radioisotopes in Medicine.» USAEC Sept. 1953.

Kent, E. M., y col. — *J. Thoroc Surg.*, 22, 503. 1961.

King, E. R.; Spincer, D. W.; Dowda, F. W.; Bender, M. A., and Noel, W. E. — *Am. J. Roentgenol.* 68, 413-420. 1952.

Lawrence, Hamilton & Tobias. — «Advances in Biol. and Med. Physics.» Vol. I, II y III.

Dirección: D. Jaime I, núm. 35. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. AMBULATORIO «HERMANOS AZNAR». MADRID
SERVICIO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS. JEFE: DR. E. ARIAS VALLEJO

PROGRESOS Y PERSPECTIVAS DE LA GASTROENTEROLOGÍA ACTUAL *

POR EL

DR. EDUARDO ARIAS VALLEJO

MADRID

Es mi propósito revisar en esta primera lección del curso que comenzamos hoy los progresos y las perspectivas de la Gastroenterología de nuestra época, y quisiera hacerlo con la mirada puesta en su futuro, describiéndoles a ustedes sucintamente los avances conseguidos y haciéndoles ver, a partir de ellos, las metas inmediatas a conquistar. Son ustedes, en su mayor parte, médicos jóvenes que van a convivir con nosotros en este Servicio uno o dos años, con el noble afán de completar el conocimiento de nuestra especialidad y, por su juventud, dispuestos a ilusionarse mirando el futuro, el cual, en nuestra profesión, van ustedes a labrar con sus propias manos, con su propia inteligencia.

LAS BASES DEL PROGRESO ACTUAL DE LA GASTROENTEROLOGÍA

Los dos hechos básicos que han determinado el progreso de la gastroenterología en los últimos treinta años son: a) *La integración de la fisiología en el pensamiento y en el trabajo del clínico de nuestra época.* b) *La tecnificación de los procedimientos de diagnóstico.*

El médico de nuestros días elabora mentalmente el diagnóstico y, de acuerdo con éste, instaura el tratamiento de todas las enfermedades con un riguroso criterio de filósofo. Para la mayor parte de las afecciones morbosas que sufre el hombre, ha pasado la época de la búsqueda angustiosa de una etiología para basar sobre ella una terapéutica precisa. No podemos, naturalmente, desdeñar ni olvidar el conocimiento de los agentes causales o determinantes de la enfermedad, y habremos de procurar en la medida de nuestras fuerzas la supresión de estos agentes, sean una bacteria, un virus, un tóxico, una situación mental de angustia, etc. Pero tiene para nosotros, naturalistas, más interés, y sobre todo más eficacia en nuestra labor, el estudio paciente y detenido del hombre enfermo, de sus reacciones, de las alteraciones de su funcionalismo, estudio que nos debe llevar a la posibilidad de intervenir corrigiendo los procesos alterados, en la medida de su conveniencia,

* Lección inaugural del VII Curso anual de Especialización de las Enfermedades Digestivas, dirigido por el autor en su Servicio (12 de noviembre de 1962).

y, siempre, al hallazgo de la verdad clínica, deducida de la observación patológica.

El clínico de nuestra época, al elaborar mentalmente un diagnóstico, recuerda, en primer lugar, la función que está observando, observa a continuación las alteraciones de esta función y vuelve de nuevo al capítulo de la fisiología al tratar de encauzar normalmente lo que está alterado.

Nunca han estado más íntimamente asociadas la observación y la investigación que en los años que corremos. El médico actual es siempre un investigador clínico que, tras realizar la anamnesis del paciente y explorarlo físicamente, se traza un programa de investigaciones radiológicas y de laboratorio que constituyen, en su mayor parte, auténticas pruebas funcionales, esto es, hechos experimentales que han de constituir las bases del diagnóstico y de la terapéutica.

La tecnificación del diagnóstico gastroenterológico es, ya lo hemos anticipado, la otra base del progreso de nuestra especialidad.

El diagnóstico de cualquier enfermedad del sistema digestivo requiere generalmente la aplicación de técnicas delicadas, precisas y, a veces, difíciles de realizar. Ello comporta la necesidad de una estrecha colaboración con otros especialistas, radiólogos, analistas, anatomopatólogos, cirujanos, médicos de otras especialidades, a veces incluso técnicos no médicos. Esta colaboración cotidiana requiere la formación y el mantenimiento del equipo de trabajo, del cual nos hemos ocupado ya en otras conferencias.

Hablemos primero de las técnicas, dejando para después la consideración de los avances clínicos y terapéuticos.

LA RADIOLOGÍA

Es de justicia afirmar que los avances de la radiología permiten en nuestra especialidad el 75 por ciento de los diagnósticos correctos. Nuestros excelentes colaboradores, los radiólogos, han llegado a extremos admirables en el diagnóstico de las úlceras gástricas y duodenales, en el estudio de la iniciación de los tumores del tubo digestivo, en la investigación de uno o más divertículos o de una pequeña hernia del hiato esofágico. Pero además, y para ello, estos médicos especialistas en radiología son hoy clínicos como nosotros, y con nosotros estudian y se interesan por los enfermos, discutiendo eficientemente en el seno de nuestros equipos los hallazgos diagnósticos, su patogénesis, su significado.

El radiólogo de nuestra época es también un fisiólogo, al menos en nuestra especialidad, cuando estudia un esófago, el cardias o el colon por medio de radiografías seriadas o con la cinematografía, observando el funcionalismo del tramo digestivo alterado y comparando éste con la función radiológica normal de un sujeto sano.

El clínico gastroenterólogo es también un radiólogo, puesto que, al menos, la radioscopia no debe tener secretos para él y ha de constituir la base de una estrecha colaboración con el especialista radiólogo. Este ha de buscar, por otra parte, *la colaboración del cirujano* al realizar una colangiografía pre o peroperatoria, o bien una pancreatografía.

Con el cirujano deberá realizar también *la moderna radiología de los vasos sanguíneos,* de enorme porvenir y ya magnífico presente en la gastroenterología. La práctica de *la esplenoportografía,* procedimiento diagnóstico consagrado ya en nuestra especialidad para el estudio de los vasos hepáticos, esplénicos, pancreáticos y el conocimiento de las cirrosis y de las tromboflebitis, así como de las tumoraciones de este tramo abdominal, ha traído de la mano en los últimos años la

realización de las arteriografías del tronco celíaco y de la mesentérica superior, así como de las flebografías de la cava inferior y de las suprahepáticas.

Aún más recientemente, en los últimos meses, se inicia el *estudio radiográfico de los vasos linfáticos*, en gastroenterología, por ejemplo, del canal torácico, para el diagnóstico de la enfermedad de Whipple y de algunas formas de esprue.

Endoscopia. Biopsia. Microscopia electrónica

Pero al médico de nuestros días no le basta, para el diagnóstico de las enfermedades digestivas, la contemplación radiográfica de la silueta del contenido tubular del esófago, el estómago, el intestino, las vías biliares o los vasos sanguíneos y linfáticos. No considera suficiente, a pesar de todo su valor, los contrastes de negro y blanco, de luz y sombra, de una radiografía. Quiere ver «la lesión», y quiere verla al natural, de cerca, con su propio color y detalle, y desea atestiguar su imagen fotografiándola o, mejor aún desde el punto de vista funcional, integrándola en una serie de clichés cinematográficos. Así creó —y ahora re-crea— *la endoscopia*.

La endoscopia del aparato digestivo tiene ya un siglo de expresión en lo que al último tramo del intestino grueso se refiere. La vieja recto-sigmoidoscopia se hace hoy con la misma técnica y perfección que hace sesenta años, pero ha incorporado en la última década la exploración cinematográfica. *La cinematografía proctoscópica* es aplicada hoy al diagnóstico de la patología rectal y, sobre todo, como verán ustedes dentro de pocos días en este curso, sirve poderosamente a la enseñanza de esta patología.

La esofagoscopia, también ya clásica, ha completado sus técnicas de realización, aplicada con éxito tanto al diagnóstico como a la terapéutica.

La gastroscopia con aparatos flexibles ha llegado a un momento formidable de madurez con la aparición del *fibroscopio de Hirschowitz* (tubo blando de caucho o plástico relleno de fibras longitudinales de un vidrio sintético especial, que permite la visión aumentada sin necesidad de lentes ópticas).

En los últimos años se ha incorporado a la técnica diagnóstica de las enfermedades digestivas *la laparoscopia*, de muy fácil realización y escasa peligrosidad, pone enorme utilidad para la visión directa de gran número de vísceras abdominales (hígado, vías biliares, páncreas, estómago, la mayor parte del intestino, genitales internos de la mujer, riñones, vasos sanguíneos y linfáticos, peritoneo, diafragma), de utilidad también para la práctica de una biopsia bajo visión directa del punto puncionado, o bien de una colangiografía por punción de las vías biliares.

Ya hemos dicho que la fotografía en color y la cinematografía constituyen el complemento de todas estas técnicas de endoscopia digestiva.

La biopsia de los órganos digestivos comenzó siendo operatoria y era encaminada al diagnóstico de malignidad en los casos de sospecha de neoformación. Bien pronto hizo su entrada en el capítulo de las enfermedades hepáticas. *La biopsia del hígado por punción* es bien conocida hoy y constituye la fuente de material histológico con la cual los anatomopatólogos nos ayudan a estudiar la base anatómica de la mayor parte de las enfermedades hepáticas, el curso evolutivo de estas enfermedades e incluso la acción de ciertas terapéuticas.

En los últimos años se ha hecho posible *la biopsia del estómago y de los primeros tramos del intestino delgado* con ayuda de sondas semiflexibles especiales, provistas en su extremo inferior de una pequeña cápsula dotada de un mecanismo seccionante. La biopsia del yeyuno ha hecho posible un estudio lesional muy completo de los síndromes de esprue. El estudio biópsico del estómago y el duodeno nos sirve para el descubrimiento inicial de una lesión maligna a su nivel, muy frecuente, como es sabido, en la primera de estas vísceras.

La biopsia gástrica ha hecho posible en los últimos años un cambio radical de conceptos en el capítulo de las gastritis. El estudio histológico de pequeños trozos de mucosa gástrica en pacientes aquejados durante largo tiempo de la llamada «gastritis hipertrófica» nos ha permitido comprobar la absoluta inexistencia de una base anatómica de tal enfermedad, que no es más, conforme ya habían anticipado Wolf y Wolff en su libro «El hombre y su estómago», hace treinta años, que una particular irritación de la pared gástrica y su funcionalismo, en respuesta a determinadas acciones excitantes, como el tabaco, el alcohol, la mala masticación, el consumo de picantes o roborantes (mostaza), o simplemente una acción sostenida de *stress* psíquico. No hay más gastritis que una, la atrófica, que cursa con hipoclorhidria o aquilia gástrica, que tiende progresivamente al empobrecimiento celular de la pared del estómago en lo que a su función secretora se refiere, que va unida a ciertas formas de anemia por la incapacidad de formación del factor intrínseco de Castle. La biopsia gástrica ha convertido en piezas de museo bibliográfico los magníficos libros consagrados a las gastritis, algunos de ellos con más de cuatrocientas páginas de texto, publicados no hace más de quince años.

La confrontación histológica de las enfermedades digestivas ha llegado a un punto crucial en la historia de la Medicina con la aparición del microscopio electrónico. La enorme capacidad de aumento visual de éste ha dado lugar al nacimiento de una nueva citología, que, por la época científica en que nace, no está basada en la mera contemplación de las nuevas y asombrosas imágenes del mundo infinitamente pequeño de la célula, sino en el estudio bioquímico y fisiológico de sus múltiples componentes. Comienzan a estudiarse ahora algunas enfermedades digestivas, comenzamos a pensar y discurrir sobre ellas, «desde dentro de la célula». Así, la investigación clínica sobre la diferenciación de las ictericias y de muchas enfermedades hepáticas se basa sobre la observación citológica de las mitocondrias, el ergastoplasma, los cuerpos densos pericanaliculares, el aparato de Golgi y aun el núcleo y el nucleolo del hepatocito, en el estudio de los equipos de fermentos y las pigmentaciones metabólicas de esta célula, en la observación minuciosa de sus polos, sanguíneo y biliar, con sus microvellosidades, o bien de la sustancia adhesiva intercelular. Algunas enfermedades del intestino delgado, y aun la fisiología normal de éste, son tributarias asimismo del estudio citológico con esta nueva técnica de ultramicroscopia.

Por otra parte, la citología tiene un capítulo importante en la patología digestiva, al permitir el estudio de las células superficiales de la pared del tubo digestivo, obtenidas por técnicas de exfoliación. Esta *citología exfoliativa* permite en muchas ocasiones el diagnóstico precoz de una tumoración maligna del esófago, el estómago, el colon o la cabeza del páncreas en su adentramiento duodenal.

El laboratorio

Las modernas técnicas diagnósticas de laboratorio constituyen hoy, con la radiología, las bases más firmes de la práctica de nuestra especialidad y aun de la proyección de ésta por los caminos de la investigación. La bioquímica y la biofísica son poderosos auxiliares del internista que trabaja, piensa y estudia a la cabecera del enfermo.

El estudio de las *proteínas plasmáticas* y sus distintas fracciones y la *inmunoelectroforesis* nos sirven hoy para la diferenciación diagnóstica de ciertas enfermedades hepáticas y, sobre todo, nos ha llevado a comprender la relación de éstas con importantes procesos hematológicos y a estudiar las autoinmunidad de tejidos. La sencilla determinación de las dos fracciones principales de la *bilirrubina* nos permite comprender el significado de muchas formas leves e inaparentes de ictericia. La práctica de las pruebas de aclaramiento por mecanismos semejantes a los de la bilirrubina, nos hace ver la esencia del trastorno metabólico intrahepático del pigmento biliar.

El estudio de ciertos *fermentos sanguíneos* en las hepatopatías (transaminasas, colinesterasa, fosfatasas, aldolasa, dehidrogenasas láctica e isocítrica, fosfo-isomerasa) nos permite muchas veces un diagnóstico exacto de la enfermedad (por ejemplo, en la hepatitis aguda, en la ictericia obstructiva, en el cáncer hepático secundario o primario).

La valoración del cobre y del hierro sanguíneos es siempre de gran utilidad en el diagnóstico de algunas enfermedades digestivas, resultando decisiva para este diagnóstico en los casos de hemocromatosis o de degeneración hepato-lenticular.

Y no hablamos de las conocidas pruebas de exploración funcional hepática, del estudio de los electrolitos, del hemograma, de la punción esternal, puesto que son de sobra conocidos y alargaríamos demasiado esta conferencia.

Los isótopos radiactivos

Constituyen un punto de enlace entre la bioquímica y la biofísica, y son hoy la base de gran número de técnicas diagnósticas de enorme utilidad en la clínica de las enfermedades digestivas.

El hígado puede ser estudiado hoy en sus dos vertientes funcionales, celular y vascular, con *la prueba de doble aclaramiento practicada mediante la inyección de oro coloidal 198 y rosa bengala marcado con yodo 131*. La primera de estas sustancias sirve, además, para obtener muy bellas *gammagrafías*, que nos permiten diagnosticar con enorme precisión, ya lo verán ustedes en nuestras sesiones clínicas, cualquier tumoración localizada en esta víscera, así como calcular la evolución y el pronóstico de las cirrosis hepáticas.

La absorción intestinal de las grasas, muy necesitada de precisión diagnóstica para diferenciar una pancreopatía de un esprue o cualquier otra forma de enteritis, puede ser estudiada hoy observando el metabolismo de *la trioleína y el ácido oleico marcados* también con yodo 131 y administrados por la boca al paciente.

La polivinpirrolidona marcada con yodo 131 e inyectada intravenosamente a un paciente desnutrido con sospechas de un síndrome de gastroenteropatía exudativa, permite descubrir éste al comprobar la salida al estómago o el intestino de este isómero de la albúmina plasmática, que no puede ser fragmentado digestivamente por los fermentos gastrointestinales.

El fósforo 32 inyectado en vena es captado selectivamente por los tejidos tumorales aun cuando la neoformación sea incipiente, y con la ayuda de un pequeño contador Geiger, fácil de introducir en el esófago, el estómago o el colon de un paciente, permite el descubrimiento precoz de un cáncer del tubo digestivo.

La transfusión de hematíes marcados con cromo 51 y su contaje radiactivo en las heces de los enfermos nos da la posibilidad de contabilizar la intensidad de una hemorragia del tubo digestivo y aun de localizar el sitio de producción de ésta con ayuda de sondas especiales.

El estudio metabólico de una *vitamina B-12* marcada nos permite concretar el mecanismo etiopatogénico de ciertas formas de anemia en los enfermos digestivos.

En fin, como técnica nueva puramente física, hemos de mencionar el empleo de la *cápsula telemétrica*, pequeño aparato emisor de ondas cortas hertzianas, del tamaño de una pequeña aceituna, fácil de tragar con un sorbo de agua y de localizar después en cada momento en la pantalla radioscópica, el cual nos enviará al exterior para ser recogidas por un aparato receptor colocado sobre la piel distintas ondas de diferentes longitud, según cual sea el pH del medio por el que circula (el estómago o el intestino en toda su longitud), según también las presiones a las cuales está sometida la cápsula, dependientes éstas del tono y la contractilidad del tubo digestivo.

Los avances de la clínica gastroenterológica

Firmes en los conceptos iniciales de esta conferencia, hemos de repetir que *los avances de la gastroenterología en el sistema de la Medicina actual son avances en el conocimiento y aplicación de sus capítulos fisiológicos*. Así, las nuevas ideas sobre *la secreción clorhídrica y su regulación*, que han partido de la observación clínica de los enfermos con síndromes de Zollinger-Ellison, han permitido una nueva clasificación y concepto de los cuadros de gran hiperclorhidria, considerando a ésta como expresión del exagerado estímulo hormonal de una parte del páncreas endocrino o bien por la incapacidad hepática para la inactivación de la histamina procedente de los alimentos o segregada por el mismo aparato digestivo.

La composición del jugo gástrico, especialmente la que se refiere a la mucina, considerada hasta hace pocos años como una simple sustancia «tampón», ha sido objeto de numerosas investigaciones por la escuela americana, aislándose en ella importantes factores metabólicos, como el factor intrínseco, las globulinas gamma del espectro proteico sérico y diversos fermentos, electrolitos y aminoácidos. El conocimiento de *las gastroenteropatías con excreción de albúminas plasmáticas* ha partido de estas observaciones bioquímicas.

El intestino delgado es considerado hoy en muchos de sus aspectos como un delicado aparato metabólico, capaz de enfermar y alterarse en sus mecanismos de absorción-excreción. Los síndromes del esprue nos han llevado al conocimiento de *la excreción de grasas endógenas* al través de su pared, excreción que es fisiológica hasta cierto punto y que resulta necesaria para la normal digestión de los lípidos procedentes de los alimentos. La motilidad de este tramo del tubo digestivo depende en gran parte del contenido de *serotonina* de sus paredes y de la reabsorción hormonal en pequeños circuitos de esta sustancia. Los síndromes de dismotilidad, la misma peristalsis inversa descrita por el norteamericano Alvarez, deben relacionarse con la anormal secreción de esta hormona, de tanta importancia, por otra parte, en la producción de ciertas afecciones vasculares y circulatorias generalizadas. El estudio histológico de la célula epitelial del yeyuno con el microscopio electrónico está haciendo nacer un nuevo capítulo de la fisiología intestinal, de una enorme complejidad.

El conocimiento de *la flora bacteriana intestinal* y su acción sobre la digestión y el metabolismo normal del hombre ha sido completado en los últimos años con ayuda de los modernos antibióticos, como la neomicina, capaz de esterilizar prácticamente el intestino en muy pocas horas de tratamiento.

La excreción biliar de hormonas y su absorción intestinal ha dado lugar a un nuevo concepto funcional de éstas, particularmente interesante por lo que se refiere a los estrógenos y andrógenos, activos para determinadas acciones solamente después de su paso transitorio por el intestino y su reincorporación al hígado por la vena porta.

El diagnóstico de las ictericias, lo hemos dicho ya anteriormente, sólo es posible en el momento actual conociendo muy bien toda la bioquímica fisiológica de la bilirrubina.

El gastroenterólogo de nuestra época, para su trabajo cotidiano y para el impulso progresivo de su investigación, tiene necesidad de conocer muchas materias médicas que no pertenecen exclusivamente a su especialidad. En primer lugar, ha de poseer claros *conocimientos de psicología y psiquiatría*, dada la gran frecuencia con que se va a enfrentar en su consulta con enfermos con una complicada sintomatología nerviosa. En los buenos equipos de gastroenterología se ha tenido cuidado de atender esta necesidad, incluyendo en ellos excelentes neurólogos especializados.

Desde hace muchos años se conoce al aparato digestivo como un exagerado «sistema de expresión» de ciertas neurosis. Pero ello no basta para la exacta comprensión de los problemas psicológicos de nuestros enfermos. Ha sido necesaria la estrecha colaboración de los neuropsiquíatras en nuestros equipos de trabajo para comenzar a perfilar la personalidad psíquica del enfermo ulceroso, de los diarreicos crónicos, de las mujeres que presentan colecistopatías no calculosas, de los pacientes de colitis ulcerosa, etc.

El gastroenterólogo de nuestros días necesita conocer muy bien toda la Medicina interna, puesto que en su práctica cotidiana se encontrará a menudo una florida sintomatología digestiva condicionada por una enfermedad ajena al aparato de la digestión. Tal ocurre en algunos casos de diabetes, de hipertiroidismo o hiperparatiroidismo, en las disproteinemias, las porfirias, la hiperlipemia idiopática, las púrpuras, la pericarditis constrictiva o la litiasis renal.

Los progresos terapéuticos

Como consecuencia práctica de todos los avances antedichos, *la terapéutica ha experimentado también una gran transformación en la gastroenterología*, proporcionando al trabajo esforzado del clínico frutos que parecían difíciles de alcanzar hace pocos años.

Los antibióticos no solamente han contribuído a un cambio radical del pronóstico en muchas afecciones agudas (apendicitis, colecistitis, pancreatitis, perforaciones digestivas), sino que aportan asimismo su eficacia en el tratamiento de gran número de digestopatías crónicas, principalmente las infecciones y parasitosis intestinales.

La terapéutica del esprue y de las diarreas crónicas se ha beneficiado extraordinariamente con el uso de las nuevas *hormonas esteroides* (prednisona, prednisolona, dexa y betametasonas). Estos fármacos son utilizados también con éxito en el tratamiento de las hepatitis y cirrosis hepáticas.

El tratamiento del síndrome ascítico de los enfermos graves del hígado con una dieta adecuada, las citadas hormonas esteroides, los derivados de la clorotiazida y la espirolactona (esta última para luchar contra el aldosteronismo secundario, casi constante en estos pacientes), ha proporcionado claros y constantes éxitos en los últimos años en nuestras clínicas de gastroenterología.

La utilización de la *pituitrina* para hacer descender la hipertensión portal en los momentos dramáticos de una hemorragia por varices esofágicas constituye otro éxito terapéutico espectacular en los últimos meses.

El tratamiento del coma hepático, suprimiendo en pocas horas la flora bacteriana productora del amoníaco tóxico con el empleo oral de neomicina y la asociación de esteroides parenterales y una dieta privada de proteínas, constituye una conquista auténtica que permite la salvación de muchas vidas que hasta ahora se daban siempre por perdidas.

El empleo de los modernos *inactivadores de la tripsina pancreática* en los momentos álgidos de las pancreatitis agudas es otra experiencia terapéutica de beneficioso resultado.

La colaboración de la cirugía

En nuestra especialidad más que en ninguna otra es absolutamente necesaria una estrecha colaboración entre el internista y el cirujano. Nuestra patria, adelantada en esto a muchos otros países, cuenta entre sus médicos con prestigiosos cirujanos especializados exclusivamente en la terapéutica de las enfermedades digestivas. Las técnicas quirúrgicas más avanzadas son realizadas por nuestras Escuelas de Cirugía con asombrosa facilidad y excelentes resultados. Así, *la cirugía del cáncer del esófago*, que de su pesimismo relativamente reciente ha pasado a un presente y un porvenir más esperanzador, con una mortalidad operatoria inmediata del 12 por ciento de los casos y una supervivencia a los cinco años del 17 por ciento, según datos reciente de la Clínica Mayo, es realizada por nuestros cirujanos con muy buenos resultados.

La cirugía del cáncer del colon y recto, con sus nuevas técnicas, el doble equipo y la poderosa ayuda de las nuevas anestesias y los modernos antibióticos, ha permitido un cambio valiosísimo en pronóstico de esta enfermedad, en cuyo tratamiento se obtienen resultados radicales y supervivencias muy largas en gran parte de los casos.

La cirugía de las vías biliares, difícil y precisa, que requiere un exacto diagnóstico preoperatorio, con medida de presiones intrabiliares y toma de clichés radiográficos como primera fase de su táctica, es realizada hoy con asombrosa perfección y magníficos resultados.

En fin, *las anastomosis porto-cava*, muy eficaces para la resolución del problema circulatorio amenazador en algunos enfermos de cirrosis hepáticas, y las *hepatectomías regladas*, indicadas en algunas tumoraciones del hígado, son las técnicas más recientes de cirugía digestiva, realizadas por nuestros cirujanos especializados más competentes.

La transformación del gastroenterólogo

Los progresos actuales de la gastroenterología, que acabamos de revisar sucintamente, condicionan de modo natural la transformación radical de su actor principal, el médico gastroenterólogo.

El gastroenterólogo de nuestros días no puede ser ya la caricatura aparecida en el «Post» de hace medio siglo, que le satirizaba describiéndole con un rectoscopio en la mano derecha y una mala placa radiográfica en la izquierda, tratando de contrastar con una y otra lo que había visto por el tubo de endoscopia y la imagen fotográfica de la silueta del colon terminal. *El gastroenterólogo de nuestra*

época necesita ser, en primer lugar, un buen médico general, de lo cual se deduce el error de la especialización prematura o de la ignorancia consciente del resto de la Medicina interna.

Pero además de un buen médico general, el especialista en gastroenterología necesita saber realizar e interpretar correctamente una exploración radiológica y ser un buen endoscopista y saber realizar una biopsia por punción o por aspiración. Necesita asimismo saber interpretar toda una serie complicada de análisis bioquímicos y saber «leer» correctamente una preparación histológica del parénquima hepático o del tubo digestivo.

En fin, el gastroenterólogo, como médico que se ocupa de estudiar y curar ciertas alteraciones de la salud humana, necesita también tiempo y agudeza mental para comprender e interpretar el alma del enfermo.

Por otra parte, por el uso frecuente de técnicas diagnósticas complicadas y por la utilización de medios terapéuticos en extremo potentes, el gastroenterólogo necesita, más que otro especialista, tener *una especial prudencia y una grant responsabilidad.* Servido en su trabajo por tales técnicas modernas, poderosas y eficientes, aun orgulloso de ellas, habrá de conservar su humildad, su sana creencia en el posible error y su gran fe en la Medicina eterna, la que, desde hace muchos siglos, permite al médico prestar eficaz ayuda al hombre que sufre, sin instrumentos ni complicaciones, simplemente, con inteligencia y con amor, poniendo el alma en cada momento de su trabajo, pidiendo todos los días para éste un poco de la Gracia Divina.

Dirección: Marqués de Urquijo, 19, 1.º. Madrid.



«R. E. de las E. del Ap. D. y de la N.», tomo XXI, número 10, diciembre 1962. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

OSIFICACIÓN DE LA COROIDES

POR EL

DR. MANUEL RÍOS SASIAÍN

MADRID

Son relativamente raros en la literatura médica oftalmológica los casos descritos de osificación de la coroides. Como hemos tenido ocasión de observar recientemente un enfermo afecto de este proceso, nos parece de cierto interés darlo a conocer.

ESTUDIO CLÍNICO

Se trata de L. P., de sesenta y un años de edad, el cual presenta en el ojo derecho una miopía simple de refracción, que, corregida adecuadamente con lente de —4 D. esf., alcanza una agudeza visual de V = 1. La exploración oftalmoscópica de fondo de ojo muestra normalidad completa.

El ojo izquierdo es totalmente ciego. Refiere el enfermo que hace doce años le operaron una catarata en este ojo, quedando con muy poca visión. A los pocos meses apareció en el ojo afaco un desprendimiento de retina que también le fue operado sin resultado positivo alguno. El ojo, casi ciego, sufrió en años sucesivos brotes inflamatorios y dolorosos que alternaban con largos períodos de calma. El enfermo no dio importancia a estos fenómenos, ya que, por recaer en el ojo ciego, le permitía llevar a cabo su trabajo habitual.

Al cabo de doce años, y cansado de soportar tantas molestias, acude a nuestra consulta. En la exploración se aprecia el ojo izquierdo reducido a un muñón en «ptisis bulbi», retraído, arrugado y blando; con la córnea opaca e insensible, de color blanco grisáceo y de aspecto granuloso. La visión es nula. Ante este cuadro, y dado que los brotes inflamatorios y dolorosos se hicieron más frecuentes y prolongados en los últimos tiempos, le aconsejamos al enfermo la enucleación, que acepta de buen grado. Practicamos la evisceración del globo ocular izquierdo, colocando en el interior de la cáscara escleral un implante acrílico. Sutura en dos planos: uno profundo escleral, con catgut, y otro superficial de la conjuntiva, con seda. Meses después, la colocación de una prótesis ocular le permite mover el ojo izquierdo en perfecta connivencia con el congénere.

Al vaciar con la cucharilla el contenido del globo ocular izquierdo, nos sorprendió el tropezar con una estructura dura en pleno vítreo, estructura que se prolongaba parietalmente desde el polo posterior a lo largo de la cara interna de la esclerótica. Aislada cuidadosamente esta formación, no pudimos evitar que se desmenuzase la delgada cáscara parietal; pero la parte central, alojada en la cavidad vítrea, se pudo extraer íntegra (fig. 1). Se trata de una pieza dura, de color blanco nacarado, de 15 mm. de largo por 8 de ancho y 3 de espesor. Remitida al laboratorio para el examen anatomopatológico, el doctor ALONSO BARRERA nos envió el siguiente informe: «Examen microscópico: Los cortes aparecen constituídos por tejido conjuntivo, en el seno del cual aparecen formaciones óseas con lagunas medulares. Más hacia el interior, aparecen restos coroideos con abundantes melanóforos y con discreta reacción inflamatoria. Diagnóstico histológico: Restos osificados de una antigua zona de necrosis coroidea.»

Las cuatro microfotografías representadas en la figura 2 muestran la evidencia de este hallazgo.

Etiopatogénesis

El ojo, que ha sufrido un grave proceso de uveítis fibrinoplástica, crea como reacción un tejido conjuntivo que invade todas las estructuras de la coroides y cuerpo ciliar. En esta coyuntura, el globo experimenta una atrofia progresiva y acaba en la «ptisis bulbi». Funcionalmente, es un ojo ciego; y anatómicamente, se convierte en un muñón atrófico, arrugado y doloroso.

En la organización cicatrizal fibrinoplástica postinflamatoria pueden acaecer dos tipos de degeneración: la coloide y la calcárea. La *degeneración coloide*, descrita por Teulieres y Beauvieux, aparece bajo la forma de exudados en sábana situados en la lámina fusca, adoptando la forma de bolas coloides, constituyendo lo que se ha llamado «degeneración hialina de la lámina vítrea coroidiana». Por su parte, la *degeneración calcárea* se presenta como un cambio final de los tejidos degenerados, siempre que llegue hasta ellos el flujo sanguíneo, aunque sea en escasa medida. Para Duke Elder, la calcificación en esta circunstancia se debe probablemente a un cambio físico relacionado con el notable descenso de la tensión de anhídrido carbónico en los tejidos; tal descenso sería consecuencia de la notable caída de los procesos metabólicos en los tejidos afectados. En estas circunstancias, puede aparecer una verdadera *osificación*, en la que se descubren sistemas de Hawers controlados por células osteoblásticas. La osificación puede situarse, bien en las placas de degeneración hialina de la lámina vítrea, o en las zonas de degeneración calcárea de lo que fue tracto uveal.

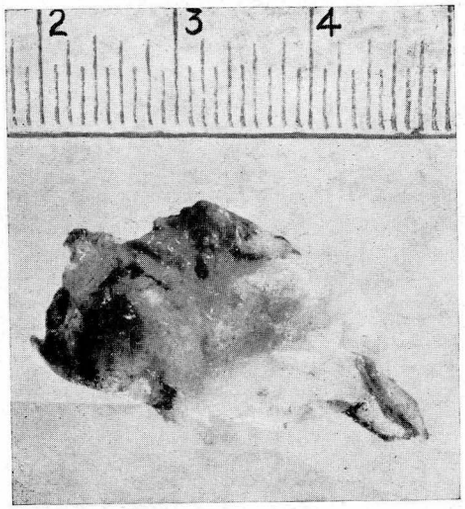


Figura 1

La osificación se presenta sólo en la fase final de la organización de los depósitos plásticos postinflamatorios. Comúnmente, transcurren de diez a doce años entre la actividad inflamatoria y la aparición de la osificación, aunque también se han descrito casos en los que el intervalo ha sido mucho menor. En clínica, es excepcional que se descubra oftalmoscópicamente la osificación de la coroides, debido a la opacidad y degeneración de los medios transparentes. Sólo si la densidad ósea es suficiente para presentarse opaca a los rayos X, puede detectarse por este método. Otras veces se puede inferir su presencia, si al hacer presión sobre el globo ocular se provoca un dolor agudo y profundo.

La localización electiva de la osificación es el polo posterior del ojo, alrededor del disco papilar. Las primeras estructuras asientan en la coroides sobre los exudados de la coriocapilar, entre esta lámina y la retina. Desde aquí se puede extender la osificación a todos los tejidos oculares, exceptuando la córnea. Al principio, aparecen como pequeñas piezas óseas irregularmente distribuídas, formadas por débiles filamentos compactos interconectados unos con otros, hallándose entre los espacios que delimitan tejido de granulación y residuos degenerados de estroma coroideo. Progresando esta neoformación, llega a convertirse en una sólida lámina ósea, a modo de cáscara de huevo delgada y continua que por delante puede alcanzar hasta la ora serrata, e incluso, desarrollándose en espesor, llega a invadir el vitreo.

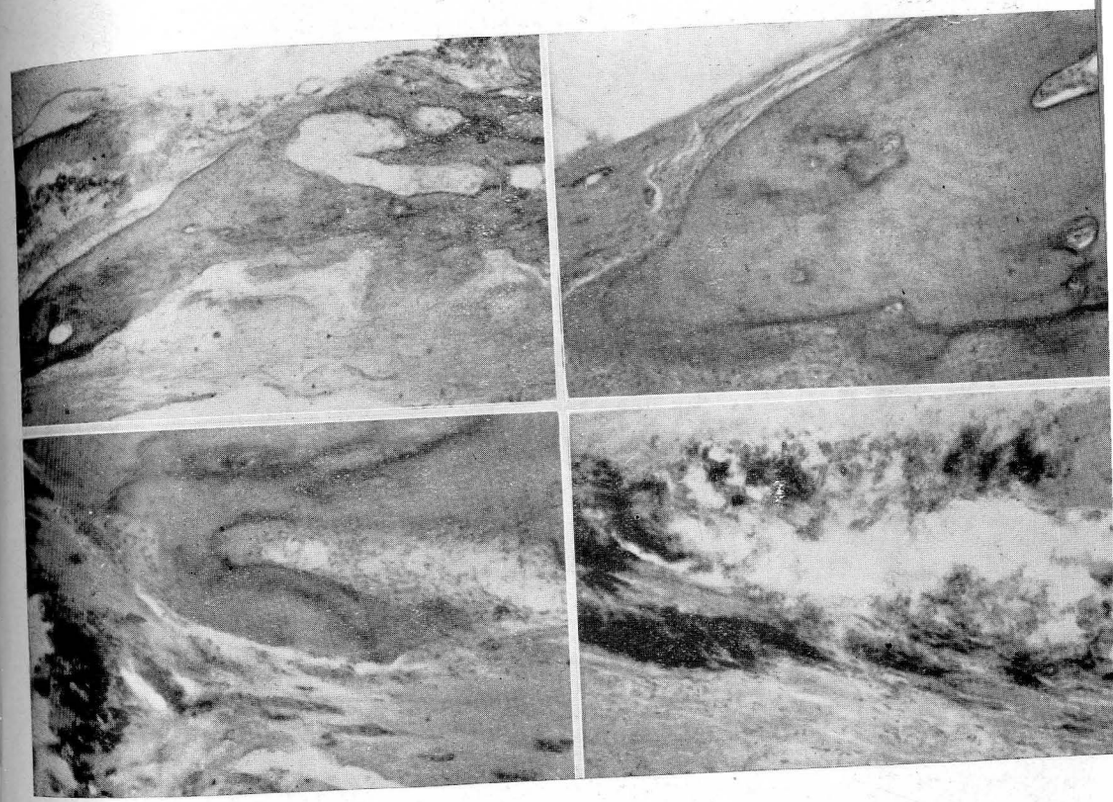


Figura 2

Por lo que a la *anatomía patológica* se refiere, la osificación, según Knapp, comienza en la región de la coriocapilar y ocurre en aquellos casos en los que, como consecuencia de una larga y continua inflamación plástica, el lecho de los capilares ha desaparecido, habiendo sido reemplazado por exudados organizados en el espesor del tejido fibroso. Si la coriocapilar no ha sido destruída, el hueso se forma en tejido fibroso falso entre la coriocapilar y la membrana de Bruch, en la que el exudado ha sido vaciado. Pero si la coriocapilar ha sido destruída y la retina está fusionada con la coroides, el hueso aparece en la cara interna de esta membrana por fuera del epitelio pigmentario. En los casos en que la retina se ha desprendido, la capa pigmentaria aparece degenerada o ha desaparecido totalmente. De modo que *el hueso se desarrolla siempre en el tejido fibroso, el cual ha reemplazado a las láminas capilares.*

Se desconoce en la actualidad la naturaleza íntima del proceso de osificación. El hueso en el ojo nunca es derivado de cartílago, sino que, por el contrario, siem-

pre es de tipo periostal y de naturaleza heteroplástica con la típica estructura de un hueso largo ordinario. El tejido fibroso en el cual el hueso hace su aparición, asume un aspecto granular de apariencia densa, como un depósito de sal (estado osteoide). Las células toman una forma angular y entonces se ordenan ellas mismas en pequeñas trabéculas, que dejan entre sí espacios ocupados por capas de osteoblastos; éstos gradualmente acaban formando verdaderas láminas óseas. Tales láminas con sus corpúsculos óseos, se hallan dispuestas concéntricamente alrededor de los vasos sanguíneos formando sistema des Hawers, y eventualmente, aunque por excepción, también puede formarse una verdadera medula de tejido adiposo.

También se desconoce en la actualidad el verdadero origen de los osteoblastos. Para unos, se trata de células embrionarias transportadas a la coroides desde algún tejido perióstico vecino —por ejemplo, desde la órbita—. Para otros, se trata de células que permanecen en la coroides al estado embrionario desde la edad fetal, y que estimuladas por algún proceso inflamatorio o irritativo, llegan a formar tejido fibroso y óseo. En fin, una tercera teoría, quizá la más verosímil, admite que se trata de las mismas células del tejido conjuntivo que se transforman en corpúsculos óseos.

En un caso estudiado por STOCH, se desarrolló un mieloma en la estructura ósea neoformada; dicha tumoración acabó por destruir el hueso coroideo.

RESUMEN

Se describe un caso de un enfermo de sesenta y un años afecto de osificación de la coroides y se hacen consideraciones sobre la etiopatogénesis de esta rara manifestación, de la que todavía en la actualidad se desconoce la naturaleza íntima del proceso de osificación.

Dirección: Fernán González, 53. Madrid.



CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

INSTITUTO DE CITOLOGÍA EXPERIMENTAL Y HEMATOLOGÍA
ALICANTE

SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA DERMATOMIOSITIS

POR EL

DR. F. MAS Y MAGRO, JR.

ALICANTE

I

En 1949, KLEMPERER, patólogo del «Mount Sinai Hospital», con el nombre de *enfermedad colágena* agrupó cierto número de afectos, caracterizados por alteraciones degenerativas de la colágena del tejido conectivo. Este autor, junto con BAHER y POLLACK, realizó un cuidadoso trabajo anatómico sobre el «Lupus eritematoso diseminado». Desde el comienzo de sus investigaciones, en 1935, no podía comprender cómo un agente etiológico desconocido podía provocar lesiones, fundamentalmente idénticas, en órganos distintos, en los cuales existía constantemente una alteración del conectivo colágeno fibrilar e incluso de la sustancia fundamental del mismo. Al principio se incluyó en el grupo de la enfermedad colágena a la esclerodermia (KLEMPERER y colaboradores). Posteriormente, en el congreso de enfermedades reumáticas, de New York (1949), se incluyó la dermatomiositis. En el curso del tiempo se añadieron otras enfermedades, como el reumatismo articular agudo, la poliartritis primaria, la enfermedad del suero, la poliarteritis nudosa, la calcinosis y otras más.

Nosotros vamos a estudiar la *dermatomiositis*, enfermedad poco corriente, e incluída, como ya hemos indicado, en las enfermedades del sistema colágeno, con el fin de investigar su etiología, hasta ahora desconocida, y que con motivo de un caso que hemos tenido recientemente nos ha permitido disponer de material suficiente para poder realizar toda la serie de investigaciones y llevar a cabo el fin que nos proponíamos. El caso es el siguiente:

Hombre de dieciséis años. Visto en nuestra consulta con fecha 17 de febrero de 1960.

Antecedentes individuales: Fiebre tifoidea a los nueve años; duración, un mes. Frecuentes amigdalitis, y, finalmente, hace cuatro años, amigdalectomía.

Antecedentes de la enfermedad: Por julio de 1959, después de un día de exposición al sol, en la playa, al día siguiente amigdalitis, con fiebre de 38 grados, apareciendo tumefacción en párpados con enrojecimiento de toda la parte orbitaria y nariz, con edema, presentando el aspecto típico de ala de mariposa del lupus eritematoso, con dolorimiento general, dolores articulares, especialmente en la articulación del codo, inapetencia y astenia. De esta forma siguió el curso de la enfermedad, y por octubre, el edema se extendió por toda la cara, aumentando la astenia y los dolores articulares, con dificultad de mover los miembros. La fiebre, con

algunos días de remisión, persistía en 38 grados. Al mismo tiempo, aparición en muslos, cadera y brazos de manchas rojizas que posteriormente tienen tendencias atróficas con aspecto cicatrizal y muy dolorosas. Posteriormente edemas en miembros, correspondiendo a las partes musculares, con hipertonía; músculos edematosos y duros a la presión. En el tobillo, dos o tres nódulos del tamaño de un guisante. Debido a este estado muscular, no puede efectuar bien los movimientos. Al mes siguiente tiene un proceso gripal, con amigdalitis, con lo cual se agrava el cuadro clínico. La dificultad de movimientos de los miembros están aumentadas, así como las contracturas musculares, las cuales le obligan a estar algo inclinado, con los miembros en ligera flexión. Aumento del edema en cara. No presenta adenopatías ni esplenomegalia. Sin más alteraciones.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos por mm. c., 5.000.000; leucocitos por mm. c., 24.300; plaquetas por mm. c., 250.000; tiempo de coagulación, veinte minutos; sin retracción del coágulo a las veinticuatro horas

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 1; linfocitos, 20 por ciento; monocitos, 0.

A los quince días presenta una epistaxis de mediana intensidad.

Con fecha 8 de abril de 1960, se realiza otra observación, estando bastante mejorado, habiendo desaparecido la fiebre.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos por mm. c., 4.800.000; leucocitos por mm. c., 8.000.

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados, 69'5 por ciento; neutrófilos insegmentados, 5'5 por ciento; monocitos, 5 por ciento; linfocitos, 20 por ciento.

Con fecha 2 de mayo de 1960, persiste la mejoría.

Investigaciones hematológicas: Leucocitos, por mm. c., 8.000.

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados, 54 por ciento; neutrófilos insegmentados, 8 por ciento; eosinófilos, 1 por ciento; monocitos, 10 por ciento; mastzellen, 1 por ciento; linfocitos, 26 por ciento.

El 10 de mayo de 1960, foco bronconeumónico, con mucha tos y expectoración. Trastornos digestivos espásticos, con crisis de estreñimiento y diarreas. Aumenta el edema en cara, que había mejorado bastante.

Investigaciones hematológicas: Leucocitos por mm. c., 12.400.

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos segmentados, 54 por ciento; neutrófilos insegmentados, 19 por ciento; eosinófilos, 10 por ciento; mastzellen, 1 por ciento; monocitos, 2 por ciento, y linfocitos, 14 por ciento. Numerosos monocitos en lisis.

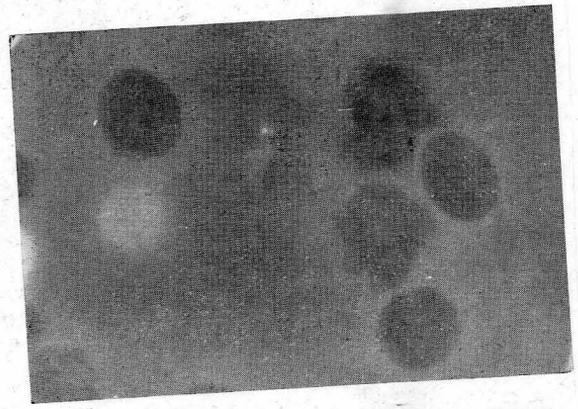
A partir de este momento, el cuadro clínico va empeorando hasta llegar al desenlace, falleciendo con fecha 8 de junio de 1960.

II

La *dermatomiositis* es una enfermedad caracterizada por una afección inflamatoria de la piel, del tejido celular subcutáneo y de la musculatura esquelética, que algunas veces también afecta al tracto gastrointestinal. Clínicamente, esta enfermedad se presenta casi de un modo súbito, con un período prodrómico de cefalea, vértigos, astenia, anorexia y algunas veces náuseas y vómitos. En el período de estado aparecen, generalmente, los dolores musculares y los edemas subcutáneos, con las lesiones típicas parecidas al «lupus eritematoso diseminado», generalmente en la cara, en ambas órbitas, por lo que muchas veces se le confunde con esta enfermedad. La fiebre, en la mayoría de las veces, es ligera e irregular. Posteriormente, se presentan las atrofias musculares, poniéndose el músculo rígido y duro, perdiendo su elasticidad, quedando en contracción, uno de los síntomas característicos de esta enfermedad, ya que debido a estas contracturas, el enfermo está algo inclinado, con los miembros en flexión. Las alteraciones cutáneas, edematosas, principalmente en órbitas y en toda la cara, en forma de ala de mariposa. En la piel del cuerpo y miembros aparecen depresiones atróficas de aspecto cicatrizal, algunas veces muy dolorosas. Por parte de las vísceras, pueden observarse espasmos, disfagia, hemorragias ligeras de las mucosas, así como alteraciones de las glándulas salivares, lesiones pulmonares más o menos intensas, etcétera. Puede observarse también, en algunos casos, esplenomegalia, adenopatías,

parestesias y rara vez hepatomegalia. Una de las características de esta enfermedad es la presencia de una notable creatinuria y un valor de la creatininuria inferior a lo normal.

GOUNELLE, SASSIER, DELBARRE, KABAT, LINDER, LUNDSGAARD, VAN SLYCKE y BLIX, han descrito que en esta enfermedad hay una tendencia a la hiperproteinemia con hipergammaglobulinemia, que en general no es muy intensa, habiéndose también observado algunos casos con hipoproteinemia. En todo caso, depende posiblemente de la capacidad reaccional del enfermo y la evolución del proceso (GRAS). LEINWAND ha estudiado algunos casos de esta enfermedad mediante la electroforesis, no dando valores absolutos, e indica que la variación más significativa es la hipoalbuminemia con hipergammaglobulinemia, la cual, entre el grupo de enfermedades del sistema colágeno, está más acusada en la dermatomiositis.



EXTENSIÓN DE SANGRE DEL ENFERMO DE DERMATOMIOSITIS. CLÁMIDE VIVAL. AURANUNA, AUMENTOS 2.500 X.

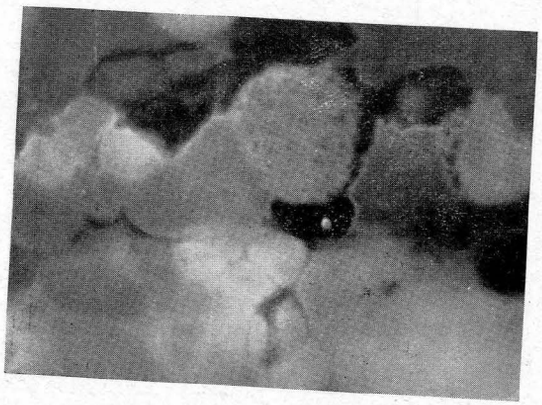
En las enfermedades de este grupo, generalmente son afectados más o menos los vasos arteriales de pequeño calibre, siendo la lesión fundamental una degeneración fibrinoide de la túnica arteriosa media e íntima, acompañada de alteraciones más o menos intensas de los elementos celulares, cuya naturaleza varía según la enfermedad. En la dermatomiositis, esta alteración se caracteriza por escasa infiltración perivascular de fibroblastos. Histológicamente, aparece como una hinchazón y homogeneización del tejido intercelular; la fibra colágena toma un aspecto similar a la fibrina, con degeneración y necrosis de los fibroblastos, siendo la consecuencia la degeneración fibrinoide de la túnica arterial media e íntima acompañada de proliferación de los elementos celulares. Algunos autores (FAHR y BENETTI) opinan que en muchos casos de esta enfermedad, si no en todos, la alteración inicial se produce en los vasos nutricios de los músculos, en forma de arteritis necrosante, semejante a la periarteritis nudosa. Una gran parte de los autores están de acuerdo al afirmar que en la mayor parte de las dermatomiositis las lesiones vasculares son pequeñas, interesando sobre todo a los capilares y las pequeñas arteriolas, no obstante las extensas y graves lesiones musculares producidas. WAIGNER cree la posibilidad de que las lesiones musculares sean primitivas respecto a las vasculares, si bien LANE opina que es difícil sostener que sea en absoluto, ya que la degeneración de la fibra muscular no presenta características particulares que las diferencie de la forma regresiva muscular secundaria de causas diversas (atrofias, causas mecánicas, etc.). Algunos autores, como MEYER, CHAIN, SASTONE, FAVILLI, explican esta degeneración fibrinoide por la acción de la ialuronidasa, que metaboliza el ácido glucorónico, polisacárido que se encuentra en el tejido colágeno. Ahora bien, la ialuronidasa no es más que una proteína con propiedades antigénicas (MC. LEAN, KEIL, LEONARD) y, por tanto, susceptible de provocar una reacción alérgica exactamente igual que si fuera una proteína extra-

ña al organismo, por lo que muchos autores coinciden, fundándose en estas observaciones, en la posibilidad de que todas las alteraciones degenerativas fibrinoides del conectivo puedan considerarse como de naturaleza alérgica; hecho observado por nosotros y que más adelante expondremos más ampliamente.

El estudio de las lesiones articulares es interesante, porque en la mayoría de las enfermedades del colágeno acusan dolor articular. Generalmente está acompañado de tumefacción, pero se produce la impotencia funcional por la contracción de los músculos periarticulares afectos. La presencia de esta artralgia ha contribuído, por otra parte, a provocar una confusión, por lo que se ha querido incluir esta enfermedad con el reumatismo articular agudo y la poliartritis crónica. En la dermatomiositis no se encuentra lesión anatómica articular. La artralgia y la eventual deformidad articular (BLAU) está suficientemente explicada por el proceso inflamatorio y el edema de los tendones de la parte proximal de los músculos (HEPP y KELLGREEN).



MEDULA ÓSEA DE COBAYO INOCULADO CON SANGRE DEL ENFERMO. CLÁMIDE VIVAL. AURANURA. 2.500.



MEDULA ÓSEA DE COBAYO INOCULADO CON SANGRE DEL ENFERMO. CLÁMIDE VIVAL. AURANURA. 2.500.

TALBOT y KORNILOFF opinan que en esta enfermedad las lesiones renales son muy raras y tienen carácter inflamatorio (HEPP, KORNILOFF y OPPENHEIM), representando más bien una complicación en esta afección. Es posible hallar en algún caso signos de participación renal (albuminuria y cilindruria), en los cuales en la autopsia no se encontraron lesiones glomerulares ni arteriales en riñón (FAHR). También BATTEM observó un caso de dermatomiositis que presentaba una hematuria dolorosa. Esta alteración renal fue diagnosticada como una nefropatía consecutiva a esta enfermedad, pero posteriormente se demostró que dicha hematuria había sido provocada por un cálculo de uréter.

En la dermatomiositis las lesiones de otras vísceras son mucho menos intensas que en otras enfermedades del colágeno. En general, el órgano más afectado es el miocardio (JOLLASSE) y el endocardio (POTAIN).

Se han descrito numerosos casos de dermatomiositis asociadas a otras alteraciones del sistema colágeno. KLINGAN y GROSS han descrito un caso de esta enfermedad asociada a la esclerodermia; WEBER y GRAY, con el lupus eritematoso diseminado; SELVE, BACCIALLI, ROSENBLATH, FERRARI, SEGA, SCIMONE y CONSTANZI, algunos casos con muchas analogías con el cuadro anatomoclínico de la periarteritis nudosa. DOWLING, en 1938, sobre dos casos de esta enfermedad, ha sostenido que la dermatomiositis es una variedad de la esclerodermia. DURHAM encontró, en un caso, en el examen histológico, profundas alteraciones del tiroides, mientras que no encontró alteraciones en el paratiroides. Otros casos (TALBOT), con calcinosis; miositis fibrosa (LANGMEAD), con concreciones calcáreas.

La calcinosis está considerada como una complicación de la fase terminal, grave, de la dermatomiositis. Se admiten formas de transición entre las enfermedades del sistema colágeno, llegándose a la conclusión de que en este grupo una enfermedad puede transformarse en cualquier otra.

WILLIAMS, en una revisión de más de quinientos noventa casos de la literatura, ochenta y tres presentaban un tumor acompañando a la dermatomiositis y nueve casos con linfomas o leucemia. JORDAL cita un caso relacionado con un tumor maligno, en un hombre de 40 años, que desde hacía unos meses presentaba un eritema violáceo, en forma típica de mariposa, en nariz y órbitas, con grave edema periorbital, con marcado hinchazón edematoso, con impotencia funcional en brazos y piernas. El diagnóstico de dermatomiositis fue confirmado por la biopsia muscular, que reveló la característica miositis subcrónica, con distrofia secundaria del músculo; por la electromiografía, que demostró el signo típico de la lesión muscular, y por el aumento de la creatinuria. Un tratamiento con cortisona produjo una mejoría que duró unos tres meses, apareciendo entonces los síntomas de un tumor mediastínico, que en la biopsia resultó ser un linfosarcoma. El aumento de la dosis de cortisona y radioterapia no modificó el cuadro y reaparecieron los síntomas de la dermatomiositis, terminando el caso con la muerte.

En 1892, THIBIERGE, en el «Tratado de Medicina», en colaboración con CHARCOT y BOUCHARD, define a esta enfermedad, pero incluyéndola como una variedad del lupus eritematoso. La describe como una infiltración difusa del dermis por células embrionarias, que se agrupan, en preferencia, alrededor de los vasos y glándulas, encontrándose en las partes invadidas gran cantidad de mastzellen. Los elementos del tejido infiltrado sufrirían una degeneración gránulo-grasienta, y la coloidea, que determinaría su absorción, sin atrofia, y, finalmente, quedando con aspecto cicatrizal de la piel. Respecto a su etiología, BRESMER y BROCQ admitían que ciertas lesiones eran tuberculosas, en contra de la opinión de KAPOSI, VIDAL y LELOIR. Esta enfermedad, según el autor citado, se padecía en edad adulta y en sujetos, preferentemente, que vivan en el campo o exposición al calor del sol, principalmente en las playas.

HARGRAVES hace la diferenciación entre la dermatomiositis y el lupus eritematoso por la presencia observada en medula ósea de los enfermos afectos de trófilos con alteraciones nucleares. Estas mismas células fueron encontradas por MAS Y MAGRO (1958) en las extensiones de sangre de enfermos de lupus eritematoso diseminado, con la técnica de coloración de giemsa-pícrico, con las típicas alteraciones nucleares en los neutrófilos, y que son debidas a fenómenos de lisis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Siguiendo los mismos métodos utilizados para la transmisión experimental de la leucemia humana al cobayo, nosotros hemos intentado determinar la etiología virásica de la dermatomiositis, inoculando sangre del enfermo al cobayo. Esta

inoculación, para que tenga efecto, ha de ser verificada por escarificación en la piel del cobayo, ya que los virus por inoculación intravenosa o intraperitoneal son destruídos inmediatamente y solamente por la epitelial se logra la transmisión, debido a que los virus han de adaptarse primeramente al metabolismo del animal huésped; hecho que se realiza en las células epiteliales del dermis.

Hemos utilizado cobayos de un peso máximo de unos 450 gramos. Esta inoculación se realiza por escarificación de la piel de los flancos del abdomen, previa rasuración. Entonces realizamos varios trazos paralelos, evitando la efusión de sangre. El material empleado es la sangre del enfermo, desecada previamente a la temperatura ambiente, protegida del polvo y de la contaminación. De esta forma está unos tres o cuatro días, al final de los cuales ya está en condiciones de ser inoculada.

En la transmisión heteróloga (de hombre a cobayo) solamente se ha utilizado sangre, y en la transmisión homóloga (de cobayo a cobayo) se ha utilizado sangre o medula ósea tomada directamente del conducto medular del fémur del cobayo, inmediatamente después de su muerte, sobrevenida a consecuencia de la inoculación de sangre del enfermo.

Transmisión heteróloga

De un lote de cobayos inoculados con sangre desecada del enfermo afecto de dermatomiositis, se han seleccionado los protocolos correspondientes a los cobayos 95, 96 y 97.

Cobayo 95. — Control: Leucocitos por mm. c., 11.600; neutrófilos, 51 por ciento; linfocitos, 46 por ciento; eosinófilos, 0; peso, 400 gramos.

A los cuatro días de la inoculación: Leucocitos, 7.400.

A los doce días de la inoculación: Leucocitos, 16.400.

A los dieciséis días de la inoculación: Leucocitos, 8.000; peso, 350 gramos.

A los veintidós días de la inoculación: Leucocitos, 6.200; peso, 300 gramos.

A los veintisiete días de la inoculación: Leucocitos, 1.500; neutrófilos, 83 por ciento; linfocitos, 16 por ciento; eosinófilos, 0.

Fuerte astenia muscular. A los dos días, muerte.

Cobayo 96. — Control: Leucocitos, 17.600; eosinófilos, 0; peso, 400 gramos.

A los cinco días de la inoculación: Leucocitos, 5.400; eosinófilos, 2 por ciento.

A los doce días de la inoculación: Leucocitos, 8.800; eosinófilos, 4 por ciento.

A los dieciséis días de la inoculación: Leucocitos, 6.000; eosinófilos, 8 por ciento.

A los veintidós días de la inoculación: Leucocitos, 6.000; eosinófilos 10 por ciento.

A los veintisiete días de la inoculación: Leucocitos, 7.200; eosinófilos, 16 por ciento; peso, 300 gramos.

A los cincuenta y dos días de la inoculación: Leucocitos, 7.800; eosinófilos, 28 por ciento; peso, 400 gramos.

A los ochenta y nueve días de la inoculación: Leucocitos, 19.600; eosinófilos, 58 por ciento; peso, 500 gramos.

A los ciento nueve días de la inoculación: Leucocitos, 20.000; eosinófilos, 40 por ciento.

A los ciento veintiún días de la inoculación: Leucocitos, 11.400; eosinófilos, 34 por ciento; peso, 450 gramos.

A los ciento treinta y ocho días se le provoca una activación por medio de un traumatismo; por contricción de una de las patas con un anillo metálico.

A los ciento cuarenta y seis días de la inoculación (ocho días después de la activación): Leucocitos, 2.400; eosinófilos, 0; muerte.

Cobayo 97. — Control: Leucocitos, 13.600; eosinófilos, 13; peso, 400 gramos.

A los siete días de la inoculación: Leucocitos, 11.600; eosinófilos, 7 por ciento; peso, 450 gramos.

A los diecisiete días de la inoculación: Leucocitos, 20.800; eosinófilos, 12 por ciento; peso, 400 gramos.

A los treinta y nueve días de la inoculación: Leucocitos, 13.600; eosinófilos, 24 por ciento; peso, 350 gramos.

A los ciento cinco días de la inoculación: Leucocitos, 30.800; eosinófilos, 33 por ciento; peso, 425 gramos.

A los ciento sesenta y cinco días de la inoculación: Leucocitos, 19.400; eosinófilos, 32 por ciento; peso, 500 gramos.

A los ciento ochenta y un días de la inoculación: Leucocitos, 20.000; eosinófilos, 33 por ciento; peso, 600 gramos.

A los doscientos ocho días de la inoculación: Leucocitos, 16.800; eosinófilos, 35 por ciento.

Se le reactiva por medio de una interferencia viral producida por la inoculación por escarificación, de sangre desecada de enfermo afecto de poliomielitis en fase aguda.

A los doscientos noventa días de la inoculación primera: Leucocitos, 17.800; eosinófilos, 8 por ciento; peso, 450 gramos.

A los trescientos días de la inoculación primera: Leucocitos, 13.800; eosinófilos, 27 por ciento; peso, 500 gramos.

A los trescientos dieciocho días de la inoculación primera: Leucocitos, 8.000; eosinófilos, 9 por ciento.

A los trescientos cuarenta días de la inoculación primera: Leucocitos, 2.000; eosinófilos, 1 por ciento; muerte.

Transmisión homóloga

Los resultados conseguidos inoculando sangre desecada de estos cobayos antes expuestos a otros cobayos sanos, son idénticos a los antes descritos.

A continuación exponemos el protocolo experimental de un cobayo inoculado con medula ósea desecada extraída del conducto medular del fémur correspondiente al cobayo 95.

Cobayo 99. — Control: Leucocitos, 12.800; eosinófilos, 4 por ciento; peso, 400 gramos.

A los cincuenta y cuatro días de la inoculación: Leucocitos, 25.000; eosinófilos, 27 por ciento.

Este cobayo logra superar la fase aguda. Posteriormente, le provocamos una reactivación inoculando, por escarificación, sangre desecada de enfermo afecto de leucemia mieloide humana.

A los setenta y tres días de la primera inoculación: Leucocitos, 2.500; eosinófilos, 0; muerte.

La inoculación al cobayo de sangre desecada, por escarificación, produce una forma aguda de evolución mortal, caracterizada clínicamente por astenia, cuya

intensidad aumenta progresivamente, terminando con la muerte del animal. Esta astenia es por hipotonía muscular, que llega a imposibilitar a los cobayos para mantenerse en posición normal. La palpación da la impresión de bola algodonosa. El síndrome hemático es de leucopenia, que se hace más intensa antes de su muerte, acompañada de aneosinofilia.

Cuando la muerte no acontece y el animal logra superar esta forma aguda, se recupera, aumentando de peso y de sus valores leucocitarios. En este período, el cobayo tiene un aspecto y peso semejantes a los de control. Aumenta la cifra de los leucocitos y, además, la constante reacción eosinófila en sangre. Esta reacción eosinófila, como demostró MAS Y MAGRO, está íntimamente ligada a la presencia de un antígeno.

También se presentan estas reacciones eosinófilas, de un modo constante, en las enfermedades producidas por virus; por ejemplo, la viruela, en la que es muy precoz, ya que aparece muy destacada en el período prodrómico. De consiguiente, la eosinofilia consecutiva a la inoculación, por escarificación, debe considerarse como ligada a la presencia de un antígeno-virus. Estas eosinofilias desaparecen cuando se produce una reactivación del proceso, mediante cualquiera de los *tests* empleados por nosotros, como el de la interferencia viral, por el traumatismo provocado por la inyección intraperitoneal de propionato de testosterona, produciéndose en estos casos una reactivación de forma aguda, con hipoleucocitosis y aneosinofilia, terminando con la muerte.

Para más seguridad en la inoculación, hemos utilizado el propionato de testosterona en pincelaciones sobre la zona de escarificación, o bien en emulsión con la sangre desecada a inocular. De esta forma hemos conseguido un aumento de la virulencia del agente etiológico y además una proliferación más abundante de clámides virales en la zona de inoculación, siendo su número mucho más discreto cuando no se ha utilizado la testosterona. Este hecho se observa perfectamente en los frotis realizados de la zona de inoculación a partir de las veinticuatro horas de la misma. Esto demuestra perfectamente la acción del propionato de testosterona inhibiendo la célula huésped e impidiendo desplegar los efectos defensivos contra la invasión viral; tiene un efecto muy similar al llamado «factor de Durán-Reynals». Este investigador constató que el extracto de testículo de animales jóvenes normales, añadido a los cultivos de bacterias patógenas diversas, ofrecía efectos de exaltación de su virulencia. En nuestras investigaciones, cuando se ha utilizado la testosterona, se ha conseguido una forma aguda mortal, como corresponde al cobayo 95, mientras que en los cobayos que no se ha utilizado, éstos se han recuperado en la fase aguda y han seguido un curso crónico.

III. INVESTIGACIONES VIROLÓGICAS

Las necesidades del parasitismo obligado de los virus, sumamente lábiles al estado de corpúsculos elementales aislados, requieren una protección evidente contra los efectos lísicos de los anticuerpos. Esta protección se realiza unas veces por una clámide elaborada por el conjunto simbiótico virásico, y otras por un conglomerado en el que dicha sustancia, cuya naturaleza plastínica queda excluída, dado que no se afecta por la lisis celular que destruye la plastina de la célula. De consiguiente, la simbiosis, ya clámide, la inclusión, ya conglomerado, es una adaptación del virus al parasitismo; una adaptación que le permite desplegar un efecto defensivo evidente.

Estas simbiosis virales es posibles observarlas con el microscopio ordinario a aumentos de 2.000 a 2.500 diámetros. Por tanto, las clámides virales están constituídas por una simbiosis de numerosas partículas víricas formando un núcleo central desprovisto de proteínas, ya que los virus, al constituirse en simbiosis, pierden la proteína capsular y una envoltura o clámide propiamente dicha, que protege al conjunto de las secreciones celulares.

Sus dimensiones son, aproximadamente, poco variables. Las dimensiones totales, incluídos el corpúsculo central y su envoltura, oscilan entre 3'2 y 5 micras, y las del corpúsculo central, entre 0'9 y 3'8 micras.

Todos los virus, creemos, sin excepción, invaden los organismos a través de una fase intraepitelial, de adaptación al medio, en donde se produce la primera etapa, las clámides virales simples y patógenas, y una segunda etapa, si el animal es sensible a la infección viral: las clámides se transforman en inclusiones.

La presencia de estos conglomerados en la célula, en plena integridad estructural y, por tanto, funcional, acaso podría confundirse con los acúmulos densos del citoplasma. Ahora bien, que su presencia en el disco nuclear y permanencia intraplasmática e intranuclear en las células en estado avanzado de lisis, cuando las estructuras se dibujan de un modo vago, como en plena desintegración, y las sustancias basófilas del citoplasma y la misma cromatina nuclear quedan al estado de sombras o restos, entonces no cabe la menor duda de la significación de tales inclusiones.

Técnica de coloración de las clámides virales

Giemsa-pícrico. — Las extensiones practicadas con material de las líneas de escarificación para la inoculación al cobayo, o las extensiones de sangre o material de los órganos hematopoyéticos, se tratarán conforme a las siguientes indicaciones:

1.ª Fijación en alcohol metílico, durante tres minutos.

2.ª Coloración en la solución diluída de Giemsa, como en la técnica hematológica, durante dos horas. Al final de la primera hora se renovará el colorante.

3.ª Las extensiones ya teñidas, sin desecar, serán diferenciadas por la solución acuosa de ácido pícrico al 1'20 por ciento, durante cuarenta minutos. Inmediatamente, lavar hasta que la extensión presente un matiz débil amarillento, tenuemente verdoso. Desecación.

De esta forma, las clámides virales se observan formadas por un corpúsculo central en rojo vivo hipercromático y metacromático, rodeado de una membrana tenuemente gris azulada, algo densa.

Fluorocromización.—Esta técnica está basada en la afinidad que tienen los fluorocromos para el DNA, que es lo que constituye el núcleo de los virus. Estre ellos preferimos la auramina, ya que da imágenes mucho más brillantes.

El material que hemos indicado anteriormente se trata de la forma siguiente:

1.º Fijación por alcohol metílico, durante tres minutos.

2.º Desecación con papel de filtro.

3.º Verter sobre la preparación, cubriéndola por conpleto con la siguiente solución: auramina, 0'1 gramos; fenol líquido, 5 c. c.; agua destilada, 100 c. c.

En esta solución se tienen las preparaciones durante veinte segundos exactamente, ya que más tiempo destruye las células y la fluorescencia es menor.

Secar la preparación en el medio ambiente o por papel de filtro, y entonces ya está en condiciones de ser observada con el microscopio de fluorescencia, uti-

lizando objetivo de inmersión 100x y oculares 20x ó 25x (2.000 y 2.500 aumentos, respectivamente).

Esta solución, con el tiempo, pierde intensidad en la fluorocromización, por lo que es muy conveniente sea renovada cada veinte o veinticinco días y teniéndola al abrigo de la luz.

Con arreglo a esta técnica, las clámides virales se observan como puntos muy brillantes, con fluorescencia verde clara o dorada, sobre el fondo oscuro de la preparación, ya que los eritrocitos no toman fluorescencia.

En la dermatomiositis, las clámides virales se observan perfectamente, en las extensiones de sangre, sobre los eritrocitos, menos frecuentemente libres, incluídas en los aglutinógenos de las plaquetas o adheridas a los eritrocitos. En la medula ósea de los cobayos inoculados también se presentan libres o en los eritrocitos, y son, algunas veces, muy numerosas, no siendo infrecuente encontrar alguna en forma anular, que representa una fase evolutiva más avanzada de la clámide. Puede ocurrir que en el material empleado se presenten otros gérmenes, especialmente cocos, que también toman la fluorescencia; pero su discriminación con las clámides virales es bien sencilla, ya que, además de ser de mayor tamaño, su fluorescencia es más débil y no tiene el brillo centelleante que las clámides virales.

RESUMEN

Se han realizado investigaciones en la sangre de pacientes con dermatomiositis con el fin de aclarar su etiología, hasta ahora desconocida. En estos enfermos, concretamente en su medula ósea, se encuentran granulocitos neutrófilos con alteraciones nucleares.

El autor ha inoculado, por escarificación, sangre del enfermo al cobayo (siembra heteróloga); y también sangre o medula ósea del fémur del cobayo a otro animal de este grupo (transmisión homóloga), una vez muerto el primero a consecuencia de la inoculación de sangre del enfermo.

Todos los virus invaden los organismos a través de una fase intraepitelial, de adaptación al medio, en donde se producen las clámides virales simples y patógenas. En una segunda etapa, si el animal es sensible a la infección viral, las clámides se transforman en inclusiones.

Se describen aquí las técnicas de coloración de las clámides y las de fluorización, que permiten observar perfectamente estas formaciones en las extensiones de sangre de los enfermos con dermatomiositis.

BIBLIOGRAFÍA

1. BELL.—*Renal Disseases*, 1946.
2. BATTEN, F.—*Brit. Child. Dis.*, 9, 247. 1912.
3. BLAU, A.—*Journ. Mount. Sinai Hop.*, 5, 432. 1938.
4. BAUER, W.—*Ann. Rheum. Dis.*. 8, 309. 1949.
5. BAUER, W.; MARBLE, A., y BENNET, G.—*Amer. Journ. Medical Sc.*, 182, 237. 1931.
6. BACIALLI, P.—*Policl. Sez. Med.*, 9, 16. 1902.
7. BENEDETTI, G., y CONTI, C. *Omnia Medica*, 25, fasc. 7-12. 1947.
8. COGUDDA, E.—«Le malattie del collageno». *Omnia Medica*, 29, 1, 63. 1952.
9. CLUXTO, H., y KRAUSE, L.—*Annals of Internal Med.*, 19. 845. 1943.
10. CORNBLEET, T.—*Arch. Dermat. and Ship.*, 43, 829. 1941.
11. CONSTANZI, G.—*Policl. Sez. Med.*, 41, 38. 1934.
12. CHAIN, E., y DUTHIE, E.—*Brits. Exp. Path.*, 21, 324. 1940.
13. COHEN, H.—*Ann. Rheum. Dis.*, 9, 31. 1949.
14. DOWLING, G.—*Proc. Roy. Soc. Med.*, 31, 1.357. 1938.
15. DENZER, S., y BLUMENTHAL, S.—*Amer. Journ. Dis. Child.*, 52, 525. 1937.
16. FAHR, T.—*Arch. Dermat. and Siph.*, 130, 1. 1921.
17. FRONTALI, G.—*XV Congres. It. Ped.*, 19, 22. 1934.
18. FAVILLI, G.—«Fenomeni di diffusione nei tessuti». Torino, 1941.
19. GUION, C., y ADAMS, E.—*Amer. Journ. Med. Sc.*, 205, 33. 1943.
20. GRAS, J.—«Las proteínas plasmáticas». Edit. Jims, Barcelona, 1956.
21. GROSS, L.—*Inn. contribution to the Medical Sciences*, 11, 527. N. Y., 1932.

22. GINZLER, A., y FOX, T.—*Arch. Inter. Med.*, 65, 12. 1940.
23. HEILMEYER, L.—«Tratado de Medicina interna». Edit. Labor, Barcelona, 1958.
24. GERMER, W.—«Enfermedades por virus». Edit. Morata, Madrid, 1955.
25. HEPP, P.—*Berlin Klin. Woch.*, 24, 297. 1887.
26. HENNINGTON, A.—*Cincinnati Journ. Med.*, 23, 181. 1942.
27. HARGRAVES, H.—*Proc. Staff. Meet., Mayo Clinic*, 23. 1948.
28. JOLLASE, O.—*Mitt. a. d. Hands. Stants-Krankennast*, 1, 326. 1897.
29. JAGER, G.—*Virchiw's Archiv*, 284, 526. 1932.
30. JORDAL, V.—«Dermatomyosites and tumor». *Danish. Med. Bull.*, 4, 6. 1957.
31. KAPOSI.—«Pathologie et traitement des maladies de la peu». París, 1891.
32. KELLGREEN, J.—*Clin. Sc.*, 3, 175. 1938.
33. KARELITZ, S., y WELTZ, S.—*Amer. Journ. Dis. Child.*, 43, 1.134. 1932.
34. KEIL, H.—*Arch. Intern. Med.*, 66, 169. 1940.
35. KEIL, H.—*Arch. Intern. Med.*, 66, 339. 1940.
36. INGRAM, J., y STEWART, M.—*Brit. J. Dermat.*, 46, 53. 1934.
37. KIERLAND, R.—*Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic*, 83, 1. 1949.
38. KLEMPERER, P.; POLLACK, D., y BAEHR, G.—*Journ. Amer. Med. Ass.*, 119, 337. 1942.
39. KLEMPERER, P.—*Arch. Path.*, 29, 859. 1941.
40. KLEMPERER, F.—*Bull. N. Y. Ac. Med.*, 23, 581. 1947.
41. KLEMPERER, P.—*Ann. Rheum. Dis.*, 8, 308. 1949.
42. KLEMPERER, P.—*Ann. Inter. Med.*, 28, 1. 1948.
43. KLEMPERER, P.—*Amer. Journ. Path.*, 49, 503. 1950.
44. KEEPER, C., y FELTY, A.—*Bull. J. Hopkins Hopital*, 35, 294. 1924.
45. KORNILOFF, A.—*Dtsch. Z. Nervenn*, 9, 119. 1896.
46. KLINGAN, N.—*Arch. Neurol. Psych.*, 24, 1.187. 1930.
47. LANE, C.—*South M. J.*, 31, 287. 1938.
48. MAC LESTER, J. *Tr. A. Am. Physicians*, 41, 283. 1926.
49. MAS Y MAGRO, F.—«Uber die morphologischen Blutveranlungen bei anaphylaxie». *Virchow's Archiv*, 243, 421, 461. 1922.
50. MAS Y MAGRO, F.—II. «Eosinofilias producidas por proteínas heterólogas». *Arch. Hemat. y Card.*, 4. 1923.
51. MAS Y MAGRO, F.—III. «Algunas condiciones biológicas de la eosinofilia». *Arch. Hemat. y Card.*, 13.
52. MAS Y MAGRO, F.—«La anafilaxia parantígena y la hipótesis de los parantígenos». *El Siglo Médico*, 1917.
53. MAS Y MAGRO, F.—«Die Genese der eosinophylen Granulocytes». *Folia Hematologica*, 15, 196. 1913.
54. MAS Y MAGRO, F.—«La alergia celular». Edit. Aguado, Madrid, 1945.
55. MAS Y MAGRO, F.—«Estudio morfológico y experimental del sistema hematopoyético». CLÍNICA Y LABORATORIO, 1, 61. 1951.
56. MAS Y MAGRO, F.—«Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la patogenia de la leucemia mieloide aguda». I. «Nota previa sobre el virus de la leucemia mieloide aguda». *Archivos de Medicina Experimental*, 14, 215. 1953.
57. MAS Y MAGRO, F.—Ibídem. II. «Experimentos de transmisión». *Arch. Med. Exp.*, 14, 233. Año 1950.
58. MAS Y MAGRO, F.—Ibídem. XVIII. «Leucemia mieloblástica aguda por inoculación de sangre desecada». *Arch. Med. Exp.*, 18, 431. 1954.
59. MAS Y MAGRO, F.—«Leucemia linfática aguda». I. «Experimentos de transmisión». *Arch. Med. Exp.*, 15, 55. 1951.
60. MAS Y MAGRO, F.—«Investigaciones morfológicas sobre las formas simbióticas de los virus patógenos». I. «La forma clamidozoaria». *Arch. Med. Exp.*, 17, 237. 1953.
61. MAS Y MAGRO, F.—Ibídem. II. «Conglomerados hiperbasófilos intracelulares virásicos». *Arch. Med. Exp.*, 17. 467. 1953.
62. MAS Y MAGRO, F.—«La forma clamidozoaria del virus de la leucemia». *Arch. Med. Exp.*, 19, 7. 1955.
63. MAS Y MAGRO, F.—«Investigaciones virológicas sobre la etiología de la artritis reumatoide crónica». I. «Observaciones morfológicas en la fase de viremia». *Arch. Med. Exp.*, 19, 251. 1956.
64. MAS Y MAGRO, F.—Ibídem. II. «Cultivo *in vivo* de sangre desecada». *Arch. Med. Exp.*, 19, 327. 1956.
65. MAS Y MAGRO, F.—«Cultivos *in vivo* de los virus de la leucemia humana y las gallináceas». *Arch. Med. Exp.*, 20, 313. 1957.

65. MAS Y MAGRO, F.—«Lupus eritematoso agudo diseminado. Investigaciones hematológicas y virológicas». *Arch. Med. Exp.*, 20, 265. 1957.
67. MAS Y MAGRO, F.—«La morfología y la génesis de las inclusiones intracelulares de V. Prowazek y Halberstadter en el tracoma». *Revista de Sanidad e Higiene pública*, 1, 18. 1933.
68. MAS Y MAGRO, F.—«La llamada leucemia de eosinófilos». CLÍNICA Y LABORATORIO, 70, 412-418. 1960.
69. MAS Y MAGRO, F.—«Reacción del antígeno-virus leucémico en los cobayos inoculados de leucemia mieloide humana». *Galicia Clínica*, 1961.
70. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«La leucemia, enfermedad de etiología viral». CLÍNICA Y LABORATORIO, 60, 161-173. 1960.
71. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«La leucemia, enfermedad de etiología viral». *Semana Médica*, 119, 156-165. Buenos Aires, 1961.
72. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«La forma simbiótica de los virus patógenos y su investigación por la microscopia de fluorescencia». *Semana Médica*, 119, 919-931. Buenos Aires, 1961.
13. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«Las formas simbióticas de los virus patógenos y su investigación por microscopia de fluorescencia». CLÍNICA Y LABORATORIO, 73, 166-175. 1962.
74. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«El método de la gota gruesa en la investigación de las viremias». *Galicia Clínica*, 33, 641. 1961.
75. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«El método de la gota gruesa en la investigación de las viremias». CLÍNICA Y LABORATORIO, 72, 404. 1961.
76. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«La forma clamidozoaria del virus de la leucemia». *Laboratorio*, 34, 7-19. 1962.
77. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«La forma clamidozoaria del virus de la leucemia». *Galicia Clínica*, 34, 19-26. 1962.
78. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«Vacunación antivariólica y hepatitis». *Galicia Clínica*, 33, 351-356. Año 1961.
79. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«Contribución al diagnóstico de la poliomielitis por medio de la microscopia de fluorescencia». *Laboratorio*, 36, 301-306. 1962.
80. OPPENHEIM, H.—*Lehrbusch der Nervenkrankeiten*, 1, 840. Berlín, 1924.
81. POTAIN, M.—*Bull. et Mem. Soc. Hop. de París*, 12, 314. 1876.
82. PETGEN, A.—«Fluoreszenmikroskopische Untersuchungen des weiben Blutbildes bei gesunden leukosekranken Rindern». *Monats. f. Tierheil*, 5, 357-360. 1953.
83. ROSENBLATH.—*Klin. Med.*, 33, 547. 1897.
84. SEGA, A.—*Arch. Path. Clin. Med.*, 5, 213. 1926.
85. SEASTONE, C.—J. Path, 28, 481. 1934.
86. STICKNEY, I.—*Proc. Staff. Meet. Clin.*, 15, 680. 1940.
87. SCHUERMANN, H.—*Arch. F. Dermat. U. Syph.*, 178, 414. 1939.
88. SCHILL, E.—*Wien. Arch. Inn. Med.*, 12, 353. 1926.
89. SYNDENSTRICKER, V., y THOMAS, D.—*Ann. Inter. Med.*, 8, 959. 1935.
90. SENATOR, H.—*Zeits. f. Klin. Med.*, 15, 61. 1889.
91. STRUEMPELL, A.—*Deutz. Zeits. f. Inn. Med.*, 1, 479. 1891.
92. SELYE, H.—*Brits. Med. J.*, 2, 119. 1949.
93. THIBIERGE, G.—«Tratado de Medicina». Madrid, 1892.
94. TOLLE, A.—*Deutz. Tierarz, Wochens.*, 68, 202. 1961.
95. TALBOT, J.—*Arch. Inter. Med.*, 63, 476. 1939.
96. YARDUMIAN, K., y KLEINERMANN.—*Arch. Inter. Med.*, 83, 1. 1949.
97. WILLIAMS, R., Jr.—*Ann. Inter. Med.*, 50, 1.174-1.181. 1959.
98. WEBER, F., y GRAY, A.—*Brit. J. Dermat.*, 36, 544. 1924.
99. WAIGNER, C., y LEVER, W.—*Arch. Dermat. Syph.*, 59, 196. 1949.
100. VESEY, J., y NELSON, H.—*Ann. Intern. Med.*, 32, 565. 1950.

Dirección: P. Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA B. PROF. PIULACHS
SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DEL HOSPITAL DE SAN PABLO. PROF. A. ROCHA

EMPLEO DE LA MEDICACIÓN ANTIINFLAMATORIA EN PROCTOLOGÍA *

POR EL

DR. JAVIER LENTINI

BARCELONA

En el vasto campo de indicaciones que se extiende ante las sustancias antiinflamatorias, ningún trabajo de los centenares surgidos en todos los países sobre este tema, trata de una amplia revisión y experimentación clínica efectuadas en el terreno de la proctología. Encontrándome actualmente trabajando en este sentido, la presente comunicación no es sino el primer avance de unas observaciones que, en este momento, son todavía incompletas por no haber logrado experimentar ciertas sustancias con la amplitud precisa, en algunas de las afecciones que consideramos interesantes.

SUSTANCIAS ENSAYADAS

Para esta comunicación he reducido este apartado tan sólo al enunciado de las sustancias ensayadas, por otra parte perfectamente conocida ya por todos.

Primer grupo. — *Oxifenilbutazona* (Geigy 27202). Derivado de la pirozolidina Por vía oral.

Tromasín (Warner-Chilcott 1719). Enzima proteolítico de la papaína. Por vía oral.

Segundo grupo. — Esteroides. Prednisolona y dexametasona, por vía oral; Dexametasona y ACTH, por vía intramuscular; Hidrocortisona, localmente.

Tercer grupo. — Otras enzimas. Tripsina, localmente; Heparina, antitrombótico, atenúa la aparición de un fenómeno de Arthus. Localmente.

Además, y en un mismo enfermo cuando el caso lo ha requerido, hemos aplicado a la vez varias de estas sustancias.

CAMPO DE INDICACIONES

Ante el enunciado de las propiedades de las sustancias antiinflamatorias, la mayoría de las afecciones caen bajo su acción en uno u otro momento de su evolución, aunque en la práctica su uso es más reducido de lo lógicamente previsible,

* Trabajo presentado al Primer Simposium Internacional sobre Inflamación.

sin duda por no haberse vulgarizado suficientemente su empleo. Creo que en el futuro pueden llegar a ser de uso tan frecuente como los antipiréticos, especialmente si se eliminan los efectos secundarios que, aún hoy, son una de las mayores trabas con que se choca para su expansión.

Por otra parte, la multiplicación de experiencias hará que se delimiten los campos para cada una de las sustancias intiinflamatorias, observándose qué fármaco es más efectivo para una determinada afección y qué asociación de los mismos potencia los resultados con reducción de la dosis.

a) *Rectitis.* — En el capítulo de las rectitis, por lo amplio, conviene separar las de tipo atrófico de las hipertróficas. En las primeras (tres casos), la terapéutica antiinflamatoria del primer grupo de sustancias descrito (oxifenilbutazona y Tromasín) falla generalmente, y con las del segundo grupo (esteroides), aun obteniendo mejores resultados, éstos no son convincentes. Las de tipo hipertrófico, las más frecuentes (quince casos), se benefician, en cambio, con las sustancias del grupo primero, aunque, como es lógico, la eliminación de la noxa etiológica es imprescindible para la curación definitiva.

b) *Rectocolitis mucohemorrágica.* — En esta afección (doce casos) no se deben emplear las sustancias del primer grupo, ya que la terapéutica con esteroides por vía oral, o parenteral en los casos graves, ha conseguido imponerse por completo, consiguiéndose resultados excelentes. El empleo local de las mismas sustancias mediante enemas coadyuva muchísimo en las primeras fases.

c) *Sigmoiditis.* — En dos casos de sigmoiditis se consiguieron algunos avances con los antiinflamatorios del primer grupo, habiendo fallado completamente en otro paciente. Un resultado también dispar se obtuvo en dos casos de colon irritable.

En todos estos capítulos se precisa una experimentación más amplia, dada la natural evolución por brotes de estas afecciones.

d) *Prurito del ano.* — En el prurito del ano, además de la eliminación de las posibles causas, especialmente parasitarias y de patología anorrectal, siempre he obtenido notables beneficios en las crisis mediante la inyección de esteroides, incluso por vía endovenosa. La terapéutica con hidrocortisona por vía local resulta imprescindible.

e) *Adenomas.* — En la extirpación de adenomas (doce casos) y en todas las pequeñas intervenciones en que se tenga que hacer uso de electrocoagulación o distermocoagulación, el empleo profiláctico de los antiinflamatorios orales, del primer grupo, redunda notablemente en la desaparición de las molestaias postoperatorias, observándose por rectoscopia una rápida disminución de los fenómenos flogósicos, muy patente en comparación con casos testigos. La adición de hidrocortisona local acentúa aún en mayor grado la mejoría.

f) *Trombus hemorroidario.* — En siete de estos casos que parece tendrían que haber sido tributarios de los antiinflamatorios del primer grupo, no hemos notado con ellos más que una leve mejoría. El beneficio ha sido notable, en cambio, con el empleo local de hidrocortisona y heparina.

g) *Tromboflebitis hemorroidaria.* — En esta afección, en cambio, el empleo de los antiinflamatorios del primer grupo ofreció bastantes ventajas. Si además se realizaba la aplicación tópica de hidrocortisona y heparina, la mejoría de estos pacientes (dos casos) resulta dramática en veinticuatro a cuarenta y ocho horas. En estos casos, la combinación de ambas terapéuticas es un claro exponente de lo que este tipo de sustancias puede lograr con una indicación precisa.

h) *Cirugía.* — Toda la cirugía anorrectal se beneficia en extremo del empleo de estos fármacos. Su uso, ya en el preoperatorio, ha sido en nuestra experiencia extraordinariamente convincente. En cincuenta y ocho pacientes intervenidos de: fisuras, hemorroides, fístulas sub y supraesfinterianas, criptitis y papilitis, principalmente, se ha notado una extraordinaria mejoría en el curso postoperatorio: edema, inflamación y, en consecuencia, dolor. Los mejores casos han sido aquellos en los que el tratamiento se comenzó antes de la intervención (treinta y tres). Los preparados usados han sido el Tromasín y la oxifenilbutazona, separadamente, observándose con ambos semejante efecto beneficioso. En el postoperatorio de las intervenciones por vía abdominoperineal: colostomía, hemicolectomía, colectomía, etcétera (trece casos), los beneficios de la terapéutica antiinflamatoria del primer grupo han dado igualmente excelentes resultados, especialmente comenzando también su empleo antes de las intervenciones. También es patente un mejor efecto de los antibióticos bajo la acción de este tipo de sustancias antiinflamatorias. Para el tratamiento local, el empleo de las enzimas del tercer grupo lleva a una buena disposición de las heridas que cierran por segunda intención. El retardo de cicatrización que se les achaca no es suficiente para hacernos desistir de sus beneficios.

A pesar de ser incompleta, esta sucinta revisión de conjunto nos induce a proseguir, con estas sustancias, en el estudio de un mayor número de casos, con la certeza de que los resultados obtenidos se verán mejorados a medida que vayamos progresando en la especificación de las indicaciones y en las asociaciones, de las que algunos de los casos expuestos son una muestra fehaciente.

RESUMEN

Se han experimentado distintos grupos de sustancias antiinflamatorias en una serie de afecciones anorrectales y en la cirugía de esta región, observándose cuál de los fármacos —distribuídos en tres grupos— es más efectivo para una determinada afección y qué asociación de los mismos potencia mejor los resultados con reducción de la dosis.

Dirección: Balmes, 323. Barcelona (6).



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

TUMORES DEL APARATO GENITO-URINARIO (excluídos genitales femeninos), *por el doctor* EMILIO DE LA PEÑA, *Jefe del Servicio de Urología del Instituto Nacional del Cáncer. Un volumen (16 por 24 cm.) de 214 páginas, con 47 figuras. Monografías «Colección de Estudios Médicos». Editorial Montecorvo. Madrid, 1962.*

SE distingue esta magnífica monografía del doctor Emilio de la Peña, por su claridad, su buen sentido clínico y por la sinceridad de cuanto afirma. Todo ello revela una lograda madurez científica, equilibrada y objetiva.

La obra responde, por lo tanto, a lo que el autor se propone en la introducción de la misma: «exponer de una manera lo más clara y concisa posible el tema de las tumoraciones del aparato genito-urinario».

El primer capítulo es un excelente *resumen de cancerología general.* Alude a la importancia de la herencia, influenciada por factores ambientales, a los virus capaces de producir lesiones tumorales, precisando el efecto de los ácidos nucleínicos como activadores del quimismo de los tejidos cancerosos; a las hormonas, señalando el hecho de que su estructura química de tipo esterólico guarda cierta semejanza con la mayoría de las sustancias carcinógenas, a las radiaciones, que pueden jugar algún papel en la patogenia del cáncer, y a las sustancias cancerígenas, principalmente algunos hidrocarburos derivados del alquitrán, ciertos colorantes, algunas aminas aromáticas, metales y minerales, y ciertas sustancias producidas por el mismo organismo. Analiza, finalmente, en este capítulo, los efectos de la inmunidad, terreno, traumatismos, alimentación, tabaco e irritaciones.

Continúa con el estudio de los *tumores del riñón,* dividiéndoles en tumores del parénquima, pelvis renal y cubiertas renales. Son muy logradas las alusiones a la histogénesis y a la anatomía patológica. Se refiere seguidamente a la sintomatología, evolución, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Termina este capítulo con un breve estudio de los quistes del riñón (quiste seroso, enfermedad poliquística, hidatidosis renal y la enfermedad quística de las pirámides renales).

Después de describir los *tumores del uréter,* dedica un amplio y bien orientado capítulo a los *tumores de la vejiga.* Indica sus caracteres propios, clasificación, etiopatogenia, anatomía patológica, metástasis, sintomtología, diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento. Estudia aparte el sarcoma vesical.

Entre los *tumores de la próstata* describe el adenoma, o «hipertrofia», el cáncer, el sarcoma y los quistes prostáticos. Analizando la nomenclatura de alguno de estos términos, los factores patogénicos, anatomía patológica, evolución, exploración, diagnóstico y tratamiento. Fijando especial atención en la clínica y en los diversos medios terapéuticos de estos procesos.

En capítulos sucesivos se refiere a los *tumores de las vesículas seminales; escroto, testículo,* destacando su extraordinaria malignidad, clasificándolos en tumores germinales y no germinales, y haciendo un detallado estudio histopatológico. Estudia a continuación, en capítulos sucesivos, los *tumores del cordón espermático, epidídimo y de las cubiertas del testículo; del pene,* y de la *uretra masculina* y *femenina.*

Termina la obra con un capítulo que pone al día las principales formas de la terapéutica anticancerosa general, distinguiendo los venenos mitóticos, los antimetabolitos, las hormonas y otras medicaciones.

La obra está ilustrada con iconografía muy bien seleccionada, radiografías, excelentes fotografías de cortes y preparaciones histopatológicas del profesor Sanz Ibáñez, piezas operatorias, esquemas y dibujos. Estos últimos son originales del propio autor, correspondientes a casos suyos muy curiosos y demotrativos.

La editorial Montecorvo presenta la obra con claridad tipográfica y una excelente composición, lo que contribuye a que la lectura de esta lograda monografía, que está llamada a tener una gran acogida, resulte muy interesante y amena. — FRANCISCO ROMERO.

MÁS ALLÁ DE LA DEONTOLOGÍA MÉDICA, *por* MANUEL DE SANTA CRUZ. *Un volumen (20 por 12 cm.) de 220 páginas; en rústica. Precio: 58 pesetas. Ediciones Fax. Zurbano, 80. Madrid, 1962.*

QUERIDO compañero y amigo lector: Si el tiempo disponible te ha permitido llegar a estas líneas, encontrarás un consejo sincero: ¡Lee este libro!, que cuidadosamente editado por Fax, con el formato habitual de esta serie de «Perspectivas», de la que es el número 28, se titula «Más allá de la deontología médica»; no tengas prejuicios por su título, de alguna manera tenía que titularse, por su contenido parece confidencias y consejos al corazón del médico.

Su lectura te hará ver, y tras ello pensar y meditar, pues se descorrerá ante tus ojos un telón, se disiparán nubes, celajes, se apartarán obstáculos y surgirá ante tu consideración un mundo insospechado de realidades y «perspectiva» que si quizá alguna vez fueron entrevistas, ahora lo serán más acusadamente, con toda su propia realidad, y te darás cuenta y exclamarás ¡pues era verdad!, no había caído en ello.

Este libro, escrito con arranques de sinceridad y sin temor al ¡qué dirán!, y desprovisto de respetos humanos y sin miedo a conveniencias sociales, quizá te estimule (como dice su autor) a escribir tu propio libro, aunque sea en una libreta íntima y no llegue a publicarse, pero que agrupará toda clase de avatares del propio ejercicio profesional y que en resumen podrá trazar una norma a seguir en el ejercicio de la medicina.

¡Léelo!, que será para tu bien. — M. VICENTE CARCELLER.

DEDEF *(Diccionario Español de Especialidades Farmacéuticas). Edición 1963-64. Dos volúmenes (16 por 23'5 cm.) encuadernados en tela. Tomo I, de 984 páginas. Precio: 350 pesetas. Impreso en T. Tipográficos Icharopena. Iztueta, 7, San Sebastián. Año 1963.*

ESTA obra, tan popular en nuestra Patria, lanza actulmente una edición completísima que recoge en dos tomos voluminosos todas las especialidades farmacéuticas que existen en el mercado (unas cuarenta mil, aproximadamente). Esto permite en forma cómoda poseer un resumen completísimo sobre cada preparado, con sus características de composición, acción, dosis, forma de preparación, indicaciones, casa preparadora, precios, etc., lo cual ahorra tiempo y permite una información detallada sobre cualquier fármaco, en brevísimo espacio.

Además, para estar perfectamente al día, se editan unos suplementos trimestrales, que, como vienen en forma acumulativa, sólo es preciso buscar la especialidad en la obra general y en el último suplemento, lo que permite tener un catálogo siempre actualizado durante un plazo mínimo de tres años.

Es una obra bien planeada, que cuenta ya con la experiencia de casi veinte años de existencia y que rinde en todo momento positivos resultados, tanto al médico como al farmacéutico. Su difusión y las sucesivas ediciones, rápidamente agotadas, son prueba de su indiscutible utilidad para todos los profesionales.

La edición actual supera a las anteriores en presentación tipográfica y por su excelente encuadernación.—RICARDO HORNO LIRIA.

AUTORES EXTRANJEROS

MANUAL DE BIOQUÍMICA, *por el doctor* P. KARLSON. *Traducción del profesor doctor* F. PULIDO, *de la tercera edición alemana. Un volumen (17 por 24 cm.) de 386 páginas, con numerosas figuras, fórmulas y fotografías. Editorial Marín, S. A. Barcelona, 1962.*

NO se trata de un libro más que haya venido a engrosar el ya numeroso caudal en el campo de la bioquímica. El mero hecho de que el doctor Karlson haya sido durante años profesor de esta disciplina en las Facultades de Tübingen y Munich, predispone a señalarle, a priori, un valor anticipado que resulta confirmado más tarde en su lectura.

Está dividida la obra que comentamos en veintitrés capítulos y un apéndice, todos ellos de gran interés, tanto por su contenido como por su precisa exposición.

Cabe destacar en ella los capítulos dedicados a enzimas y coenzimas, en los que de un modo preciso se hace un estudio completo de los mismos, así como los destinados a los ácidos nucleicos y bioquímica de los virus, que de un modo sugestivo nos plantea estos problemas de actualidad.

Tiene también especial interés el capítulo destinado al metabolismo de los minerales, por su importancia en medicina y en la comprensión de numerosos procesos patológicos.

Otro capítulo cuya lectura nos ha com-

placido igualmente en gran manera, es el dedicado a la cadena respiratoria, por la sutileza con que aborda tan difícil problema y la claridad con que expone conceptos todavía poco conocidos, dando una visión de conjunto digna de encomio.

Sorprende, sin embargo, la menor extensión dedicada al tratar de las vitaminas, después de leer esta obra digna de figurar en cualquier biblioteca.

La presentación del libro es muy buena, tanto por la impresión del texto como de las fórmulas y grabados, y no dudamos que obtendrá en España tan buena acogida como en Alemania con las dos ediciones anteriores.—ICAHOG.

INFORME PRELIMINAR DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIPOLIOMIELÍTICA FOR VÍA ORAL. 1962. *Un folleto (25 por 16 cm.) de 64 páginas, con numerosas figuras y láminas. Ediciones del Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1962.*

LAS autoridades sanitarias de Cuba emprendieron una campaña preventiva masiva contra la poliomielitis, o si se quiere vacunando a más del 80 por ciento de los niños comprendidos entre las edades entre uno y catorce años, exactamente actuando sobre 1.999.785. Emplearon la vacuna Sabin trivalente por vía oral facilitada por Rusia. En el presente folleto se recogen con minucia toda clase de detalles, gráficas, estadísticas, incidencias de la enfermedad, edades más propicias, modelos de impresos a rellenar, propaganda realizada, etc., señalando todos los aspectos sanitarios de este morbo en aquel país.

Los dirigentes cubanos, como tantos otros comunistas y filocomunistas, imbrincan la política con la salud pública, y en sus «slogans» publicitarios no pueden prescindir de verter frases de tipo liberador, mezclando lo que llaman revolución social y derechos campesinos con el combatir de la poliomielitis. Es más, el escaso texto que lleva esta publicación parece que no tiene otra finalidad que la de enarbolar tópicos redentores, junto a las bien expuestas estadísticas.

Durante el desarrollo de la campaña antivacunal no se han observado reacciones secundarias ostensibles a la vacuna, pareciendo ser efectiva la labor realizada, pues a través de sus gráficos se observa la inexistencia de nuevos casos en todas las demarcaciones de la isla durante junio y julio de 1962, a pesar de ser estos meses los de mayor incidencia en aquel ambiente geográfico. Nos parece interesante y bien lograda la parte publicitaria, así como sus gráficos y resúmenes, al igual que el planteamiento de lucha contra esta enfermedad de Heine-Medin, lamentando que una vez más los países totalitarios en este actuar sobre el bienestar y salud combatiendo a enfermedades contagiosas y evitables aireen ideales políticos, como si el color de su bandera fuera la raíz de su campaña, cuando en realidad es algo que se efectúa y debe efectuarse en todas las naciones independientemente de su forma de gobierno.—LUIS DEL CAMPO.

VOIES ET CENTRES NERVEUX (INTRODUCTION À LA NEUROLOGIE), *por los doctores* J. DELMAS y A. DELMAS. *Sexta edición. Un volumen (16'5 por 24'5 cm.) de 240 páginas, con 164 figuras en negro y colores; en rústica. Precio: 24 N. F. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París, 1963.*

EL éxito alcanzado por las ediciones precedentes de esta obra de iniciación, muestra claramente hasta qué punto responde realmente a una necesidad. La característica es que con una modalidad especial —y esta es su novedad— se dirige a todos aquellos que, sin previas nociones, deseen conocer lo esencial en esta materia; y también a quienes desagrade una exposición muy científica o demasiado árida, en los comienzos de una iniciación neurológica, y que aspiren más bien a comprender que a saber.

Nada se menciona en sus páginas que no encuentre su fundamento en un fenómeno fisiológico o en un síndrome patológico. Toda erudición o exceso de nociones inútiles ha sido eliminada y sólo han quedado aquellos detalles con un contenido fisiopatológico manifiesto.

No se trata, sin embargo, de una obra de fisiopatología, pero al aportar aclaraciones en el conocimiento de los datos más enojosos e ingratos, los autores han querido simplemente facilitar el estudio y comprensión de los mecanismos nerviosos. La interdependencia de los elementos constitutivos del neuroeje es tal que, no obstante su complejidad, debe ser concebido como un todo armónicamente organizado ocupando uno de los primeros puestos en la vida normal y patológica del individuo.

Estas consideraciones muestran con toda exactitud que no es una obra solamente reservada para estudiantes y principiantes. La novedad con que ha sido concebida, la destaca a la atención del médico y de todo espíritu cultivado.

Además, con ocasión de esta nueva edición, se ha procedido a reajustes, adiciones y a veces incluso renovaciones indispensables por la evolución de los conceptos neurológicos.

La iconografía es muy abundante, clara y esquemática.

La distribución de materias en esta nueva edición es la siguiente:

Una introducción y ojeada funcional de conjunto sobre la organización de las estructuras nerviosas, seguida de unas nociones generales sobre las neuronas y las articulaciones interneuronales.

Un amplio capítulo dedicado a la morfología de la *medula* y de sus segmentos. Y a un examen de conjunto como lugar de tránsito de las vías medulo-encefálicas y de las vías encéfalo-medulares.

Y otros sucesivos para el *encéfalo*, el pedúnculo cerebral y el *cerebelo*, finalizando con otro muy detallado, dedicado al *cerebro* propiamente dicho y a sus porciones; las fibras de asociación intrahemisféricas y las comisuras interhemisféricas, y a una visión terminal de conjunto.

La consideramos como obra aconsejable y de positiva utilidad para el estudiante y para el médico general.

Su presentación es excelente.—RICARDO HORNO LIRIA.

THE NATURE OF BIOCHEMISTRY, *por* ERNEST BALDWIN. *Un vol. (15 por 22 cm.) de 111 páginas (XIII), con 18 figuras; encuadernación en tela. Precio: 13 s. 6 d. net. «The Syndics of the Cambridge University Press», Gran Bretaña. 1962.*

EL profesor Baldwin es muy bien conocido entre nosotros por la versión española de su obra «Dynamics aspects of Biochemistry», uno de los textos mejor concebidos que sobre Bioquímica se han ofrecido a los lectores de lengua española. El libro que nos ocupa tiene una orientación completamente distinta. Según nos dice el propio autor en el prefacio, está destinado a iniciar graduados que todavía no han empezado el estudio de la Bioquímica. Hemos de creer que se refiere a los estudiantes que pretenden seguir la Bioquímica como especialidad y que, por consiguiente, poseen ciertos conocimientos elementales. Podríamos añadir otro público: los médicos que estudiaron la Bioquímica hace algunos años y que quieran conocer algo sobre la orientación que esta materia va adquiriendo en estos últimos tiempos.

Quizá pueda objetársele el no haber profundizado un poco más. Su lectura resulta agradable para el iniciado, que hace sentir el deseo de que los capítulos tuvieran algunas páginas más. La obra no pretende ser completa; trata los principios inmediatos orgánicos, con un bonito capítulo de ácidos nucleicos y nucleoproteínas, así como una introducción a la bioquímica de los enzimas. Resulta interesante la inclusión de un capítulo sobre el transporte de gases por la sangre circulante, tema que casi siempre se omite en los libros pequeños de Bioquímica, pero que será, sin duda, bien apreciado por los médicos con deseos de releer la materia en un esquema suficiente aun cuando más elemental que el estudiado en sus tiempos de graduandos.—ANDRÉS PIE.

QUANTITATIVE PROBLEMS IN BIOCHEMISTRY, *por* EDWIN A. DAWES. *Segunda edición. Un vol. (15 por 22 cm.) de 295 páginas (VIII) y 50 figuras; encuadernado en tela. Precio: 32 s. 6 d. Ediciones E. & S. Livingstone Ltd., Edinburg and Londos. 1962.*

AUN cuando el autor manifiesta en su prólogo que no pretende escribir un tratado de Físico-química aplicada a la Bioquímica, sino una simple colección de problemas, la introducción que nos presenta en cada capítulo da orientación suficiente para la correcta comprensión de los planteamientos, aun con mediana preparación previa. La obra es ya bien conocida del público bioquímico español por la traducción de la edición anterior. El impacto de la primera edición de este libro en nuestro ambiente bioquímico ha sido considerable y bien manifiesto en las directrices de diversas publicaciones realizadas en España después de popularizarse. El autor ha mantenido en esta edición la misma orientación que en la anterior, lo cual es comprensible teniendo en cuenta que estos libros no envejecen tan rápidamente como los descriptivos y que su primera edición fue suficientemente cuidada como para no necesitar un nuevo «maquillaje».

Tanto el contenido teórico como la colección de problemas, están ligeramente ampliados, pero sin retoques. Así, por ejemplo, la descripción de los métodos viscosimétricos y de dispersión lumínica en la determinación de pesos moleculares de las proteínas; el comentario sobre centros activos, en el capítulo de cinética de los enzimas; las ampliaciones descriptivas de las técnicas de utilización de isótopos radiactivos como trazadores, etcétera.

Seis años han pasado entre la primera y la segunda edición. El libro va siendo progresivamente más conocido y no nos cabe duda de que esta última se agotará en un período más corto.—ANDRÉS PIE.

LA INTERSEXUALIDAD, *obra dirigida por el profesor doctor* CLAUS OVERZIER, *con un prólogo del profesor* BOTELLA LLUSIÁ. *Un vol. (18 por 25'5 cm.), de 580 páginas, con 447 ilustraciones y 38 tablas; encuadernado en tela. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1963.*

Los problemas de la intersexualidad fueron siempre atrayentes, y si desde hace veinticinco siglos preocuparon a los observadores, en la actualidad se halla su estudio en momento crucial, potencializando su interés al máximo, pues además de plantear problemas con interrogantes enraizados en lo profundo de la personalidad, estadísticas recientes precisan su extensión insospechada: un 2 por mil de la totalidad de la población humana. Quizá estas cifras hayan sido también uno de los motivos que hayan impulsado a médicos y biólogos a afrontar tales cuestiones sin tapujos, prescindiendo del pudor y de supuestas situaciones pecaminosas con que fueron calificadas durante pasadas centurias las investigaciones sexuales.

Una literatura dispersa y abigarrada ocupa editoriales y lugares preferentes en las revistas médicas de importancia, sucediéndose la publicación de casos clínicos de intersexualidad, multiplicándose las referatas continuamente, tomando carta de naturaleza un cuerpo de doctrina cuyas concepciones etiopatogénicas no siempre resisten a una crítica imparcial y a la acción demoledora del tiempo. Se comprende que envejezcan pronto los libros dedicados a estas materias, por lo que toda nueva publicación sintetizadora y puesta al día se recibe con alborozo, máxime cuando, como la presente, acusa la particularidad tan poco frecuente de encontrarse redactada por un grupo de investigadores mundialmente conocidos, nada menos que en número de dieciocho, con el aliciente de pertenecer a escuelas y nacionalidades distintas: alemanas, suizas, inglesas, estadounidenses y canadienses.

Se recoge en el libro todo lo esencial y más interesante de la intersexualidad, redactado en capítulos distintos, donde el lector distingue pronto la impronta de la escuela de quien lo explaya. Se comienza y sucesivamente se abordan los temas de: «Desarrollo embrionario de las gónadas», «Fundamentos de la intersexualidad», «Caracteres en diversos mamíferos», «Cromatina sexual», «Sexo nuclear de los leucocitos», «Citogénesis de la intersexualidad», «Hormonas e intersexualidad», «Examen clínico», «Hermafroditismo genuino», «Pseudohermafroditismo», «Feminización testicular», «Síndrome de Klinefelter genuino, «Disgnesia gonadal», «Agonadismo genuino», «Síndrome adrenogenital», «Pseudohermafroditismo inducido», «Tumores con actividad heterosexual», «El sexo nuclear de los tumores», «Operaciones plásticas», «Malformaciones genitales de intersexualidad» y, por último, «Intersexualidad y transvestismo». Cada uno de estos apartados, cuidadosamente seleccionados y con copiosísima relación de citas bibliográficas insertadas al final, ha sido redactado independientemente por cada uno de los colaboradores, quizá atendiendo a exigencias programáticas, pues todos los autores demuestran tanta maestría que resulta indudable que la mayoría pudieran haber abordado por sí solos la creación, en su totalidad, de la obra.

Sin temor a equivocarse, puede ser calificado el presente libro como un compendio redactado por un conjunto internacional de autores, con el acierto de que si la ciencia no reconoce límites fronterizos en la colaboración, resulta interesante la agrupación de personalidades procedentes de escuelas distintas y de especialidades dispares: clínicos, endocrinólogos, biólogos, genecitistas, embriólogos..., que les permite abordar el tema de la intersexualidad bajo prismas diferentes, pero desarrollados en forma exhaustiva. Por todo ello cabe formular el panegírico de la obra diciendo: Ningún libro de habla hispánica es capaz, no ya de parangonarse con él, sino de aproximársele. Sin embargo, lo consideramos lejos de la perfección; no porque la ciencia esté lejos de decir la última palabra sobre estados intersexuales, sino por su redacción, donde la batuta directora del profesor Overzier no parece conseguir la plena coordinación de las primeras figuras que la redactan, y quizá también porque estamos acostumbrados a autores españoles que han tratado esta cuestión —como Marañón— con un decir, una brillantez y un léxico latino muy distinto al de los anglosajones, que si aportan mayor caudal de conocimientos, resulta con frecuencia su texto oscuro y complejo.

Consideramos que estas supuestas fallas no se acentúan merced a la excelente traducción del alemán del doctor Díaz Vázquez, del título original alemán «Die intersexualitat», supervisada por el también doctor Clavero Núñez.

La Editorial Científico-Médica ha convertido la edición en lujosa, consciente, sin duda alguna, de la responsabilidad que contraía al presentar a los médicos y lectores de habla hispánica una obra de tal magnitud. El papel couché de primerísima calidad permite una reproducción inmejorable de cerca del medio millar de figuras y cuadros o tablas que de continuo se intercalan en el espacioso texto.—LUIS DEL CAMPO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

MORATA GARCÍA, F., y ESTEBAN VELASCO, J. (Granada). — «PROFILAXIS CON SAL IODADA. EFECTOS DE SU SUPRESIÓN EN UNA LOCALIDAD ENDÉMICA.» *«Rev. de Sanidad e Higiene Públicas», núm. 12, páginas 594-604, diciembre 1962. Madrid.*

La profilaxis con sal tratada con 20 mg. de IK por kilogramo se ha mostrado muy eficaz, consiguiéndose en la población escolar la regresión total de la afectación bociosa en un período de seis años.

La supresión de la profilaxis durante un año ocasionó un considerable incremento del porcentaje de bocio, perdiéndose en este período los beneficios conseguidos durante tres años de su profilaxis. Dicha profilaxis ha de ser, pues, mantenida de un modo continuo e ininterrumpido.

La disminución de la afectación bociosa se realiza en ambos sexos con igual intensidad.

En los niños no pueden apreciarse diferencias en el modo de reaccionar en relación con la edad. En las niñas, la profilaxis parece rendir inicialmente mejores resultados en las comprendidas entre los diez y quince años. Estas mismas son las que, al suspenderse la profilaxis, reaccionan con un grado de hiperplasia tiroidea significativamente mayor que las comprendidas entre los cinco y nueve años. — AUTORRESUMEN.

SANS-SABRAFEN, J., y CLAPÉS, J. (Barcelona). — «DERMATOMIOSITIS Y CÁNCER.» *«Medicina Clínica», núm. 4, págs. 299-303, octubre 1962. Barcelona.*

Se presenta un caso de dermatomiositis (forma clínica edematosa) con cáncer visceral asociado. La neoplasia fue un hallazgo autópsico (adenocarcinoma metastásico suprarrenal y hepático). Se efectúan comentarios acerca de la frecuencia y trascendencia clínica de tal asociación y se insiste, finalmente, sobre la conveniencia de investigar la posible presencia de una neoformación maligna en todo paciente con esta colagenosis. — AUTORRESUMEN.

CIRUGÍA

DÍEZ CASCÓN, A. (Barcelona). — «SÍNDROMES FUNCIONALES POSTGASTRECTOMÍA. APORTACIÓN AL PROBLEMA DE SU PROFILAXIS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICOS.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», vol. XVI, núm. 6, págs. 384-391, noviembre-diciembre 1962. Madrid.*

La gastrectomía subtotal por ulcus puede dar lugar a una serie de complicaciones y secuelas tardías, no solamente en relación con trastornos locales, sino vinculadas también a otras esferas más amplias, como la neurovegetación (Arandes).

Parece que existe un general acuerdo sobre la clasificación de los síndromes funcionales postgastrectomía, que pueden ser incluídos en dos grupos: *a*) Síndromes de asa aferente. *b*) Síndromes de asa eferente o «Dumping syndrome».

De los síndromes funcionales postgastrectomía, el síndrome de asa aferente es excepcional cuando la anastomosis gastroyeyunal se hace retrocólica y con asa muy corta.

Los síndromes del asa eferente, o «Dumping syndrome», tienen base patogénica muy compleja: el tardío, que tiene relación con la reducción del azúcar sanguíneo, es raro y se presenta en el 1 por ciento de gastrectomizados, no planteando problemas, por su escasa intensidad y frecuencia. El «Dumping syndrome» precoz es mucho más frecuente, aun cuando pocas veces revista gravedad.

Esta variedad de «Dumping», el precoz, es la que más preocupa a internistas y cirujanos.

El «Dumping» precoz severo, poco frecuente, lo aprecia el autor en el 2 por ciento de los gastrectomizados, en tanto que el «Dumping» precoz ligero lo aprecia con bastante frecuencia (16-20 por ciento de los gastrectomizados). Es más frecuente en la gastrectomía tipo Billroth II, pero puede presentarse en los tipos Billroth I, bien que en este tipo el síndrome es más ligero.

Los pacientes suelen ser sujetos lábiles desde el punto de vista neurovegetativo.

No se puede excluir la intervención de mecanismos humorales en la patogenia del

«Dumping» precoz, pero como hechos positivos, que intervienen, influyéndose entre sí, en la producción del síndrome, hay que considerar:

a) Hipersensibilidad yeyunal a las sustancias hiperosmóticas.

b) Hipermotilidad con aceleración del tránsito intestinal y difusión de las sustancias hiperosmóticas en una gran longitud de intestino.

c) Rápida dilución por un flúido proviniente del plasma sanguíneo, que origina una importante reducción del volumen circulante.

d) Personalidad neurovegetativa lábil con un dintel de sensibilidad muy bajo.

Aun siendo difícil valorar la eficacia de cualquier acto quirúrgico que vaya encaminado a realizar profilaxis del «Dumping», dado que de cada cinco gastrectomizados sólo uno está llamado a sufrir el síndrome, el autor recomienda completar la gastrectomía tipo Billroth II realizada en sujetos nerviosos y emotivos, practicando dos secciones peritoneomusculares en el asa yeyunal eferente: a 15 y 25 centímetros de la neostomía, reparando estas secciones con sutura sero-serosa continua con catgut atraumático dos ceros. Con este acto quirúrgico inofensivo se frena el peristaltismo exaltado del asa yeyunal eferente cuando ésta es irritada por las sustancias hiperosmóticas. El cirujano puede interrumpir así la cadena patogénica antes aludida.

Al año de la intervención se sigue observando un cierto enlentecimiento del vaciamiento a través del asa eferente.

Este método operatorio ha sido utilizado también en gastrectomizados que sufren «Dumping» severo, recomendando en ellos la práctica de tres secciones circulares seromusculares en el asa yeyunal eferente, a 15, 25 y 50 centímetros de la neostomía.

Los resultados obtenidos por el autor en los pocos casos de «Dumping» severo en que le ha sido dado practicar esta simple operación, son muy alentadores. — AUTORRESUMEN.

APARATO CIRCULATORIO

GIMENO ALAVA, A.; PASCUAL CASTROVIEJO, I., y AUDUBERT DU THIEL, L. — «UN CASO DE TROMBOSIS DE LA ARTERIA VERTEBRAL DERECHA CONFIRMADO MEDIANTE ANGIOGRAFÍA POR PUNCIÓN DIRECTA PERCUTÁNEA DE LA AORTA.» *«Rev. Clín. Esp.», 87, 3, 160. Madrid, 1962.*

Los progresos de la neurocirugía permiten resolver hoy numerosos síndromes de oclusión vascular a nivel de las carótidas o de las arterias vertebrales, siendo necesario un correcto diagnóstico angiográfico, lo que representa muchas veces una dificultad insalvable, pues las porciones iniciales de las carótidas o de las arterias vertebrales, son difíciles de opacificar con las técnicas corrientes.

Los autores presentan un caso en el que han realizado la arteriografía de la vertebral derecha a partir de punción de la aorta en el cayado siguiendo la técnica de Arnulf, que parece ser fácil, asequible a todo tipo de clínicas y poco peligrosa.

La técnica consiste en la punción percutánea, dos centímetros por encima y fuera de la cabeza de la clavícula izquierda, en dirección a la línea media, hasta llegar a la luz aórtica, bloqueando pasajeramente la actividad cardíaca mediante la administración de acetilcolina. Recomienda abstenerse de puncionar la aorta si se encuentra una resistencia que haga sospechar se puncione sobre una placa de ateroma.

Los resultados radiográficos obtenidos al inyectar el contraste son muy demostrativos, permitiendo comprobar, en el caso estudiado por los autores, la existencia de una oclusión de la arteria vertebral derecha.

Aunque la técnica nos parece muy arriesgada, la experiencia que tienen con ella los autores y especialmente Arnulf, iniciador del método, parece indicar su inocuidad. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

SALGADO, E. — «LA CIRCULACIÓN CONJUNTIVAL EN LA ESTENOSIS MITRAL.» *«Rev. Clín. Esp.», 87, 4, 222. Madrid, 1962.*

Comienza el autor por señalar el interés de la biomicroscopia en la valoración de la circulación capilar, detallando la técnica seguida para la capilaroscopia conjuntival. Estudia las características típicas de la circulación capilar en la conjuntiva normal y a continuación estudia una serie de casos de estenosis mitral en los que aparecen de manera constante unas imágenes de detención de la circulación capilar, verdaderos trenes hemáticos detenidos, cuya frecuencia en número claramente superior al de los casos normales, se puede valorar en más del 47 por ciento de los enfermos de estenosis mitral. En algún caso que pudo estudiar después de la valvulotomía, las imágenes capilaroscópicas se habían modificado, desapareciendo las intenciones capilares.

Señala también el autor la diferencia que existe entre el angiograma conjuntival del cor pulmonale crónico y en los casos de estenosis mitral con sobrecarga cardíaca derecha. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CULLIN, V. — «EL PAPEL DEL CIUDADANO AMERICANO EN EL ÉXITO DE LAS CORPORACIONES VOLUNTARIAS DE SANIDAD.» *«Rev. Clín. Esp.», 87, 6, 370. Madrid, 1962.*

Se trata de una conferencia dada por el doctor en Madrid, referente a la organización de la American Heart Asociation, de la que es presidente en Chicago. La asociación es voluntaria, está extendida por todo el país y recauda anualmente unos veintiocho millones de dólares, que se destinan a la creación de fondos para la investigación cardiológica y a la realización de estudios clínicos en grandes masas de población. Cita como ejemplo la campaña de grabación en cinta magnetofónica de la auscultación cardíaca de treinta mil niños de las escuelas, que permitió despistar sesenta con cardiopatías congénitas ignoradas. Recalca que las contribuciones voluntarias no se consideran como obras caritativas, sino como inversiones rentables que producen una mejora en la salud de los ciudadanos al combatir las enfermedades cardíacas, que en Norteamérica constituyen la principal causa de muerte. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

UROLOGÍA

PUIGVERT, A., y CANTÚ RÍOS, M. (Barcelona). — «FÍSTULA VÉSICO-INTESTINAL.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», volumen XVI, núm. 6, págs. 409-416, noviembre-diciembre 1962. Madrid.*

Se presenta un caso de fístula vésicointestinal (vésico-sigmoidea) por diverticulitis del sigma. Llama la atención la buena tolerancia del enfermo para con su fístula (año y medio). Se le practicó resección en bloque del trayecto fistuloso y anastomosis término-terminal del colon en un solo tiempo, con magnífico resultado.

El diagnóstico de fístula vésico-intestinal se sospecha por la historia clínica. Si existe paso de materia fecal a la orina, entonces el diagnóstico no ofrece lugar a dudas. La cistoscopia, cistografía y edema opaco son de gran ayuda no sólo para confirmar el diagnóstico de fístula, sino también para conocer la etiopatogenia de la misma.

El tratamiento operatorio puede hacerse en varias etapas o bien en un solo tiempo, depende de las condiciones locales y generales del paciente.

La revisión mundial de Hradec (1959) comprende seiscientos noventa y cinco casos, los que, unidos a los nueve casos de Goodwin y colaboradores (1960), los cuatro de la literatura nacional y el presente, objeto de esta comunicación, hacen un total de setecientos nueve casos de fístulas vésico-intestinales. De ésto, aproximadamente un 50 por ciento corresponden a procesos inflamatorios. — AUTORRESUMEN.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

DEL RÍO, G. (Barcelona). — «NEFROPATÍA DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO.» *«Medicina Clínica», t. XXXIX, núm. 5, páginas 353-360, noviembre 1962. Barcelona.*

La nefritis lúpica complica, con frecuencia no inferior al 50 por ciento, el lupus eritematoso diseminado. El pronóstico de éste queda notablemente ensombrecido por la existencia de aquélla.

No existe una clínica característica de la nefritis lúpica; son constantes la albuminuria y alteraciones del sedimento de orina; y más frecuentes las formas clínicas con síndrome nefrótico que las que cursan con hipertensión maligna.

El análisis histopatológico de los fragmentos renales obtenidos por biopsia percutánea permite tan sólo el diagnóstico de «gran probabilidad», puesto que las lesiones correspondientes no son absolutamente específicas, si se exceptúan los cuerpos de Gross.

Los síntomas generales y de otros aparatos que acompañan a la nefritis lúpica poseen gran valor orientador.

El diagnóstico inmunohematológico del lupus eritematoso diseminado debe ratificar el diagnóstico de nefritis lúpica. — AUTORRESUMEN.

NEUROLOGÍA

BALIUS, R.; BARRAQUER BORDAS, L., y VENDRELL TORNÉ, E. (Barcelona). — «MÉTODO EXPLORATORIO Y VALOR SEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA EN LOS TRAUMATIZADOS CRANEOENCEFÁLICOS.» *«Medicina Clínica», t. XXXIX, núm. 5, págs. 331-341, noviembre 1962. Barcelona.*

Los autores han aplicado a los trastornos de la conciencia de los traumatismos craneoencefálicos la pauta de examen de la perceptividad y de las reactividades propuesta por Jouvet y Dechaume. Exponen los resultados obtenidos después del estudio de unos sesenta casos y sugieren la conveniencia de ampliar la búsqueda de los signos que permitan hacer un balance lo más exacto posible de la situación funcional del sistema nervioso central en estas condiciones. De todo ello puede derivar una previsión pronóstica y unas indicaciones terapéuticas cada vez más exactas. Se detallan algunos rasgos propios que parecen desprenderse de la aplicación del método a los traumatizados agudos y se señala el interés que tiene el tomar nota asimismo de la existencia o no de amnesia. Se resumen algunas de las observaciones personales. — AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

CERCHIACHI, E. — «ESTUDIO SOBRE LA EVENTUAL ACCIÓN BRONCODILATADORA DEL ACTH EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL.» *(Studio sulla eventuale azione broncodilatatrice dell'ACTH nella terapia dell'asma bronchiale.)* «*Minerva Medica*», *05-78, 3.078. 1959. Torino.*

DESPUÉS de una revisión de las teorías actuales sobre la etiopatogenia de la enfermedad asmática, el autor recoge la experiencia de que en diversos enfermos el ACTH tiene una acción superior a los derivados cortisónicos, lo que lleva a pensar que el ACTH, además de estimular la secreción de cortisona, tiene una acción broncodilatadora directa sobre la musculatura bronquial de tipo farmacodinámico.

Lleva a cabo una serie de experiencias en músculo bronquial aislado de cobayo, comprobando la acción dilatadora del ACTH y de otros broncodilatadores, tanto en bronquio normal como en el previamente sometido a la acción de un fármaco broncoconstrictor.

Las conclusiones que deduce de su trabajo son que el ACTH tiene una acción directa, sin mediador, sobre la musculatura bronquial, que se manifiesta también sobre el bronquio contraído. Su acción es menos rápida que la de la efedrina, pero proporcionada a la dosis su acción espasmolítica después de la histamina no tiene carácter antihistamínico, sino que resulta de la suma algebraica entre el efecto dilatador del ACTH y el constrictor de la histamina.

Parece, pues, indudable la superioridad del ACTH sobre la cortisona en el tratamiento de los enfermos asmáticos. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MAGRASSI, F. — «LOS VIRUS FRENTE AL PROBLEMA DE LA ETIOPATOGENIA DE LAS NEOPLASIAS Y DE LAS HEMOPATÍAS MALIGNAS DE LOS MAMÍFEROS.» *(I virus di fronte al problema etiopatogenico delle neoplasie e delle emopatie maligne dei mamiferi.)* «*Minerva Medica*», *50, 102, 4.339. 1959. Torino.*

LA hipótesis de la intervención de los virus en la etiología de las neoplasias malignas sirvió de punto de partida al autor para una serie de trabajos de investigación realizados a partir de 1947, de los que hace un resumen junto con una revisión de la literatura, con vistas al mantenimiento de la teoría virásica del cáncer, que cada día cuenta con más adeptos.

Los puntos más importantes en que se basa son: la elevada frecuencia del aislamiento de entidades virales del material de las leucemias humanas y de neoplasias de los roedores; la elevada difunción de los virus en los portadores de enfermedad leucémica o neoplásica; la variabilidad de la actividad patógena de estos virus desde la actividad neoplásica o leucémica hasta una actividad lesiva para el organismo, de carácter general y de tipo rápidamente letal.

Sostiene que el papel etiológico de los agentes virásicos en las neoplasias se incluye en el grupo de las enfermedades infecciosas condicionadas, siendo muy diversas y bastante conocidas las causas desencadenantes: irritaciones, agentes químicos, radiaciones, etc., pero siendo lo fundamental la actividad patógena de los virus.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO CIRCULATORIO

ALARA, D. M., y RIFFERO, D.—«CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CORONARIOPATÍAS.» *(Considerazione sul tratamento chirurgico delle coronariopatie.)* «*Minerva Medica*», *50, 77, 3.033. 1959. Torino.*

REVISAN los autores los diversos métodos quirúrgicos que se han utilizado en los últimos treinta años para mejorar las condiciones de riego del miocardio, clasificándolos en tres grupos:

Métodos indirectos, que tienden a disminuir la actividad cardíaca como la tiroidectomía total o subtotal, que ha sido abandonada por su ineficacia y por ocasionar un mixedema grave.

Métodos neuroquirúrgicos, con diversos tipos de intervenciones, que tienen por objeto seccionar las vías simpáticas de conducción del dolor cardíaco.

Entre ellas, las más usadas son la simpatectomía cervical, la estelectomía, el bloqueo paravertebral, las infiltraciones del estrellado, la infiltración preaórtica, la resección de los plexos pre y retroaórticos, siendo esta última intervención la que proporciona mejores resultados. Se han abandonado las grandes simpatectomías por su gravedad, no compensada por los resultados obtenidos, y las infiltraciones, por su ineficacia.

Entre los métodos directos que pretenden aumentar la vascularización del miocardio se encuentra la miocardiopexia (Beck I), la arterialización del seno venoso coronario (Beck II), la cardioneumopexia, la cardiomentopexia, la cardiopericardiopexia, la cardiopericardiomiopexia (Gorelick), la ligadura del seno venoso coronario, la implantación de la arteria mamaria interna en el miocardio, la ligadura de la mamaria interna y la resección de la lámina avascular del pericardio.

De este último grupo de intervenciones, la más útil es la cardiopericardiopexia, con técnica simple, poca mortalidad operatoria y buenos resultados, que mejoran si se completa la intervención con la miopexia de Gorelick o la ligadura de la mamaria interna.

En los casos de infarto intenso y grave, Dogliotti ha obtenido muy buenos resultados con la resección de la lámina avascular del pericardio, asociada a la ligadura de la mamaria interna y la introducción de talco en el pericardio, para provocar una pericardiopexia.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DOGLIOTTI, G. C., y LENTI, G. — «EL PROBLEMA NOSOGRÁFICO DE LAS ENDOCARDITIS.» *(Il problema nosografico delle endocarditi.)* «*Minerva Medica*», *50, 102, 4.263. Año 1959. Torino.*

A consecuencia de recientes observaciones clínicas e investigaciones, se impone una revisión del problema nosográfico de las endocarditis, en especial lo referente a las formas subagudas o lentas Los autores consideran las características de las endocarditis post-comisurotomía, en las cuales se encuentran caracteres intermedios entre las reumáticas y las bacterianas, y de las endocarditis subagudas, que, comenzando con un cuadro séptico o bacteriano evidentes, se transforman más o menos lentamente en formas disreactivas colagenopáticas, de hemocultivo negativo, definidas como endocarditis de transición.

Proponen una nueva clasificación de las endocarditis que comprenda entre las formas bacterianas (antibióticosensibles) y las disreactivas (cortisonasensibles) el grupo de las bacterio-disreactivas, influenciables sólo por la terapéutica asociada antibióticos-cortisona. Copiamos a continuación los caracteres de esta clasificación, que, como puede apreciarse, es bastante discutible:

Bacterianas: 1, infecciosa benigna; 2, ulcerosa aguda (maligna); 3, sifilítica; 4, tuberculosa.

Bacteriano-disreactivas: 1, lenta o subaguda bacteriana (enfermedad de Osler); 2, lenta de hemocultivo negativo (enfermedad de Jiménez Díaz, Doncelot); 3, subaguda de transición; 4, post-comisurotomía (intermedia).

Disreactivas: 1, reumática; 2, reumatoide (síndromes de Felty, Still); 3, Libman-Sachs (lupus); 4, parietal fibroplástica (Loffler); 5, mural lenta (Torres).

Arreactivas: 1, trombótica parietal; 2, marasmáticas terminales. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

LABORATORIO

FARINA, R., y FALCOFF, E. — «FIJACIÓN DE COMPLEMENTO PARA POLIOMIELITIS. TÉCNICA EN PLACA.» «*La Semana Médica*», *tomo 120, número 35, págs. 1.391 - 1.394, 11 junio 1962. Buenos Aires.*

PRIMERAMENTE describen el método empleado para el diagnóstico de poliomielitis en treinta y un casos. Han correlacionado siempre la reacción de fijación de complemento y el aslamiento del virus, tipificación del mismo y test de neutralización en el suero sanguíneo.

De su trabajo concluyen que se trata de una técnica que puede ser de utilidad para un diagnóstico rápido de poliomielitis con alto margen de seguridad (89 por ciento de reacciones positivas), que puede utilizarse trabajando con una sola muestra de diez a quince días desde el comienzo de la enfermedad, pues una reacción positiva a título alto significa infección reciente.

Aconsejan la técnica en plata por ahorrarse antígeno, movilizar menos material y ser de fácil realización una vez puesta a punto.—J. RIVERA.

FARMACOLOGIA

CAVAGNA, G. — «EL RECAMBIO ELECTROLÍTICO EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO PROLONGADO CON CLOROTIAZIDA E HIDROCLOROTIAZIDA.» *(Il recambio idroelettrolitico in corso di terapia protratta con clorotiazide ed idroclorotiazide.)* «*Minerva Medica*», *51, 20, 849. 1960. Torino.*

LA aparición de estos nuevos diuréticos, más activos que los mercuriales y la acetazolamida, y que pueden ser utilizados sin interrupción durante largos períodos de tiempo, ha planteado problemas en relación con el balance de los iones minerales, especialmente sodio y potasio, en estos enfermos.

El autor ha estudiado una serie de enfermos sometidos a esta terapéutica, en los que estudia el balance seriado de estos iones, y obtiene de ello conclusiones terapéuticas útiles.

Para la administración continuada, la dosis debe ser establecida individualmente, bus-

cando la dosis mínima eficaz. Debe cuidarse especialmente, en los enfermos que requieren altas dosis, la posibilidad de provocar una deplección de potasio. En estos casos deberá hacerse la administración intermitente, que, sin embargo, es menos eficaz, sobre todo cuando se usan como hipotensores.

En los enfermos cirróticos debe vigilarse la elevación de la amoniemia, que puede desencadenar la aparición de un coma hepático.

Los posibles inconvenientes del tratamiento continuo se ha visto que desaparecen si el paciente lleva una dieta normal en sales o si se le dan suplementos de jugos vegetales ricos en potasio, o bien se administra uno a dos gramos diarios de potasio. La hidroclorotiazida es preferible para los tratamientos largos porque se requiere menos dosis y además provoca menor deplección de potasio.

La clorotiazida estaría especialmente contraindicada en los casos de cirrosis hepáticas tratados simultáneamente con prednisona.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

PIQUÉ, J. A., y otros.—«CURSO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA FIBROMUSCULAR.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, n.º 19, 30 agosto 1962. Buenos Aires.*

EN este número monográfico de «La Semana Médica» se exponen los siguientes trabajos:

«Tratamiento profiláctico de las actitudes viciosas, y curativo de las deformidades de los dedos de la mano y del pie en la artritis reumatoide», «Tratamiento de las afecciones musculares», «Las miopatías, desde el punto de vista neurológico», «Iontoforesis», «El tono muscular en parálisis cerebral infantil», «Actualización sobre patología y terapéutica fibromuscular», «La electromiografía clínica», «Introducción a la histopatología del músculo estriado». — J. RIVERA.

FERRERO, A., y MAGISTRONI, C. (Torino). — «PIE PLANO ANTERIOR.» (*Il piede piatto anteriore.*) «*Min. Ortop.*», *vol. 13, núm. 9, págs. 585-588, septiembre 1962. Torino.*

SE presentan una serie de casos tratados quirúrgicamente por cerclaje con material orgánico (tendón de canguro) por el método de Homann con la modificación de Lelievre, modificada a su vez por la escuela de Re. Esta modificación consiste en la tunelización del primer metatarsiano, haciendo pasar a través de la diáfisis el medio de fijación como para un hemicerclaje. Con ello se evita el deslizamiento posterior de la cerca y mayor solidez a la corrección.

La conclusión a que llegan es la de que la reconstrucción quirúrgica del arco anterior del pie con cerclaje de los metatarsianos, es una intervención de fácil ejecución y de buenos resultados, tanto cuando la desaparición de la bóveda anterior se presenta como única deformación del antepie, como cuando se asocia a otras deformaciones del pie. — SERAL.

TRAVAINI, E. (Legnano). — «MODERNAS ORIENTACIONES DE ERGOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN DE LOS TRAUMATIZADOS.» (*Moderni orientamenti di ergoterapia nella riabilitazione del motuleso da trauma.*) «*La Rieducazione del motuleso*», *año 10, número 1, páginas 13-22, marzo 1962. Legnano (Italia).*

EN este interesante trabajo, primero de una serie de tres a publicar en números sucesivos, se empieza con un preámbulo de generalidades. En este preámbulo, además de señalar la gran difusión y desarrollo de las técnicas de rehabilitación en el mundo, se pretenden fijar con claridad los conceptos de ergoterapia y terapia ocupacional, a los que se da distinta interpretación y extensión en los diversos países. El autor sigue en este aspecto las teorías del profesor Gerundini, creador y director de un gran centro de rehabilitación al trabajo en Legnano.

A esta primera parte sigue un estudio individualizado de las distintas articulaciones, desde el punto de vista de la mecánica articular, orientado principalmente a ilustrar el complejo muscular que preside el juego de los agonismos, antagonismos y sinergias. — SERAL.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

PORTUONDO (La Habana). — «CÓMO USAR UNA BATERÍA DE TESTS MENTALES PARA UN MEJOR DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.» «*Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*», *vol. III, n.º 1, págs. 30-36, enero-marzo 1962. República de Cuba.*

EL autor señala las indudables ventajas que pueden lograrse con la aplicación de tests para ayudar a la compresión de ciertos inadaptados sociales y perturbados mentales. Considera que no existe ningún test o prueba mental que por sí solo sea capaz de precisarnos todos los matices y aspectos necesarios a investigar en una personalidad, como tampoco pueden tener el mismo valor diagnóstico, por lo que considera necesario trabajar con un grupo de tests, utilizando en sus pacientes el Wechsler-Bellevue para medir la inteligencia; el Rorschach, el T. A. T. y el Machover, para discriminar sobre la personalidad; el Hanfmann, Kasanin y G. G. W. S., para la formación de conceptos, utilizando por último, para las inte relaciones personales en los grupos psicoterapéuticos, el test sociométrico. De esta forma consigue un enfoque multidimensional de la personalidad, logrando un superior diagnóstico nosológico y una más clara y objetiva comprensión psicodinámica de sus pacientes.—LUIS DEL CAMPO.

ALIAGA, ESCOBAR, MEJÍA y VARGAS (Lima). — «EL BICLORHIDRATO DE TIOPROPAZATO EN LAS PSICOSIS CRÓNICAS.» «*Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas*», *n.º 36, págs. 617-626, octubre-diciembre 1961. Quito (Ecuador).*

LOS autores han ensayado el tiopropazato en quince pacientes afectos de esquizofrenia paranoide y catatónico paranoide, de entre los cuales uno era un psicópata, logrando remisión total en el 66'65 por ciento de los casos; parcial, en el 6'66 por ciento, y fracaso, en el 33'22 por ciento. Los efectos en los casos favorables se comenzaron a apreciar a la semana de tratamiento, para acentuarse a los quince días, observándose la mejoría física con la desaparición del insomnio y anorexia. Se apreciaron efectos secundarios con alteraciones de tipo parkinsoniano, rinitis, sialorrea, estreñimiento, visión borrosa, quemazón uretroanal y somnolencia.

Consideran como dosis máxima la de 50 miligramos, la que no sobrepasaron, si bien en la literatura se consigna hasta la de 75 miligramos diarios.—LUIS DEL CAMPO.

TORRES (Lima). — «VARIACIONES CUANTITATIVAS DE CUPREMIA EN ENFERMOS MENTALES POR ACCIÓN DEL ELECTROSHOCK.» «*Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas*», *n.º 38, págs. 186-202, abril-junio 1962. Quito (Ecuador).*

EL autor, empleando la técnica de Gubber para determinar el cobres anguíneo, estudia los valores de tal elemento en la sangre de cincuenta y dos enfermos mentales, comprobando que su tasa con anterioridad a aplicarles el electroshock oscilaba entre 114-228 gammas por ciento, aumentando en todos tras la aplicación de tal terapéutica convulsivante, de un 18'69 a un 23'52 por ciento, sin que se produjera diferencia significativa en la concentración del cobre sanguíneo entre los diferentes grupos de enfermos mentales, y sin que, por lo tanto, puedan vincularse las cifras de cupremia a un determinado proceso morboso psicológico. LUIS DEL CAMPO.

DÁVILA (Quito). — «DOSIFICACIÓN DE MUCOPROTEÍNAS EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y EN EL SUERO, EN TRASTORNOS NEUROLÓGICOS.» «*Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas*», *n.º 37, págs. 41-56, enero-marzo 1962. Quito (Ecuador).*

EL autor hace una serie de consideraciones sobre las mucoproteínas, precisándonos su historia, ya iniciada en 1892; la sinonimia de estos compuestos y su composición química, además de su metabolismo.

Con esta especie de introducción resume sus investigaciones sobre cincuenta casos de enfermos con afecciones diversas sobre el sistema nervioso central, que para mayor garantía comparó con el control de diez personas sanas. Llega a la conclusión de que en el líquido cefalorraquídeo los niveles de mucoproteínas se encuentran elevados en casos de tumores e infecciones, sean agudas o crónicas, existiendo una correlación entre el aumento de mucoproteínas en el suero y en el líquido cefalorraquídeo, por lo que considera un verdadero test la dosificación de tales compuestos en aquel humor en el diagnóstico de afecciones cerebrales. — LUIS DEL CAMPO.

FLORIÁN (Lima). — «ASCORBINEMIA EN EL ALCOHOLISMO CRÓNICO.» «*Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas*», *n.º 37, págs. 32-40, enero-marzo 1962, Quito (Ecuador).*

LA autora estudia con precisión y minuciosidad la cantidad de ácido ascórbico que se encuentra en la sangre de los alcohólicos crónicos, investigando sobre cincuenta individuos, con consignación de su edad, tiempo desde que comenzaron a abusar del alcohol y frecuencia de sus embriagueces. Compara los resultados obtenidos con los de sujetos normales, cuyos valores de ascorbinemia son sensiblemente iguales a los dados por otros autores.

Con estos protoclos deduce como conclusión: Todos los alcohólicos crónicos acusan una evidente disminución del ácido ascórbico en sangre, probablemente relacionable con un déficit nutritivo.—LUIS DEL CAMPO.

RADIOLOGÍA

VALLEBONA, A.; OLIVA, PIGNATARO, PASSERI; VALLEBONA, D.; BOCCACCIO y RAMELLA (Génova). — «ANÁLISIS DEL CUADRO RADIOLÓGICO» *(Analisi del quadro radiologico)*. «*Minerva Medica*», *vol. 53, n.º 35. Turín, 1962.*

ALESSANDRO Vallebona llama «cuadro radiológico» al conjunto de datos y elementos existentes en un documento radiológico, sean o no vistos, sean o no interpretados.

El concepto es semejante al de «cuadro clínico», con la diferencia de que en éste nosotros incluímos todo lo que conocemos, signos y síntomas, en nuestra descripción, pero no aquello que no conocemos; porque, llevadas nuestras pesquisas por un camino, no hemos indagado determinado signo que quizá con su incorporación al cuadro hiciera cambiar el sentido de éste. En cambio, en el documento radiológico todo existe, bien que muchas veces y por varias razones el radiólogo, en su momento interpretativo, deje pasar algunos de estos signos. Unas veces una imagen puede estar representada en el radiograma y no ser notada; sucede a veces que el radiólogo no vea aquello en lo que no piensa; pero a veces una imagen puede no ser advertida ni aun por el ojo más experto, porque sus márgenes no tienen la suficiente definición, porque no hay contraste suficiente. En otras ocasiones, las imágenes son muy pequeñas en tamaño, aunque su densidad sea de buen grado. Y una amplificación de la imagen nos la hace asequible.

Todos estos problemas han preocupado siempre a Vallebona y han sido motivo de varios trabajos y artículos de su prestigiosa escuela genovesa de Radiología; pero en esta ocasión se procede a un estudio detenido de varios de estos problemas y de su solución por varios medios.

El artículo que comentamos comienza con una introducción de Vallebona, en la que hace una planificación de todos los argumentos que a continuación desarrollan varios de sus discípulos. Oliva y Pignataro hacen un estudio titulado «Análisis fotométrico de la película radiográfica», del que ya nos ocupamos, a propósito de los trabajos iniciales, en estas páginas de CLÍNICA Y LABORATORIO, el pasado año. El análisis fotométrico tiene por objeto transformar la imagen visible y, como tal, subjetiva en una expresión objetiva.

A continuación, Passeri y Vallebona Jr. tratan el «Análisis del film radiográfico por medio del Logetron». El tratamiento de las radiografías, una vez obtenidas por medio del Longetron, no crea nuevos aspectos, pero pone en evidencia aquellos contenidos en el original, consintiendo una visión completa y armónica de la imagen radiológica, además de que permite recuperar radiogramas ilegibles por exceso de exposición o por exceso de revelado.

Boccaccio y Ramella se ocupan del capítulo «Ampliación geométrica y óptica de la imagen radiológica», describiendo todas las técnicas empleadas desde 1922, año en que Moreau presentó los primeros resultados. Es obvia la importancia, en tantas ocasiones, de las radiografías ampliadas, pues permiten un análisis más fino y minucioso, sobre todo cundo se asocia a la estratigrafía.

En conjunto, la técnica radiográfica moderna siempre, en progreso, dispone de medios de alta precisión, que permiten una observación del cuadro radiológico más objetiva (análisis fotométrico), más completa (Logetron), más fina (ampliación).—SOLSONA.

TISIOLOGÍA

BRUN, J. (Lyon). — «LA FALTA DE CURACIÓN LOCAL EN EL CURSO DE LAS TUBERCULOSIS TERCIARIAS ULCERADAS Y CORRECTAMENTE TRATADAS.» *(Le refus local de guerison au cours des tuberculoses tertiaires ulcerees etc l'citamente traites.)* «*Le Poumon et le Coeur*», *10, 1.012, 1962. París.*

LÍCITAMENTE tratadas podría traducirse en lugar de correctamente, como lo hemos escrito y como casi se lee literalmente en el trabajo del profesor lionés. Entre las drogas y el bacilo habrá siempre un tercer elemento, el organismo, en el plan local o general, y siguiendo a este último en sus reacciones ayudará poco, mucho o nada, y así será la curación. No hay todavía en tuberculosis terapia «sterilisas magna», esperando que llegará, siendo un grave error ese tratamiento llamado ambulatorio sin reposo, acontecido lo mismo en Francia que fuera, a pesar de las estadísticas iniciales. Obstrucciones arteriales impedirán la llegada del antibiótico a la lesión. Persisten lesiones radiográficamente importantes con baciloscopia negativa. En piezas resecadas no se encuentran a veces bacilos con lesiones importantes. Se trata de un problema complejo. Métodos comunes empleados no son capaces de demostrar los bacilos, dónde están presentes.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

CURSO DE REUMATISMO Y ENFERMEDADES AFINES

EN la semana última del pasado mes de febrero, se realizó en el Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, de Barcelona, y en el Servicio de Medicina General del doctor Rocha, un curso de «Reumatismo y enfermedades afines», dirigido por el doctor Poal, eminente reumatólogo y personalidad relevante de la medicina catalana, que en Norteamérica, Inglaterra, Hispanoamérica y Europa ha representado a España, muchísimas veces, con extraordinario éxito y brillantez, por sus conocimientos extensos de tal especialidad. El doctor Poal, de un dinamismo y condiciones para la enseñanza extraordinarios, por su facilidad de palabra y capacidad científica, dirigió el curso de treinta y seis conferencias, a seis conferencias diarias de una hora, dos de consulta y tratamiento y dos de cine médico de la especialidad, con una hora para la comida en el mismo Hospital, que nos fue servida gratuitamente como en el mejor hotel, convirtiendo mágicamente, por esa citada extraordinaria personalidad suya, en entretenido y ameno estar en el Hospital aquellas doce horas que pasábamos encerrados en el mismo,, porque a él llegábamos a las ocho y media y salíamos ya cerca de las diez de la noche.

En el cursillo explicaron también, entre otros eminentes médicos, el Jefe de Medicina General, doctor Rocha, y el reumatólogo doctor Sariols, también prestigioso especialista barcelonés. Por la afinidad y siempre casi coincidencia de las afecciones cardiocirculatorias con el reumatismo y el avance en cuña entre las enfermedades pulmonares, de la colagenosis, con nuevos cuadros sindrómicos hasta hace poco desconocidos o mal definidos, por ello asistimos al curso citado, de lo que nos alegramos hoy profundamente.

La conferencia de fin de curso, el día de la entrega de los diplomas, corrió a cargo del profesor Michez (Bruselas), actual presidente de la Sociedad Internacional de Hidrología. Como miembro de la Sociedad Española de Hidrología, saludé al citado profesor en nombre de mis compañeros los médicos españoles directores de balnearios. El profesor Michez está al tanto del termalismo español y de las vicisitudes del Cuerpo de Baños español como un español más. Conoce nuestros balnearios perfectamente, como si fuera un nacional más. Sus primeras preguntas fueron interesándose por el doctor García Ayuso, elogiando su nuevo libro, que conocía ya. Asimismo me habló de la última visita que recibió el verano pasado del profesor Armijo, Catedrático de Farmacología de Valladolid. Se interesó por quiénes eran los opositores a la cátedra vacante de la especialidad por fallecimiento del profesor San Román (q. e. p. d.).

Todos los conferenciantes, ninguno médico de baños, elogiaron al máximo la acción de la crenoterapia en el tratamiento de los reumatismos crónicos en sus diversas formas. He aquí lo que el profesor Michez dijo en su conferencia, brevemente resumido.

El ilustre conferenciante se refirió a la importancia humana de la lucha antirreumática, ya que en Bélgica las enfermedades reumáticas inflamatorias, alcanzan a un dos por mil de la población, esto es, veinte mil entre diez millones de habitantes, sin contar los casos de poliartritis crónica evolutiva, y en cuanto a los reumatismos degenerativos, sólo las coxartrosis y las artrosis vertebrales, atañen a un cinco por ciento, esto es, a quinientos mil de los diez millones de habitantes.

Aparte los sufrimientos personales y sus secuelas patológicas, hay que tener en cuenta la enorme importancia moral que entraña el déficit de la capacidad laboral que acarrean esos porcentajes de enfermos reumáticos, cuya tercera parte (se refiere el autor a los veinte mil afectados de reumatismo inflamatorio) gravitan sobre el resto de la comunidad desde los cuarenta y cinco años en adelante, y los otros dos tercios ven disminuir en un 50 por ciento la renta de su trabajo a esa misma edad.

En cuanto a los reumatismos degenerativos, supone un mayor quebranto social, pues aunque las invalideces hay que cifrarlas de los cincuenta y ocho años en adelante, su

proporción (quinientos mil en Bélgica) es mucho mayor.

Para prevenir el desarrollo de estos reumatismos, interesa sobremanera investigar la etiología de los mismos, cosa nada fácil, pues no es conocida en muchos casos. Sí es importante estudiar los factores hereditarios y predisponentes (actitudes habituales, trastornos metabólicos y neurovegetativos, infecciones benignas locales descuidadas, lo mismo que las agresiones meteorológicas persistentes).

Para valorar la eficacia de los elementos físicos utilizables en la prevención de los reumatismos, el médico actual puede observar que los medios terapéuticos hoy manejados, bien sintomáticos, antiinflamatorios, resolutivos o antiálgicos, no pueden ilusionarnos a pesar de su eficacia momentánea respecto a su valía sobre la evolución de su curso. El autor afirma que «estas medicaciones no ejercen, en ningún caso, efectos preventivos y no tienen, prácticamente, ningún papel que jugar en un esfuerzo de organización en la prevención de las enfermedades reumáticas».

Muy diferente es la acción que podemos observar en los medios terapéuticos físicos, de una gran eficacia en el tratamiento general de terreno y de los síndromes preartríticos. Para un mayor acierto, hay que partir del principio que el contingente de predispuestos se compone principalmente de personas de constitución débil o debilitados por privaciones, fatigas, choques emocionales y aun por evolución reciente de una enfermedad infecciosa, que ha obligado al organismo a modelar en extremo sus defensas naturales. Y también hay que tener en cuenta que estos organismos débiles no deben ser sometidos a los poderosos medios físicos (mecánicos, térmicos o luminosos), sino en una prudente y progresiva dosificación.

Tanto la kinesiterapia, como la hidroterapia y la actinoterapia, de gran eficacia estimulante y rehabilitadora, constituyen agresiones perniciosas en aplicación violenta; su administración requiere, por tanto, mucho tacto e intensificación lentamente progresiva.

Principios éstos a tener en cuenta también en la prevención de las artrosis, la cual debe ser iniciada precozmente y no cuando ya aparece el dolor y la artrosis está ya constituída. Esta cura preventiva, prudente siempre, debe mantenerse casi constantemente en los jóvenes adultos con base constitucional o predispuestos, debiéndose luchar al mismo tiempo contra la gordura excesiva y contra la propensión a la pereza física.

Las observaciones clínicas y estadísticas de los seguros sociales, han demostrado que en los reumatismos degenerativos, las curas termales en los balnearios son altamente favorables.

En Bélgica se utilizan los baños ferruginosos de SPA, cuando existe una característica de anemia, y Ostente, con su célebre Instituto termal en los demás casos. En muchos sitios se utilizan acertadamente los baños de mar calientes, y como estaciones ferruginosas el autor cita en Francia la de Forges, Bussang y Oressa; en Alemania, Bad Pyrmont; en España, Graena y Fuencaliente.

Considera de efecto preventivo más evidente Fitero, Fortuna y Caldas de Besaya, en España; Balaruc y Bouzbonne les Bains, en Francia; Salsomaggiore, en Italia; Baden-Baden y Rheinhall, en Alemania, y Rheinfelden, en Suiza.

En Portugal y Bélgica, se aprovechan los baños de mar templados, cuya acción reparadora de las desmineralizaciones óseas es conocida de antiguo.

El ilustre conferenciante fue largamente aplaudido y obsequiado por los asistentes al Curso de Reumatismo y por su director. — SAMITIER.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 8 DE MARZO DE 1963

SOLER SALA, J. M. — «NUEVOS CONCEPTOS BIOQUÍMICOS EN EL GLAUCOMA.»

Se hizo una puesta al día de los conocimientos que tenemos sobre el complejo mecanismo de la formación del humor acuoso, exponiendo los diversos criterios de difusión, diálisis, secreción y ultrafiltrados.

A continuación, se hizo una breve exposición de la fuente de información que ha significado el microscopio electrónico en este sector.

Finalmente, se expuso el modo de acción de los inhibidores de la anhidrasa carbónica, como agentes hipotensores en el ojo.

ROMERO JIMENO, J. R.; FERNÁNDEZ LORENZO, F., y AGUSTÍ VIDAL, A. — «DERRAMES PLEUROPULMONARES EN LOS CARDÍACOS.»

Dentro de los síndromes edematosos, en el presente trabajo se hizo referencia concretamente a los denominados atípicos.

Es frecuente pensar únicamente en el hidrotórax libre en la cavidad pleural cuando existe insuficiencia cardíaca, pero es frecuente olvidar que dicho hidrotórax puede quedar enquistado en zonas pleuro-pulmonares «especiales» en ausencia, aparente, de insuficiencia cardíaca.

Clínicamente, en gran número de casos, por no coexistir con otros edemas ni trastornos del ritmo cardíaco, son un inesperado hallazgo a la exploración radioscópica o radiográfica. En otras ocasiones, la cardiopatía ya es conocida, una estenosis mitral, por ejemplo, y entonces su presencia sirve para evaluarlas funcionalmente.

En los primeros, el hallazgo del derrame sirve para establecer el diagnóstico de cardiopatía.

El hidrotórax de localización atípica puede hallarse en distintas cardiopatías adquiridas (angioesclerosa, hipertensiva, reumática, endocrina, etc.), y su presentación traduce tanto el estado de la circulación pulmonar omo el de la insuficiencia cardíaca que lo origina, en un momento dado.

Si aceptamos las actuales concepciones sobre circulación pulmonar (Hayet, Hildin Bjurstedt, Nakamura, Lin), se evidencia la importancia extraordinaria de las venas bronquiales. Sin duda su alteración hemodinámica es el factor secundario, ya que el primario lo constituye el fracaso del ventrículo izquierdo, en la génesis del derrame pleural atípico.

Las modificaciones o adaptaciones del resto de la circulación pulmonar a la estasis creada, sobrecargan, por inversión de la dirección del flujo venoso incluso, las venas bronquiales y sólo cuando éstas claudican se provoca el derrame haciéndolo en las zonas anatómicas de ellas principalmente independientes (interlobar, pleuro-hiliar, pleuro-diafragmática incluso; excepcionalmente, apical), cuando de la fase intersticial, diseminada, el hidrotórax colecciona para su posible drenaje.

Estas localizaciones pueden ponerse de manifiesto más netamente a esoopia o grafia por técnicas, muy asequibles en la práctica, que permiten un mejor diagnóstico diferencial (lateralización, oblicuación, movimientos respiratorios forzados), que se confirma por el resultado de la cura depletiva y cardiotónica que actúa en breve lapso de tiempo.

PUJOL LLUSÁ, A. — «ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES ÓSEOS MALIGNOS (PRIMITIVOS).»

En estos últimos años se han realizado muchos intentos encaminados a conseguir un mejor pronóstico en el tratamiento de las tumoraciones óseas primitivas malignas, aunque poco se ha logrado hasta la fecha. Solamente el empleo sistemático de supervoltajes, o combinándola con exéresis quirúrgica, en las tumoraciones óseas con escasísima radiosensibilidad (sarcoma osteogénico, fibrosarcoma, condrosarcoma y sarcoma de mieloplaxias) y el empleo de algún nuevo quimioterápico (ciclofosfamida en el mieloma múltiple) han mejorado algo, casi siempre en sentido paliativo, este tipo de tumoraciones.

Las inyecciones intraarteriales y las perfusiones con diferentes quimioterápicos en las extremidades excluyéndolas de la circulación general y con sistemas de oxigenación extracorpóreos no han dado ningún resultado en este tipo de neoplasias.

El diagnóstico diferencial precoz, tanto radiológico como histopatológico, de estas tumoraciones hace que el tratamiento sea más razonable, pudiendo mejor discriminar los casos susceptibles de intentar una cura-

ción a expensas de una cirugía muy radical o aquellos en que su terapéutica tiene que ser exclusivamente paliativa.

ALEMANY VALL, R. — «CAUSAS DEL ASMA BRONQUIAL (NO PROFESIONAL) Y SU PROFILAXIA.»

ANTE todo precisa conocer la herencia y cómo se originan estas enfermedades. A la teoría clásica del gen-cromosómico, se añade otra, reciente, la de diferenciación y selección clonal, es decir, células embrionarias que no siguen su curso normal, son anómalas y así permanecen, sufren mutaciones que se transmiten en la reproducción de aquéllas, originándose anticuerpos, y éstos a su vez antígenos, como asimismo antígenos que son a su vez causa de anticuerpos. Son especialmente las células de la medula ósea y del bazo del embrión las que constituyen estos clonos, que se llaman prohibidos; a medida que la vida intrauterina avanza, estos clonos son destruídos, y si no lo son en período postnatal vienen a constituir las células inmunológicas, a su vez activadas y estimuladas en su proliferación por antígenos, ahora en general de origen externo; las gammas-globulinas intervienen fundamentalmente en estos procesos.

Esta teoría permite tender un puente entre la alergia ortodoxa, alérgica por agentes inertes externos y la heterodoxa —infecciosa—, etc., explicándose así la permanencia de estas dolencias, las autosensibilizaciones, así como el comienzo de las manifestaciones, la severidad de la afección y el curso de la dolencia según la riqueza de antígenos y valor de la herencia.

Es importante el papel del alergista ayudado del sociólogo y del médico de familia (omni praticiens) para descubrir y tratar estas enfermedades. Tiene importancia la polución atmosférica, los factores emocionales, los trastornos endocrinos, los virus y de las infecciones.

Es necesaria la profilaxis de la alergia en la mujer embarazada predispuesta o ya alérgica, así como en los recién nacidos de procedencia alérgica.

El papel de la profilaxia alérgica consiste no sólo en evitar una sensibilización, sino que cuando ésta se presenta, no ocurra más tarde una polisensibilización, una infección secundaria; así como evitar que los ataques se multipliquen, en que se establezca un enfisema orgánico, una deformidad torácica, etcétera.

FAÑELLA CASAS, M. — «REHABILITACIÓN Y GERIATRÍA.»

SE estudia la rehabilitación de los pacientes ancianos con un enfoque integral en centros especializados que dispongan de los máximos recursos para conseguirla dentro de lo posible en cada caso. Se preconiza la existencia de grandes centros de rehabilitación para todas las edades con una sección especializada en geriatría.

Al propio tiempo se aboga por el funcionamiento de semejante sección, aunque fuera más sencilla, en los hospitales geriátricos de las unidades gerontológicas por las innumerables ventajas que reportaría.

El balance de éstas y de los resultados es realmente positivo al poder iniciar precozmente la recuperación. En esta sección de los hospitales geriátricos hay que aguzar el ingenio para improvisar, lo que se traduce por más posibilidades de éxito, aun careciendo de facilidades y medios totalmente idóneos.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963
SECCIÓN VARIA

GRANDEZA Y MENOSPRECIO DEL ARTE CLÍNICO

POR

R. DE VEGA

PROFESOR A. DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VALLADOLID

DESDE hace unos lustros, cualquier observador se percata de que los médicos, en proporción creciente, interrogan mal, exploran mal y, en consecuencia, yerran sus diagnósticos y tratamientos.

Tal hecho es más paradójico cuando, como ahora, la Medicina parece haber alcanzado un esplendor inusitado.

Eludiendo el aspecto anecdótico o sentimental, se impone el análisis de tal situación, ya que el mal uso del arte clínico, además de representar un inmediato peligro económico y social para la comunidad, acarreará, si no se corrige, el descrédito de la propia Medicina.

La situación apuntada es añeja, como lo prueba el testimonio del maestro BAÑUELOS, cuando en 1928 escribía: «El muchacho cargado de sobresalientes, justamente, en nuestras tituladas Facultades de Medicina, atesora, acaso, un buen caudal de conocimientos de patología, pero desconoce los fundamentos del arte clínico...», y «quien no posea esta destreza, esta habilidad en grado suficiente, no domina el arte clínico y será una calamidad para sus enfermos, a pesar de toda la literatura médica de que tenga atiborrado su cerebro».

Que la situación persiste, agravada, lo corrobora hace poco tiempo JIMÉNEZ DÍAZ, mencionando «el inmenso número de médicos que no saben preguntar, mirar, ni oír».

En las páginas que siguen comprobaremos que el menosprecio del arte clínico, en el ejercicio profesional contemporáneo (fenómeno en apariencia superficial), traduce un mar de fondo que nos va a conducir al meollo de la cuestión médica actual.

PERENNIDAD DEL ARTE CLÍNICO Y RELATIVIDAD DEL SABER MÉDICO

Todavía no se ha hecho un estudio de la esencia y significación de lo clásico en Medicina. Un conocimiento o un hecho merecen tal adjetivación cuando ofrecen algunas características intrínsecas, entre las que figuran: *la pervivencia* (que les confiere actualidad), *la eficacia* (que les da pragmatismo) y *la veracidad* (que les otorga validez). Aparte de las cualidades antedichas, hay otras que, por afectar a la forma o estilo del hecho o documento, podrían, en buena lógica, considerarse

como formales, por ejemplo, el arte de las ilustraciones de CALCAR en la *Fábrica*, de VESALIO, o el lenguaje de un libro de MARAÑÓN.

Si un médico de hoy lee, al azar, cualquiera de las historias clínicas del tratado de *Epidemias*, de HIPÓCRATES, captará, sin esfuerzo, el significado de la fiebre de Hermócrates, el que vivía en la Muralla Nueva, o la de Charion, el que se alojaba en casa de Demanetus, o la sepsis puerperal de la mujer de Ocetes. El estilo del escritor y su capacidad de observación permiten, a varios siglos de distancia, hacer revivir ante nuestra atónita mirada las observaciones hipocráticas.

Con ello no quiero, empero, decir que *el saber médico* hipocrático siga siendo para la práctica de los días que corren. El saber doctrinal que forma la patología médica es «un saber *históricamente relativo* a la época en que se vive (ROF), con una vigencia temporal que periclita cuando el médico descubre nuevos medios de combatir, curar o prevenir la enfermedad.

En cambio, el arte clínico (salvando las naturales diferencias) sigue ajustándose a los mismos principios que en el alba de la Medicina permitieron una finura exploratoria, asombrosa incluso, para nuestro mundo de inacabables asombros.

Los españoles tenemos una locución para designar la inmutable vigencia de una cosa, diciendo que por ella *no pasan los años*. No han pasado los años sobre el arte clínico, y si lo han hecho, han sido para darle una vivacidad espiritual que aleja toda idea de envejecimiento.

LOS PILARES DE LA CLÍNICA

El objetivo básico del médico consiste en curar al paciente o estimular su naturaleza para conseguir el curso favorable de la enfermedad. Hay que *saberse* su morbo (yendo implícitas en este saber las posibilidades pronósticas) para poder tratarlo. *Diagnóstico, pronóstico* y *tratamiento* han sido en todo tiempo los tres pilares de una actuación clínica eficaz, y aunque en la doctrina hipocrática el *pronóstico* fue el acto básico, el *diagnóstico* disfruta ahora de nuestra preferencia.

El *diagnóstico* es una operación mental, que primero diferencia el estado normal del estado morboso, y después, cuando ha sido confirmado el padecimiento, establece la causa, la naturaleza y el lugar del mal. Aparte de un elemento de causalidad, el diagnóstico lleva implícito un doble proceso sintético-analítico, apoyado sobre el estudio y la experiencia. El proceso sintético se basa en la recogida de datos, signos y síntomas, mediante técnicas que van desde el interrogatorio hasta procedimientos manuales o instrumentales. Después viene la elaboración lógica, la criba de los datos recogidos en la exploración. ACHARD había resumido este programa de actividad clínica con precisión lacónica: «Primero, ciencia; después, arte; y juicio, siempre».

La educación del gesto, su repetición constante y tenaz durante años, es lo que da al clínico un dominio artesano y espiritual, un virtuosismo parejo al del gran concertista o actor. «Al médico —escribía FIESSINGER— le pasa como a un violinista. Para interpretar a la perfección la obra de un gran maestro de la música es preciso tocar escalas, tocar siempre escalas.»

EL CONCEPTO DEL ARTE CLÍNICO

Etimológicamente, *clínico* es el estudio del enfermo a la cabecera de su lecho. Toda lucubración clínica necesita una serie de materiales logrados por la aplicación del arte clínico.

¿Qué es, por consiguiente, el *arte clínico?*

El *arte clínico* es una tarea artesana, personal, muchas veces irrenunciable, en la que intervienen, por un lado, la técnica o técnicas, y por otro, el intelecto del clínico, y campando sobre ese binomio técnico-espiritual, un cúmulo de conocimientos científicos.

El arte clínico es experiencia vital, «vivencia», aprendida por, sobre y para los enfermos, y corregida mediante la educación magistral, los libros y la propia experiencia.

El arte clínico es *un saber hacer* y no un escueto *saber;* de ahí la importancia que para su posesión adquiere lo que de oficio tiene nuestro cometido; de ahí la cotidiana autoeducación; de ahí la necesidad imprescindible de una intachable recogida de datos, ya que si unas cifras erróneas trastornan el resultado de un problema matemático (por perfecto que sea su planteamiento), cuando las variables son tan grandes como los signos y síntomas, el riesgo de error puede incrementarse en proporciones insospechadas.

«Mauvais examen —decía un clínico francés—, mauvais diagnostic.»

ETIOPATOGENIA DE UNA SITUACIÓN

Tres son, para WEISACKER, las características de la Medicina actual: 1) *el tecnicismo*, 2) *el politicismo* y 3) *el psicologismo.*

El tecnicismo, y su consecuencia la tecnificación, son resultado de la directriz científico-natural, iniciada ya en el último siglo, la cual, ayuna de valores humanos y culturales, parece hallarse en trance de declinación.

El psicologismo, insuflado con la obra de FREUD, casi vulgarizado con la medicina psicosomática, ha dado al ejercicio médico un contrapeso antropológico capaz de equilibrar las exageraciones técnicas y políticas.

¿Qué entendía WEISACKER por politicismo?

Politicismo es la aplicación de la medicina a grandes masas, su absorción progresiva por el Estado, su nacionalización o socialización, según las circunstancias.

Gran culpa de la subestimación del arte clínico la tiene precisamente este politicismo que, al transformar las condiciones económico-sociales del ejercicio profesional, ha trastornado de modo rotundo la relación médico-enfermo.

Deseo aclarar ahora qué es lo que pretendo decir cuando hablo en mi ensayo de menosprecio del arte clínico. No es que éste periclite como consecuencia del progreso médico. El mal uso, o la defectuosa aplicación por grupos cada vez más numerosos de médicos, lo relegan a núcleos cada vez más reducidos de ejercitantes, lo convierten en un empeño minoritario.

UN FENÓMENO DE NUESTRO TIEMPO

La comprensión del significado político de la medicina exige el análisis de un fenómeno sociológico, anticipado hace treinta y cinco años con asombrosa clarividencia, en un libro, en cuyo primer capítulo se escribieron estos párrafos:

«Hay un hecho que, para bien o para mal, es el más importante en la vida pública europea de la hora presente. Este hecho es el advenimiento de las masas al pleno poderío social. Como las masas, por definición, no deben ni pueden dirigir su propia existencia, y menos regentar la sociedad, quiere decirse que Europa sufre ahora la más grave crisis que a pueblos, naciones, culturas cabe padecer.

Esta crisis ha sobrevenido más de una vez en la historia. Su fisonomía y sus consecuencias son conocidas. También se conoce su nombre. Se llama *la rebelión de las masas.*»

Mis lectores verán que acabo de mencionar una de las obras clave del filósofo ORTEGA Y GASSET.

Líneas más adelante, señalaba el diagnóstico del fenómeno con «los ojos de la cara», mediante un hecho:

«Sencillísimo de anunciar, aunque no de analizar, yo lo denomino el hecho de la aglomeración, del «lleno». Las ciudades están llenas de gente, las casas llenas de inquilinos, los hoteles llenos de huéspedes, los trenes llenos de viajeros...»

Redondeando la descripción, yo añadiría: las calles llenas de médicos y establecimientos sanitarios, la profesión llena de licenciados (evito, intencionadamente, la palabra médicos) y la sociedad saturada, al menos en apariencia, de medicina, de un tipo de medicina para el que hasta se ha acuñado una novísima denominación (medicina social), como si la medicina no hubiese sido siempre genuinamente social.

DISECCIÓN ESPIRITUAL DEL HOMBRE-MASA

De la misma manera que un pedazo de granito arrancado de la roca se ofrece como un conglomerado de feldespato, cuarzo y mica, el hombre-masa, en cuanto fracción de la amorfa masa social, posee las cualidades de la muchedumbre, reconociéndose en él la indocilidad, el primitivismo y la vulgaridad.

Su identificación y filiación presenta como rasgos característicos:

1.° La carencia de cualquier autolimitación, considerando la vida fácil y sin obligaciones específicas.

2.° Un sentido de egoísta suficiencia, que le hace ver como bueno su bagaje intelectual y moral, impermeabilizándose frente a toda instancia exterior, sobre todo cuando discrepa de sus opiniones.

3.° La necesidad de imponer en cualquier asunto su criterio vulgar, inaugurando un régimen de acción directa.

En suma, el hombre-masa está privado de ideas y normas, y al «faltar» estas cosas, *no tiene cultura, tiene, en el sentido más estricto, barbarie.* De ahí su desapego a cualquier esfuerzo espiritual (por ejemplo, la filosofía de las ciencias puras) y su admiración por la ciencia aplicada, única que parece necesitar. Esta actitud: «Aparece, quizá con mayor claridad que en ninguna otra parte, en la masa de los técnicos mismos —de médicos, ingenieros, etc.—, los cuales suelen ejercer su profesión con un estado de espíritu idéntico, en lo esencial, al de quien se contenta con usar del automóvil o comprar el tubo de aspirina, sin la menor solidaridad íntima con el destino de la ciencia, de la civilización» (ORTEGA Y GASSET).

Toda esta serie de caracteres cristalizan en un tipo humano, el «señorito satisfecho», cifra y figura del hombre-masa contemporáneo.

MASIFICACIÓN DE LA MEDICINA

Hace un instante señalé la predilección del hombre-masa por las ciencias aplicadas. La Medicina, en virtud de sus triunfos técnicos, se ha vuelto para él indispensable; de ahí su exigencia imperiosa en pro de una asistencia sanitaria, de la misma manera que exige la vivienda o el acceso a la enseñanza.

Por otra parte, la sociedad, como señalé en uno de mis últimos trabajos, ha tendido a considerar económicamente la enfermedad, interpretándola como un obstáculo interpuesto entre el individuo y su capacidad productiva. Al Estado-masa le importa la Medicina por una razón económica. Al hombre-masa le importa la Medicina porque le permite un mayor goce y disfrute de la existencia. Esto exige una acción política, tendente a la subordinación estatal de toda actividad médica, para poder así extenderla a la masa de población, puesto que un proceso de socialización médica consecuente con sus postulados debe tender a incluir a todos los habitantes, cualquiera que sea su categoría social. Este complejo fenómeno es lo que llamo (permítaseme el neologismo) *masificación de la Medicina.*

Lo que se ha dado en llamar medicina social no es otra cosa que la consecuencia de la politización de todas las actividades médicas, entrevista con anticipación genial, nada menos que en 1848, por VIRCHOW, cuando afirmaba que «la Medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que la Medicina en gran escala».

APLEBEYAMIENTO DEL MÉDICO

Tal estado de cosas *de-forma* el quehacer médico, trastornando el propio ser de la Medicina y del médico, y como justo epígono del hombre-masa, engendra el médico-masa.

El médico-masa tiene una fisonomía inconfundible. A diferencia del médico auténtico, ejerce una *función social* y no *una misión social;* por ello la socialización lo transforma en un funcionario, ordenancista, satisfecho con su mediocridad, que en vez de considerar sus deberes, enarbola sus derechos, aprovechando el papeleo y la burocracia para esquivar su responsabilidad.

Evita también cualquier jerarquización que no sea la escalafonada, estableciendo un pseudoigualitarismo de clase, de una patente falsedad, ya que la inteligencia individual, el dominio técnico y el saber personal no podrán jamás someterse a reglamentaciones artificiosas. Este fenómeno ha sido señalado por PICKERING como signo de los tiempos, con la expresión de *compulsody uniformity*, para la que doy la versión más literal de *uniformidad coactiva* (difiriendo de la de ROF, que traducía por *mediocridad obsesiva*). La uniformidad coactiva tiende a lograr una especie de mentalidad común técnica y psicológica, en todos los médicos, poniendo en cuarentena a aquellos profesionales que destacan por su independencia de criterio o de cultura, y tratando de conseguir un ejercicio profesional estereotipado.

El médico-masa, al perder su aureola taumatúrgica, al no distinguirse en cuanto a clase de los metalúrgicos o administrativos, desciende en el aprecio social y se aplebeya, porque lo que dignifica a cualquier profesión o actividad que tenga un sentido misional es su nobleza; por eso ORTEGA Y GASSET (y permítaseme una última cita) decía atinadísimamente: «La nobleza se define por la exigencia, por las obligaciones y no por los derechos. *Noblesse oblige*».

ROBINSONISMO Y POSTURA DIALÓGICA

Las vinculaciones colectivas del hombre-masa son materiales y groseras. Por otra parte, aislado de la muchedumbre matriz, su querencia rebañega le produce una sensación de impotente soledad. Cabría, incluso, hablar de un robinsonismo espiritual, un cierto estado de indefensión ante el mundo y el ambiente, sin reacciones viriles frente a la adversidad.

Un hombre-masa arrojado sobre la playa, librado a sus propios recursos, sería incapaz de sobrevivir, falto de toda actividad creadora y capaz únicamente de una actividad consumidora.

La Medicina moderna ha planteado el problema de la relación interpersonal como fundamento del esfuerzo curativo.

En ello coincide con *el principio dialógico* de la filosofía contemporánea, cuyo más destacado propugnador es el filósofo jasidista hebreo-alemán MARTIN RUBER.

Sin entrar en el fondo de su argumentación, señalaré que en cualquier acontecimiento humano hay siempre una resonancia especial que liga el Yo al Tú, «se pone en evidencia, aunque no es lo individual ni lo social, sino algo diferente, lo que traza el círculo en torno al acontecimiento». Más allá de lo subjetivo, más acá de lo objetivo, en el «filo agudo», en el que el «yo» y el «tú» se encuentran, se halla el ámbito del «entre» (BUBER). De ahí un carácter dual, en que el trazo de unión del hombre con el hombre, el impalpable aglutinante «entre» los prójimos es el diálogo. Toda una filosofía, e incluso una técnica de la relación interpersonal médica, pueden esbozarse aplicando este principio dialógico, que ha sido ya empleado por dos psicoanalistas europeos, GUSTAV BALLY y MEDARD BOSS, llegando el primero de ellos a señalar que el tratamiento freudiano busca el encuentro con los pacientes por medio del lenguaje y por algo que no vacila en calificar de *misericordia dialógica* («*dialogische Leidenshilfe*»).

La relación médica comienza siempre por un encuentro, decisivo muchas veces —como ha apuntado WEISACKER— para el curso ulterior de la enfermedad, del enfermo y de su destino.

El médico-masa no discute, no analiza, no crea ese producto intelectual que es un buen diagnóstico, y por añadidura no sabe ahondar en el subsuelo anímico de sus pacientes, perdiendo la capacidad sugestiva, que cualquier curandero posee.

La razón de tales aciertos es obvia. Al mantener en vigilia su espíritu, al no limitar su tiempo ni sus responsabilidades, al repetir cada día esa gimnasia del gesto exploratorio, están sin esfuerzo en buena forma. Porque el arte clínico es obra de artesanía —lo vuelvo a remachar—, y la artesanía exige tiempo, esfuerzo, imaginación y «oficio».

La comunidad que pretenda ignorar estas sencillas verdades, pagará bien caro sus errores, porque una mala política médica produce malos médicos; los malos médicos hacen mal arte clínico; el mal arte clínico propaga una mala medicina, y la mala medicina hace una mala sociedad, y aquí, parodiando una frase famosa, podría decir que cada sociedad tiene los médicos que se merece.

Publicado en el «Boletín de Patología Médica», febrero 1962, Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963
SECCIÓN VARIA

NECESIDAD DE UNA RENOVACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA DEONTOLOGÍA

POR EL
DR. R. DE VERNEJOUL
PARÍS

SIN ningún género de duda, Francia posee un cuerpo médico que podría producir la envidia de muchos de los demás países.

La excelente formación de nuestros facultativos se debe, en gran parte, a la enseñanza clínica y a la frecuentación de los hospitales, todo lo cual será considerado siempre como piedra angular de la educación médica, al igual que lo es también la investigación.

Ahora bien, nuestros estudiantes, a pesar de las excelencias de nuestra enseñanza clínica, vienen recibiendo una instrucción que en su conjunto no corresponde al estado de la medicina.

Se ha impuesto, por lo tanto, una reforma de los estudios de medicina, la cual se debe, en gran parte, al hecho de que la medicina va cobrando paulatinamente un nuevo aspecto social.

El gran mérito de la reforma actual es el de haber sabido subrayar «hasta qué punto están ligados entre sí el funcionamiento de los hospitales, la actividad de las facultades y la formación de los médicos» (ANDRÉ LAMAIRE).

La formación del médico plantea a la Universidad una serie de problemas técnicos, profesionales y morales cuya extensión no debemos subestimar.

La enseñanza, tal como se proporciona hoy en día, responde a los «imperativos que dimanan del grado de conocimientos alcanzados por el hombre y de la estructura social adoptada».

Es difícil recapacitar sobre ello si se considera que el primer papel de las Facultades de Medicina, para la inmensa mayoría de sus estudiantes, es el de formar hombres de la profesión, de procurar a la sociedad médicos capacitados para cuidar a los enfermos y dotados de todas las cualidades profesionales y morales necesarias.

Para llegar a ser «*un médico*» digno de este nombre, no basta al estudiante el estudiar y aprender la ciencia médica, hace falta además que, en contacto con los enfermos, bajo la dirección y siguiendo el ejemplo de sus colegas de mayor edad y de sus maestros, se procure «una ética profesional, es decir, una moral de acción» (JUSTIN BESANÇON).

Esta formación implica el prepararse a una disciplina moral individual y a un verdadero conocimiento de las necesidades de la sociedad. Lleva consigo un desa-

rrollo del sentido de la responsabilidad que precisa de una educación psicológica «apta para permitir la comprensión de las dificultades con que se enfrenta el enfermo y las colectividades que se ocupan de él antes de tratar de resolverlas».

Son problemas humanos cuyo alcance acusan las Facultades de Medicina por boca del Decano señor BINET: «Se habla de la responsabilidad legal de médico. ¿No existe también una responsabilidad moral del médico joven que ha de consagrar todos sus esfuerzos a la iniciación técnica y a su ciencia formativa; del médico joven que no debe echar en olvido ni el lado moral ni el lado afectivo del papel que empieza a representar y que debe aplicarse a sí mismo la divisa de honor de esta casa, o sea, que nuestro primer deber es el de dar el ejemplo y hacer el bien?».

Se hace, pues, indispensable el procurar al médico joven, en el transcurso de sus estudios, una noción justa de sus obligaciones frente a sus enfermos, frente a la sociedad.

Esta ética médica ha sufrido una evolución al compás de los progresos de la medicina; se transforma con el progreso de las leyes de la protección social; la enseñanza de la deontología debe experimentar una renovación y ocupar un lugar cada vez mayor dentro del programa de estudios.

La medicina de hoy está presenciando un desarrollo científico extraordinario.

A fin de que la medicina francesa conserve su carácter eminentemente humano, este desarrollo ha de ir acompañado de una evolución de la medicina social y de una obra filosófica de la más alta necesidad.

La moral profesional, las obligaciones de todos los facultativos han de intentar adaptarse a las nuevas obligaciones sociales y a las necesidades económicas y científicas.

En un mundo donde los valores humanos cambian rápidamente, la profesión médica ha de mostrase más respetuosa que nunca.

Adoptando este espíritu, es como el joven estudiante trabará conocimiento con una cantidad importante de problemas de ética médica, tales como:

— El secreto médico, piedra angular del edificio médico, pero que debe adaptarse a las necesidades, cada día mayores, de la medicina de control.

— La verdad que ha de comunicarse al enfermo.

— La prudencia en el empleo de las técnicas de exploración instrumentales o biológicas.

— La utilización de nuevos medicamentos.

Todos estos problemas y otros muchos han de ser sometidos a la reflexión del médico joven antes de que empiece a ejercer.

Fuera de estos problemas de ética médica, el médico joven ha de ser puesto al corriente de su responsabilidad legal, de todas las dificultades que irán apareciendo delante de él a causa de la abundancia de leyes, decretos y disposiciones, entre los cuales habrá de debatirse para que sus enfermos gocen de las ventajas a que tienen derecho.

Hoy en día todo está reglamentado y todos los médicos han de estar al corriente de ciertos principios administrativos o jurídicos que constituyen la base de la medicina colectiva.

Esta enseñanza bien documentada debe seguir las modificaciones legislativas y reguladoras que se van adicionando continuamente, en nuestra época, al ejercicio de la medicina.

Confiándose a las cátedras de medicina legal o de medicina laboral y social, no olvidará ningún aspecto de la organización de la profesión médica —textos

regislativos concernientes al ejercicio de la medicina, textos relativos a la legislación social (seguridad social, prestaciones familiares, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, etc.), la redacción de los innumerables tipos de certificados que se solicitan de los facultativos, etc.

Esta disciplina tendrá por objeto el de instruirles y hacerles comprender su ardua responsabilidad; demasiados médicos jóvenes al ignorar la legislación de los diferentes regímenes de seguridad social, no tienen conciencia de su participación en el funcionamiento de un servicio público, de ser en cierto modo, y jugando una misión importante, los reguladores de los gastos de este servicio: se les ha de poner al corriente del perjuicio que irrogan a los asegurados y a la salud pública al extender recetas abusivas o al establecer bajas en el trabajo desprovistas de justificación. Esta inconsciencia proviene, en gran parte, de su ignorancia, a pesar de los esfuerzos de algunos profesores, todavía muy escasos por desgracia.

El código de deontología médica no es una especie de compromiso entre los principio tradicionales de la medicina francesa y las necesidades que han sido impuestas a esta medicina y a sus representantes por el hecho de la evolución social de nuestros días.

A los médicos se les plantearán nuevos problemas: conflictos que enfrentan la prescripción reglamentaria a la obligación de la conciencia profesional.

Como ha manifestado de una forma tan acertada el profesor JUSTIN BESANÇON, hace honor al cuerpo médico francés el haber situado constantemente su responsabilidad profesional por encima de una obediencia ciega o pasiva al texto de ciertos imperativos reglamentarios susceptibles de menoscabar la confianza de los enfermos. Porque respeta la ética profesional, la medicina francesa ha continuado siendo siempre una medicina humana.

Los jóvenes médicos de hoy, al igual que sus antecesores, sabrán mantenerse adictos a los preceptos de HIPÓCRATES, a los que se ligan por juramento el día en que se les concede el doctorado de manos de la Facultad.

Cualquiera que sea la evolución de la Medicina, su abnegación será la misma para el hombre enfermo que para el mejoramiento de la salud pública.

Gracias a sus maestros, a sus superiores, sabrán mantener con sus enfermos los contactos humanos indispensables para una buena medicina.

«Esta necesidad moral, tan vieja como la misma medicina, escapa a las leyes de la evolución y, precisamente por esta razón, en la medicina de mañana, al igual que en la de hoy, teniendo que mantenerse en esencia como una medicina del individuo, los jóvenes deben tener presente que sus antecesores, al codificar determinadas reglas morales, han trazado un camino recto y seguro.

La mentalidad puede evolucionar, pero las leyes morales que evocamos continúan inmutables y constituirán mañana, al igual que en tiempos pretéritos, la base espiritual del ejercicio de nuestra profesión» (P. CIBRIE).

De «Folia Clínica Internacional», número 1, enero 1963. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 445 - TOMO LXXV
ABRIL 1963
SECCIÓN VARIA

LA UNIVERSIDAD EN OTROS PAÍSES

OXFORD Y SUS ESTUDIANTES

En estos últimos tiempos ha habido grandes cambios en el aspecto de Oxford, nos dice Michael Beloff, *President of the Oxford Union Society*, o sea, la asociación de estudiantes de la Universidad. Los estudiantes que venían ingresando tras dos años de servicio militar obligatorio ya han terminado sus estudios y se han marchado. De nuevo, cual en el pasado, los alumnos pasan a la Universidad directamente desde la escuela, así que ahora los nuevos suelen ser más jóvenes. También se registran innovaciones en la arquitectura. Los edificios de nueva construcción ofrecen marcado contraste con la piedra gris de los *old Colleges*, los viejos Colegios.

No quiere decir esto que Oxford haya echado por la borda sus tradiciones de antaño. La «*May Morning*» (Mañana de Mayo) se sigue acogiendo con cantos desde la torre del Magdalen College y por los grupos de remeros en el río. Y al final de cada trimestre de verano en al menos cuatro o cinco «*Colleges*» tienen lugar los *Commemoration Balls* (Bailes de Conmemoración), de rigurosa etiqueta. En la *Boat Race* (la regata) sigue interesada toda Gran Bretaña, el «*tutorial system*» sigue siendo la base de la estructura académica.

Si bien el estudiante de Oxford ha de concentrar su atención en cuantos esfuerzos le sean menester para dar cima con éxito a sus estudios, también ha de dedicar algún tiempo al solaz, a otros quehaceres.

Abundan los clubs. Hay más de cien clubs con fines tan diversos cuales son los de persistir en las pretensiones de los Estuardos al trono de Inglaterra, la propagación del espiritualismo, la gastronomía y el jazz moderno. Se publican varias revistas (al igual que los clubs, obra todo de los estudiantes). La «*Isis*», para los de «vanguardia». La «*Oxford Circus*», para los más adeptos a la «vida de sociedad». Y la «*Cherwell*», para cuantos tienden a adentrarse en el diario acaecer y acontecer de la vida de Oxford. La asociación más famosa de la Universidad es la *Oxford Union*, fundada, va ya para dos siglos, como centro para debates, transformada ahora en centro de vida social, con su biblioteca, su restaurante, sus salas de lectura y otras amenidades.

En la Oxford Union han dejado su impacto muchos jóvenes que después han brillado en innúmeras esferas de la actividad humana. Citemos uno: el actual Primer Ministro de la Gran Bretaña, Mr. Macmillan. Y múltiples, asimismo, han sido las personalidades invitadas a hablar ante la Oxford Union: Sir Winston Churchill, Albert Einstein, Orson Welles... Allí tienen lugar debates sobre política, sobre arte, reformas sociales... aparte de las mociones fantasmágoricas. Todos los jueves unos seiscientos estudiantes asisten a estos debates, en los que se expresan opiniones con ingenio, distinción y pasión, a veces, por el mero deseo de querer decir algo. Son muchas las carreras políticas que han tenido su origen en la Oxford Union, y muchos son también los políticos visitantes que al marcharse se han sentido menos convencidos de su habilidad para hipnotizar a su público.



LA SALA DE LA OXFORD UNIÓN (ASOCIACIÓN DE ESTUDIANTES), EN DONDE TIENEN LUGAR LOS DEBATES. EN SU DESARROLLO ÉSTOS SE AJUSTAN A LAS NORMAS Y AL PROTOCOLO DE LOS DEBATES PARLAMENTARIOS. PARA MUCHOS QUE POSTERIORMENTE LOGRARON FAMA COMO POLÍTICOS EMINENTES, LA OXFORD UNIÓN FUE EL PALENQUE EN DONDE HICIERON SUS PRIMERAS ARMAS.

El deporte, la política, las reuniones, son ocupaciones diarias del estudiante. Pero en Oxford el centro de la vida estudiantil está en los Colegios; en otras Universidades lo constituyen las *Students' Unions*. En Oxford y Cambridge se es *undergraduate* (aún no graduado). En otras universidades se es *student*. En estos últimos tiempos el sector más radical ha venido arremetiendo contra esta distinción en debates y en artículos por todo el ámbito de la Universidad. Cunde, en creciente ritmo, el afán de adaptarse al mundo exterior, de ampliar los enlaces, de crear un *communal centre*.

Este año se prepara el asalto a un baluarte con la campaña en pro de que se admita a las mujeres, a las estudiantes, con plenos derechos, en la *Union*, que siempre ha sido coto cerrado de los estudiantes. Por otra parte, persiste la tradicional rivalidad entre los Colleges. La contrapuesta situación geográfica de *Balliol* y de *Trinity* sirve de pretexto para que en las murallas se pinten *slogans* satíricos, para que se cuelguen de la torre una diversidad de objetos y para otras manifestaciones de amistosa hostilidad. Al topar con estas cosas arcaicas, el afán racionalista y democrático de Oxford piensa que el contrario con quien ha de contender le gana en poderío. No obstante las flechas del sarcasmo radical lanzadas contra el viejo sistema, la pátina de la tradición subsiste y perdura. Las ceremonias de la concesión de grados han de efectuarse en latín, y a las clases, a los tutoriales y a las comidas ha de acudirse vistiendo *the gowns*. El manto de la inmunidad se extiende sobre todas estas tradiciones de un remoto pasado que parece sentirse al margen de los cambios y de la crítica.



«Bol. de Inf. de la Embajada Británica», núm. 350, enero 1963. Madrid.

CLINICA Y LABORATORIO
NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

SOBRE LA PATOGENIA DE LAS METÁSTASIS CANCEROSAS EN EL ESQUELETO

POR EL
DR. MANUEL BASTOS ANSART
BARCELONA

LAS *metástasis cancerosas* en el esqueleto suelen designarse con el nombre de cánceres secundarios de los huesos. Tal denominación es poco apropiada, pues en el sentido estricto de la palabra, no puede hablarse de cánceres óseos primitivos. Y si se da tal nombre a los sarcomas de los huesos, se incurre en una doble inexactitud, toda vez que dichos tumores no es precisamente en los huesos, sino más bien en la medula ósea donde se originan. Algo análogo ocurre con las metástasis cancerosas genuinas, pero lo que les da personalidad es su aparición en determinados huesos. Tanto más cuanto que los cánceres, casi siempre viscerales, de que proceden pasan con cierta frecuencia inadvertidos o se suponen enteramente curados.

Esta localización de los cánceres secundarios es mucho más frecuente de lo que se cree. Así lo demuestran las grandes estadísticas de los institutos de anatomía patológica, en las que se sitúan las metástasis óseas en el tercer lugar de frecuencia, o sea, inmediatamente después de las del pulmón y las del hígado. ¿Por qué ocurre así?

Todo parece indicar que la vía hematógena es, en definitiva, la etapa final de la diseminación de los tumores malignos, tanto epiteliales como conjuntivos. Incluso cuando aquéllos han seguido la vía de los vasos y ganglios linfáticos para su inicial emigración, que en último término debe conducir las células neoplásicas al torrente venoso. Este las lleva al corazón derecho y al pulmón, que en todos los casos se interpone como una barrera o un filtro ante la emigración tumoral. Cuando se trata de elementos neoplásicos procedentes de órganos de la circulación portal, han de salvar antes la barrera hepática para alcanzar así la cava inferior, que, en definitiva, las conduce al corazón y al filtro pulmonar. Desde este órgano pasan dichos elementos al corazón izquierdo y a la circulación arterial, que les abre el camino a los huesos.

¿Pero a qué se debe esta relativa preferencia de las metástasis cancerosas por el sistema óseo? Es evidente que las células tumorales arrastradas desde el corazón a la circulación arterial tienen que ser llevadas por ésta a todos los órganos del cuerpo sin distinción posible, de un modo imparcial, pudiéramos decir. Si tienden a colonizar en los huesos, debe suponerse que en este tejido encuentran con-

diciones especiales para ello. Así es, en efecto. Está bien comprobado que los capilares terminales de la arteria nutricia tienden a presentar dilataciones ampulares a nivel del tejido esponjoso de los huesos cortos y de las capas subcorticales de los huesos largos. En estos diminutos lagos hemáticos remansa, e incluso queda del todo estancada, la corriente sanguínea, dando lugar así a la sedimentación y asiento de las células tumorales (fig. 1).

El posible escape de estas células hacia los capilares de la cortical está dificultado por la especial angostura de dichos vasos, que es tanto más pronunciada cuanto más se acercan a la superficie del hueso, o sea, al punto de separación entre éste y el periostio. Por eso sangran tan poco los huesos cuando se les desperiosta a fondo, es decir, bien al ras de su cortical. Y por eso también es muy poco frecuente que las metástasis neoplásicas en el esqueleto aparezcan localizadas en la capa más superficial de los huesos, o sea, por debajo del periostio.

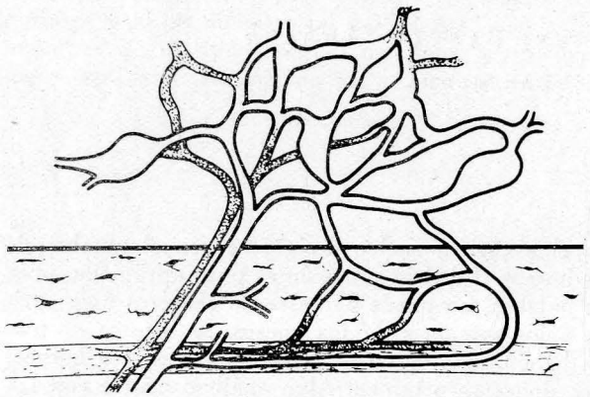


FIG. 1.—DILATACIONES AMPULARES DE LA RED CAPILAR EN LAS MALLAS DEL HUESO ESPONJOSO Y EN LA CAPA SUBCORTICAL DEL HUESO LAMINAR. ESTA DISPOSICIÓN FAVORECE EL REMANSO SANGUÍNEO Y LA ESTANCACIÓN DE LAS CÉLULAS TUMORALES.

No es rara, empero, la aparición de metástasis periósticas. Pero tal localización es más bien aparente que real, pues de hecho se debe a la irrupción fuera de la superficie ósea de células tumorales procedentes de un foco subcortical exteriorizado. Fuera de estos casos, es cosa cierta que la localización electiva de las metástasis tumorales en los huesos es el tejido esponjoso o la trama subcortical, de análoga estructura.

Quedan expuestas las razones de tal localización. Debe decirse, sin embargo, que no todos los autores las admiten. Los que todavía defienden la doctrina de la permeación de Handley, es decir, la emigración de las células cancerosas a lo largo de la pared de los linfáticos, creen que por este mecanismo pueden producirse los focos neoplásicos secundarios en los huesos. Pero a esto debe argüirse que no está bien probada la presencia de vasos linfáticos en el tejido esponjoso de los huesos cortos, y mucho menos en la subcortical de los huesos largos. Se opone también a tal modo de pensar el hecho de que los cánceres secundarios nunca dan lugar a forma alguna de repercusión ganglionar.

Lo antedicho explica, hasta cierto punto, la preferencia que muestran los cánceres secundarios por ciertos y determinados huesos. Estos son, como ya se supone, los más ricos en trama esponjosa laxa, con finas trabéculas que limitan anchos espacios en los que se aloja medula ósea roja rica en vasos y, por tanto, en remansos sanguíneos.

Es de observar, sin embargo, que dichas metástasis se hacen también en el seno de la esponjosa sumamente rarificada, hasta la casi desaparición de toda la trama ósea, que presentan ciertas zonas de los huesos seniles. La medula que albergan

estas zonas —la extremidad superior del fémur, entre ellas— es de tipo grasoso, o sea, casi avascular y poco apta, por tanto, para la estancación y colonización de células tumorales emigrantes. Si a pesar de ello no es del todo rara tal colonización en dichas zonas, es porque en las mismas persisten amplios islotes de medula roja. Así se admite por algunos autores (HEDINGER, PINEV). Pero es legítimo dudar de tal interpretación.

De todos modos, es indudable que las metástasis óseas se presenten con notable frecuencia en algunos huesos, y son, en cambio, muy raras en otros (fig. 2). La localización en la columna vertebral predomina absolutamente. Tras de ella vienen las localizaciones en la pelvis y en la extremidad superior del fémur. Les siguen las localizaciones en cráneo, en costillas y en extremidad superior del húmero. Y son más bien excepcionales las metástasis en otros huesos, que no suelen aparecer afectados más que en los casos de carcinosis generalizada.

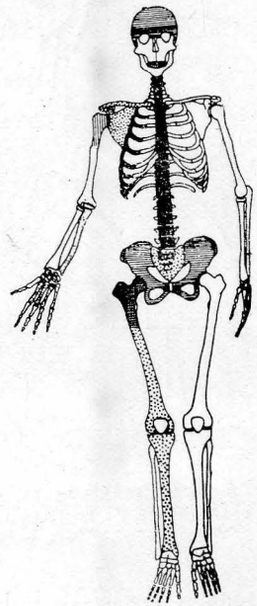


FIG. 2.—LOCALIZACIONES PREFERENTES DE LAS METÁSTASIS CANCEROSAS EN LOS HUESOS. SE REPRESENTAN CON TONOS OSCUROS LAS MÁS FRECUENTES —EL ESPINAZO— Y CON TONOS MÁS CLAROS, EN RELACIÓN CON SU FRECUENCIA, LAS DE LOS RESTANTES HUESOS (SEGÚN WALTHER).

No menos digno de atención es el hecho de que ciertos cánceres propendan más que otros a la localización metastásica en los huesos. Es bien conocida la frecuencia con que van seguidos de metástasis óseas los cánceres de mama y de próstata. También las producen, pero ya con mucha menos frecuencia, los tumores malignos del riñón. Menos frecuentes son las de los cánceres de tiroides, útero, estómago, recto y pulmón; en el orden, poco más o menos, en que los exponemos. Y es muy raro que aparezcan tales metástasis tras de los cánceres de intestino delgado y demás órganos tributarios del territorio de la vena porta.

En publicaciones nuestras anteriores, se trata de buscar una explicación a tales hechos. Por lo que se refiere a los cánceres de todo el territorio portal, parece bien comprensible la rareza de las metástasis esqueléticas. Es indudable que las células neoplásicas emigradas de dichos cánceres tienen que pasar necesariamente por el hígado, que las retiene como un filtro, según hemos dicho, ofreciéndoles asiento para colonizar. Así se producen los cánceres secundarios del hígado, que, como es bien sabido, son mucho más frecuentes que los primitivos (en la proporción de uno a veinte, según HERXHEIMER). Y es natural pensar que la intrínseca gravedad de estos cánceres no deja margen alguno a una diseminación y colonización ulterior en los huesos de las células cancerosas. Todo hace creer que el cáncer secundario de un órgano clave, como es el hígado, mata antes de generalizarse.

¿Pero por qué no pasa lo mismo con el pulmón, que es, todavía más que el hígado, punto de paso obligado de las células tumorales en vías de generalización? Según hemos dicho, este proceso lleva necesariamente a la circulación pulmonar todas las células tumorales, procedentes de cánceres situados en distintos órganos y regiones del cuerpo, así que penetran en el torrente sanguíneo tras de una etapa linfoganglionar o sin ella. Sólo pueden escapar al tránsito por el pulmón las célu-

las que provienen de cánceres situados en el territorio portal, cuando las mismas quedan retenidas por el hígado y colonizan en él determinando metástasis, las tan temidas metástasis hepáticas de los cánceres del intestino.

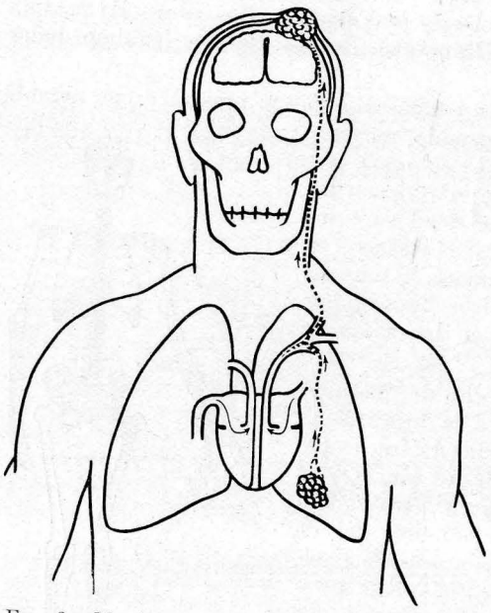


FIG. 3.—METÁSTASIS DE LOS CÁNCERES BRONCOPULMONARES EN EL CRÁNEO Y EN EL CEREBRO POR VÍA DIRECTA.

En contraste con la notable frecuencia y la extrema gravedad de estas metástasis en el filtro hepático, no parece que el filtro pulmonar sea afectado por el obligado tránsito de las células cancerosas. Por lo menos, es bastante raro que los carcinomas de la curvadura menor del estómago (zona no tributaria de la circulación portal), de la mama y de otras zonas del cuerpo vayan seguidos de metástasis en el pulmón. ¿Por qué?

A esta pregunta contestan algunos admitiendo en el pulmón una especial resistencia a la invasión por las células tumorales. Tal resistencia se ejercería, en todo caso, nada más que ante las células neoplásicas de tipo epitelial, es decir, ante las de los cánceres genuinos y no ante las de tipo conjuntivo, o sea, ante las de los sarcomas. Es bien conocida, en efecto, la notable tendencia a producir metástasis pulmonares de los sarcomas en general y muy especialmente de los sarcomas óseos. No es concebible, pues, esta receptividad del pulmón para los elementos celulares de estirpe conjuntiva y su inmunidad o su resistencia específica frente a los de estirpe epitelial.

Téngase en cuenta, además, que el pulmón es el órgano que con más frecuencia —con creciente frecuencia— es asiento de cánceres típicamente epiteliales. Y no es nada raro que estos cánceres den metástasis óseas, verosímilmente por la vía directa de la circulación arterial. No parece tan fácil explicar el hecho de que estas metástasis se presenten con especial reiteración en los huesos del cráneo y que todavía sean más frecuentes en el cerebro (fig. 3).

Es muy posible, sin embargo, que la colonización secundaria de las células cancerosas en el pulmón pase inadvertida clínicamente. Según este modo de pensar, las metástasis pulmonares de cánceres procedentes de otras regiones u órganos corporales serían casi siempre múltiples y microfocales, a diferencia de las de los sarcomas, que suelen ser macrofocales o masivas. Esto las hace fácilmente apreciables por el examen radioscópico, además de especialmente ominosas por su evolución clínica. En cambio, las secundarias a cánceres genuinos, podrían escapar al examen clínico por su exiguo tamaño y sorda evolución. Así lo admiten los anatomopatólogos de más nutrida experiencia en los exámenes necrópticos. Estos revelan la presencia de focos cancerosos secundarios en el pulmón con una frecuencia mucho mayor de la que se traduce en las estadísticas clínicas sin datos *post mortem* (WALTHER). El hecho tiene una importancia que no es necesario esclarecer.

Creemos, sin embargo, que puede encontrarse para el mismo otra explicación. Si los cánceres secundarios de los huesos rara vez van acompañados o precedidos por cánceres asimismo secundarios del pulmón, es porque este órgano puede quedar fuera del tránsito de las células tumorales cuando éstas emigran desde el foco primitivo a la metástasis esquelética. Así calculamos que ocurre en ciertas localizaciones de los cánceres primitivos. Que son precisamente las que con más frecuencia dan lugar a metástasis en el sistema óseo.

Nos referimos con esto a los cánceres de mama y de próstata. Su ya señalada tendencia a colonizar en los huesos debe relacionarse con su no menor tendencia a localizar estas metástasis en la columna vertebral y en la pelvis. Con una preferencia casi exclusiva por el espinazo, en los de mama, y con mayor preferencia por los huesos de la pelvis, en los de próstata.

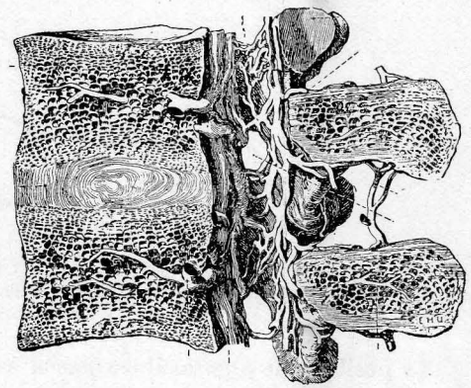


FIG. 4.—EL PLEXO VENOSO VERTEBRAL (SEGÚN SPALTEHOLZ).

Uno y otro órgano, la mama y la próstata, presentan conexiones circulatorias muy amplias con los plexos venosos vertebrales. Estos plexos, de mallas muy tupidas, se extienden por fuera y por dentro del raquis (fig. 4). Las venas que los forman son de paredes muy delgadas y están desprovistas de válvulas. Su relación directa con los plexos venosos periprostáticos y con la red venosa de la mama se encuentra bien estudiada y está representada gráficamente en los buenos atlas de anatomía, el de PERNKOPF, por ejemplo.

Está bien demostrado además que el plexo vertebral funciona, en cierto modo, como un sistema autónomo, que por las conexiones antedichas puede constituir una especie de reservorio, o sea, una vía de derivación para la sangre de los sistemas venosos parietales anteriores de la mama y los viscerales, pelvianos, de la próstata (BATSON).

Ocurre así que toda presión sobre la parte ventral del cuerpo o todo aumento en la presión intraabdominal empuja hacia el plexo vertebral una masa de sangre que le ingurgita. Los cirujanos podemos ver directamente este fenómeno en las operaciones sobre la columna vertebral, la laminectomía especialmente. Esta intervención es siempre muy sangrante cuando se realiza con el enfermo yaciendo en decúbito prono sobre el plano duro de la mesa de operaciones. Pero si se cuida de mantener sin presión alguna el vientre o la pared del pecho, el campo se hace notablemente exangüe (figs. 5 y 6).

En el transcurso de la vida deben producirse a cada paso estas alternativas de vaivén en la sangre, desde los plexos venosos ventrales a los dorsales del espinazo. Es muy posible, por tanto, que tales vaivenes arrastren directamente las células cancerosas desprendidas de un tumor de mama o de próstata hasta los lagos venosos de la medula roja que se aloja en los somas vertebrales, dando así lugar a las metástasis correspondientes.

En los cánceres de próstata, estas metástasis por vía directa se producirían, como

hemos dicho, por el camino de las gruesas venas del plexo periprostático, que a su vez están en comunicación inmediata con las del plexo sacro, es decir, con la parte caudal del plexo vertebral. Por eso suele ser en el sacro y en los huesos de la pelvis donde se localizan de preferencia las metástasis óseas de los cánceres prostáticos.



FIG. 5.—EL PLEXO VERTEBRAL SE INGURGITA POR REFLUJO SANGUÍNEO CUANDO EL CUERPO YACE EN DECÚBITO PRONO.

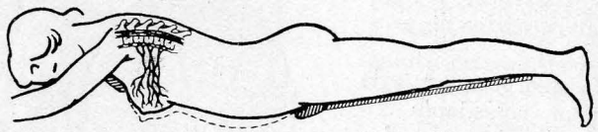


FIG. 6.—CUANDO LA PRESIÓN SOBRE LA PARTE VENTRAL DEL CUERPO CESA, LA SANGRE REFLUYE HACIA LOS PLEXOS VISCERALES DEL PECHO.

Es posible que algo análogo pueda ocurrir en algunos cánceres del recto y del ano, a pesar de que estas partes se encuentran en el territorio de la vena porta. La emigración de las células tumorales se haría en tales cánceres directamente desde las venas hemorroidales a las del plexo sacro, pues entre unas y otras existen anastómosis más o menos amplias, pero siempre patentes (fig. 7).

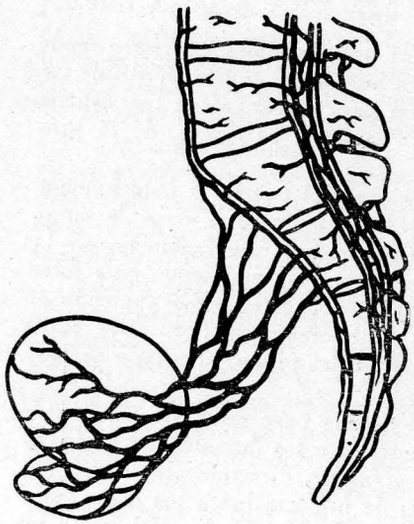


FIG. 7.—ESQUEMA DE LAS COMUNICACIONES ENTRE EL PLEXO PROSTÁTICO Y EL SACRO-VERTEBRAL.

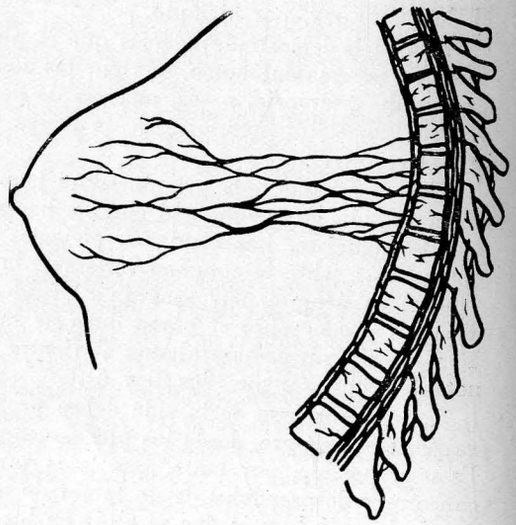


FIG. 8.—ESQUEMA DE LAS COMUNICACIONES ENTRE EL PLEXO VERTEBRAL Y LA RED VENOSA DE LA MAMA.

Las metástasis espinales por vía directa se harían en los cánceres de mama siguiendo las venas intercostales. Estas venas establecen una comunicación bien manifiesta entre el plexo vertebral y la gran esponja venosa que rodea y se entrelaza con la glándula mamaria (fig. 8). Se explica así también el hecho de que las metástasis del cáncer de mama en el espinazo tiendan a presentarse en el cuerpo de las vértebras dorsales o en el de las lumbares más altas y no en las zonas más bajas de la columna vertebral o en la pelvis.

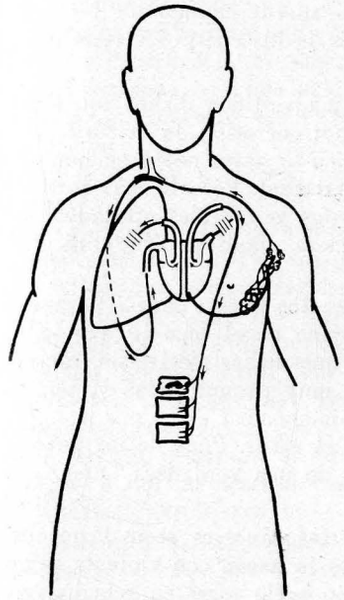


FIG. 9.—ESQUEMA DE LAS VÍAS DE GENERALIZACIÓN DE LOS CÁNCERES DE MAMA DESDE LA PRIMERA ETAPA GANGLIONAR A LAS VÉRTEBRAS.

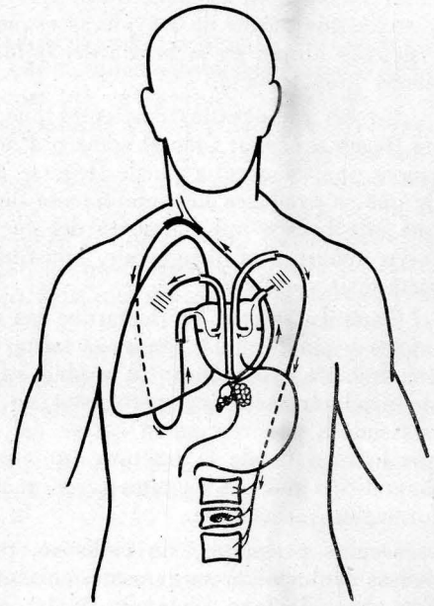


FIG. 10.—ESQUEMA DE LAS VÍAS DE GENERALIZACIÓN DE LOS CÁNCERES DE LA PORCIÓN CEFÁLICA DEL ESTÓMAGO.

La realidad de estas metástasis por vía directa está, para nosotros, fuera de duda. Reconocemos, sin embargo, que tal mecanismo se compagina mal con el hecho de la tardanza en aparecer los focos óseos secundarios, que es, hasta cierto punto, característica de los cánceres de mama y de próstata, precisamente. Sabido es que tales tumores se presentan con gran frecuencia algunos años o incluso bastantes años después de un carcinoma mamario extirpado, al parecer, con todo éxito. Algo análogo ocurre, aunque ya con mucha menos frecuencia, tras de ciertos cánceres de próstata operados o tratados simplemente por los estilbenos. Tampoco son nada raras las metástasis tardías en los cánceres del cuello uterino operados, al parecer, radicalmente y en algunos tipos aparentemente benignos de adenoma del tiroides.

La aparición de metástasis tardías se explica bien en los cánceres que tienden a seguir la vía linfática en el comienzo de su generalización. Así ocurre, muy especialmente, en ciertos tipos de cáncer mamario (fig. 9) y en los de la curvadura menor del estómago, que, como es sabido, suelen permanecer bastante tiempo sin sobrepasar la etapa ganglionar (fig. 10). En uno y otro caso es evidente que la

expansión tumoral tiene que quedar detenida durante cierto tiempo ante la barrera que le oponen los ganglios linfáticos regionales. Y ello explica, hasta cierto punto, la lentitud del proceso de generalización en los cánceres a que hacemos referencia, así como en otras localizaciones de los cánceres epiteliales.

Es muy posible, por otra parte, que el retraso en aparecer ciertas metástasis óseas sea más aparente que real. Es bien sabido que estas metástasis pueden permanecer latentes clínicamente durante largo tiempo cuando asientan en ciertos huesos y en ciertas partes de las piezas esqueléticas. Así sucede cuando los focos metastásicos se alojan en lo hondo del tejido esponjoso de los cuerpos vertebrales y no tienen gran tamaño.

En las radiografías corrientes pueden pasar inadvertidos dichos focos cuando no llegan a ocupar todo el soma o a deformarlo por corrosión de su cortical. Solamente por tomografía puede llegarse al diagnóstico de tales neoformaciones antes de que se produzca un hundimiento del cuerpo vertebral. Pero lo más corriente es que este brusco aplastamiento del cuerpo o cuerpos vertebrales afectados, con el torvo cuadro consubsiguiente, constituya la primera manifestación clínica de la metástasis vertebral.

También es cosa corriente que las metástasis en los huesos largos permanezcan mudas y sin producir síntomas hasta que sobreviene en el foco lo que se llama una fractura espontánea. En verdad, es muy raro que dichas metástasis transcurran sin producir molestias, pero éstas no suelen ser muy pronunciadas y, por tanto, se tiende a ponerlas en la cuenta del socorrido diagnóstico de reumatismo. Hasta que la tragedia de la fractura espontánea disipa el error. Pues de un puro error diagnóstico se trata en tales casos, más bien que de una verdadera latencia en la formación metastásica.

Ocurre preguntar, sin embargo, por qué ciertos cánceres secundarios de los huesos evolucionan sordamente, en tanto que otros lo hacen con violenta premura. Este ritmo lento o acelerado de las metástasis no suele estar en relación con el del tumor primitivo. Algunos cánceres viscerales de evolución lentísima pueden dar lugar a metástasis óseas rápidamente destructoras. Tanto es así que en algunos casos tienen estas metástasis todo el aspecto de tumores primitivos, pues el que les ha dado origen, y que casi siempre es un cáncer visceral, ha transcurrido calladamente, sin dar lugar a síntomas. En un trabajo nuestro anterior, se hace un análisis de estos casos de tumores óseos falsamente primitivos y se llama la atención sobre sus desconcertantes caracteres clínicos.

La evolución de las metástasis óseas se encuentra, eso sí, en estrecha relación con la estructura histológica de las mismas. Como ya se comprende, son rápidamente destructores los tumores secundarios de tipo osteolítico y de muy premioso desarrollo los de tipo osteoblástico. Ejemplo de estos últimos son las llamadas «vértebras de marfil», forma muy característica de las metástasis vertebrales presentes de ciertos cánceres de próstata. Suelen ser de tipo osteolítico y, por tanto, de ominosa evolución, las metástasis del cáncer de estómago y también el de mama en las metáfisis del fémur. En ciertas metástasis parecen estar mezcladas íntimamente la rarefacción y la neoformación de la trama ósea, hasta el punto de que el hueso toma un típico aspecto pagético. Estas metástasis pagetoides, relativamente benignas casi siempre, se presentan casi exclusivamente en la pelvis y como consecuencia de cánceres prostáticos.

¿A qué se deben estas diferencias en la estructura y en el curso de los cánceres secundarios? Téngase en cuenta que el asiento de los mismos es, en principio,

la medula ósea. Pero en el tejido medular se encuentran reunidos y más o menos entremezclados con el retículo mieloide o linfático los elementos formadores del hueso, la grasa y la trama conectiva vascular. Todos estos tejidos están íntimamente conexionados con el proceso de osteogénesis, y este proceso tiene que estar profundamente influenciado por la irrupción en medula de las células neoplásicas que forman las metástasis, o sea, por elementos celulares extraños a la parte, extraños también a toda ley de desarrollo orgánico y dotados, además, de poderes agresivos más o menos pujantes.

Todo parece indicar que esta agresividad de las células tumorales va unida a su especie y procedencia. Se sabe, en efecto, que la intensa osteolisis característica de ciertos sarcomas está producida directamente por las propias células de los mismos. Por el contrario, en los sarcomas osteoplásticos parece tratarse más bien de una acción indirecta de dichas células en el sentido de activar la producción de osteoblastos, que a su vez desencadena una reacción osteoplástica más o menos intensa.

Esto último es lo que parece ocurrir también en los cánceres metastásicos. Nada prueba que las células de los mismos tengan un poder destructivo directo. En cambio, es legítimo pensar, razonando por analogía, que en dichos cánceres se encadenan y suceden estas dos fases contrapuestas de la actividad osteogenética: la de los osteoclastos y la de los osteoblastos, la de rarefacción y la de reconstrucción del hueso. En todo caso, tiene que tratarse de una acción indirecta de las células tumorales de tipo epitelial. Hay quien cree incluso que las mismas perturban el proceso de osteogénesis de un modo mucho más indirecto, o sea, por el estasis sanguíneo que determina su presencia en masa dentro de la trama ósea (RECKLINGHAUSEN) o por las necrosis tisulares a que da lugar dicha aglomeración de células parasitarias (AXHAUSEN).

Se explica así el aspecto y disposición histológica habitual de los cánceres secundarios de los huesos, que casi siempre aparecen constituídos por zonas de rarefacción que alternan con otras de neoformación ósea. El predominio de unas y otras zonas es algo que parece privativo de cada uno de estos tumores. Entre los de tipo osteolítico y los de tipo constructivo o esclerógeno predominante, se encuentran toda clase de gradaciones. Y, lo que es más notable, en la evolución de estos tumores es cosa corriente que se sucedan las etapas de destrucción ósea con las de neoformación, bien apreciables incluso en exámenes radiográficos sucesivos.

Estas alternativas pueden ser espontáneas, pero con mucha más frecuencia son consecuencia del tratamiento a que se someten las metástasis. Muchas de ellas responden a la cura hormonal o a la radioterapia en la forma más satisfactoria, en apariencia al menos, pues determinan notables adensamientos de la trama ósea en todo el foco tumoral o, con más frecuencia, solamente en algunos puntos del músculo. En verdad, es también cosa corriente que tales mejorías vayan seguidas de bruscas rarefacciones óseas, que casi siempre coinciden con trastornos del estado general y preceden a funestos avances en la generalización tumoral.

En definitiva, debe reconocerse que el curso de estos tumores metastásicos es siempre imprevisible. No menos imprevisible es el efecto de los tratamientos antes aludidos sobre los mismos. Algunos tipos de metástasis óseas parecen especialmente vulnerables a la radioterapia, otros a los tratamientos hormonales, y otros a la combinación de ambos medios. ¿A qué se debe esto?

Queda en el aire la respuesta a tal interrogación, como ante tantas otras que plantean los cánceres secundarios. Una de ellas viene suscitada por el hecho de que ciertos tumores, como los hipernefromas, tienden a situar sus metástasis en la

diáfisis de los huesos largos, en tanto que los carcinomas prefieren para ello los huesos esponjosos o la metástasis de los huesos largos. ¿Por qué?

Asimismo, ¿por qué algunas formas de metástasis son monostóticas y suelen permanecer como tales, y otras tienen, desde el primer momento, o casi desde el primer momento, el carácter de múltiples, o sea, poliostóticas?

¿Por qué ciertas metástasis presentan una disposición poli y microfocal, o sea, que el tumor es como un acúmulo local de pequeñas masas tumorales que acribillan el hueso afecto, y otros tipos de metástasis tienen más bien una forma ampular, es decir, están constituídas por un gran foco, único, de límites relativamente precisos y de forma vagamente esférica?

¿Por qué?... ¿por qué?... ¿por qué?... Tras de cada cuestión que consideramos resuelta en este estudio de los cánceres óseos, se suceden otros y otros interrogantes en cadena. Pero, ¿no es ello la obligada secuela de toda curiosidad científica?

RESUMEN

Las metástasis óseas ocupan por su frecuencia el tercer lugar, después de las pulmonares y las del hígado.

Su relativa preferencia por el sistema óseo es explicada detalladamente por las especiales características de la circulación, que hacen que se fijen en determinados huesos.

Algunos cánceres, como los de mama y los de próstata, propenden más que otros a su localización ósea.

Se analizan los mecanismos para la fijación por vía directa y también para las metástasis tardías.

La evolución, en unos casos, es sorda, y en otros, violenta y rápida, y parece guardar estrecha relación con la estructura histológica, estando la agresividad de las células tumorales unida a su especie y procedencia; pero su curso es siempre imprevisible.

Respecto al tratamiento, algunos tipos de metástasis óseas parecen especialmente vulnerables a la radioterapia, otros a los tratamientos hormonales, y otros a la combinación de ambos medios, pero su estado y evolución aparecen todavía en la actualidad plenos de interrogantes.

Dirección: Paseo de la Bonanova, 22. Barcelona - 6.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

SOBRE HORMONOLOGÍA GINECOLÓGICA PARA EL MÉDICO GENERAL, CON ESPECIAL MENCIÓN DE LAS GONADOTROPINAS Y SUS PELIGROS

POR EL

PROF. VÍCTOR CÓNILL-MONTOBBIO

BARCELONA

Es experiencia diaria que un gran número de ginecópatas con trastornos funcionales, antes de acudir al ginecólogo, han sido atendidas por el médico general, quien, en no pocos casos, ha resuelto el problema patológico tanto por el acierto en el manejo de los fármacos, generalmente hormonas, como porque la mayoría de esos trastornos tienden espontáneamente a la curación.

Al pantíatra va dedicado especialmente este artículo, para informarle acerca de los puntos siguientes:

a) Los *estrógenos* son prácticamente innocuos, lo mismo los naturales que los llamados sintéticos. Esta clasificación no es muy feliz, porque en la actualidad los estrógenos naturales del comercio también son sintéticos, obtenidos con fórmulas y propiedades exactas. Antes se extraían de opoterápicos (*opos*: jugo) ováricos; de ahí el nombre de naturales. El representante de este grupo es el *estradiol*.

Los llamados sintéticos, cuyo preferido actualmente es el *dietilestilbestrol*, no tienen nada que ver, químicamente, con los anteriores; no son esteroides, pero tienen igual fármacodinamia; son mucho más económicos y activos *per os*, ya que el hígado no los destruye. Adviértase, porque el hecho es muy interesante, que por encima de las dosis habituales, que son pequeñas (0'5 - 1 mg.), dichas hormonas sintéticas pueden no ser bien toleradas por el estómago, aunque, como es de rigor, se tomen después de las comidas; en cambio, *cuando hay embarazo* se toleran dosis mil veces mayores: un gramo (!) en inyección de una vez y aun seguida de uno a cuatro comprimidos, diarios hasta el final del embarazo, de 25 miligramos, en la amenaza severa de aborto.

Aun con dosis menores, este tratamiento tiene sus éxitos, que atribuímos a la vasodilatación importante que producen los estrógenos, de la que resulta una mejor nutrición de la caduca y, por tanto, del huevo.

Recientemente, la no siempre acertada inquietud de los laboratorios ha ofrecido al médico un nuevo estrógeno equino conjugado, que se administra por vía intravenosa. Desde luego, es auténtico estrógeno natural circulante, conjugado con citrato de Na, lactosa, etc. Por su dosis y vía de administración, representa

un aporte masivo de estrógenos, cuando no llegan al nivel necesario los del ciclo para estimular la producción de LH por parte de la hipófisis y con ello la ovulación.

Está actualmente en ensayo; por ello ofrecemos el tema al médico práctico, sólo a título de información, dedicado por nosotros principalmente al tratamiento del ciclo anovulatorio, y los primeros y escasos ensayos de SALAMERO y ESTEBAN, algún otro y los nuestros, son, por el momento, bastante favorables.

Merece consignarse que los estrógenos han conseguido amplia aplicación en Medicina interna, no sólo para aliviar las molestias propias de la menopausia y postmenopausia, sino en la gran variedad y extensión de los procesos reumáticos, en distrofias óseas, etc. De aquí que haya un gran número de metrorragias yatrógenas, en la vejez. Cuando la exploración visual y táctil (piénsese también en el cáncer de la trompa), biopsia de endometrio y acaso de cuello, son negativas, recomendamos a la paciente que diga a su médico que le dé lo que quiera. En este caso concreto, la posible participación de los estrógenos en la etiología del cáncer de endometrio tiene más interés académico que práctico.

Prescindo, por sobradamente conocidos, de detalles sobre las principales indicaciones de los estrógenos, que son lógicamente las por hipoestronismo: amenorrea, esterilidad, craurosis, prurito y trastornos climatéricos. No está todavía aquí la intención de este artículo.

b) La *progesterona* es la otra hormona sexual. Innocua como la anterior. Es el sol que hace dar fruto a la sembradura que ha proliferado bajo la lluvia. Esta comparación nos parece acertada al servicio del acontecimiento hormonal que representa que, en la primera mitad del ciclo menstrual, el ovario produce una hormona que proyectada sobre la mucosa uterina, principal órgano efector, la hace proliferar, y en la segunda mitad, otra hormona, que es la que nos ocupa, que asociada a la primera la hace segregar, fructificar para el caso que llegue a ella un óvulo fecundado y pueda nutrirse.

Al igual que el estradiol, elaborado por el folículo, la progesterona es también un esteroide. Se obtenía, en escasa cantidad, del cuerpo amarillo de la marrana, y en la actualidad se obtiene sintéticamente.

A diferencia de los estrógenos, de los que es pródiga la Naturaleza, no se han encontrado sustancias extrañas con poder progestacional, pero sí lo tienen otros esteroides que se obtienen por síntesis a partir de la testosterona y de hormonas de la córticosuprarrenal. Al conjunto de estas hormonas de aplicación médica se les llama *gestágenos*, sinónimo de pro-gestación.

La progesterona ha sido abundantemente empleada en el tratamiento de la amenaza de aborto y del aborto habitual. Consecutivamente asociada a los estrógenos en el establecimiento de ciclos artificiales. En las menometrorragias. Pocas más. La innocuidad no es absoluta. Sepa el médico dos hechos: Con los gestágenos nor-derivados de la testosterona, administrados por vía oral durante los veinte días centrales del ciclo, se suspende la ovulación; se esteriliza, por tanto, a la mujer, objetivo que puede caer fuera del código moral. Otra observación es que el empleo abusivo de la progesterona durante la gestación puede alterar el fenotipo sexual del feto hembra produciendo un seudohermafroditismo ginandro. De ello hay observaciones por el uso de gestágenos nor-testosterónicos; pero usando progesterona pura no se ha observado virilismo alguno (CANLORBE y SEBAOUN-ZUCMAN). Esto puede depender principalmente de que los nor-testosterónicos son muchos más activos. No está tampoco aquí la intención de este artículo, pero sí en lo que sigue.

c) Es conocimiento elemental que las dos hormonas que periódica y sucesivamente produce el ovario, la que promueve la proliferación del endometrio en forma de glándulas en tirabuzón grandes y vacías, y a continuación la que promueve la secreción de sus propias células glandulares, llenándolas de materiales nutritivos para el nuevo ser, dos semanas para la primera fase y otras dos para la segunda, esas dos hormonas que hemos visto anteriormente, están gobernadas por la *hipófisis*, que comunica al ovario la capacidad de transformar el colesterol circulante en sus propios esteroides.

El gobierno de la hipófisis sobre la producción de las dos hormonas del ovario se hace por medio de otras dos hormonas rectoras: la *gonadotropina*, que estimula el desarrollo de los folículos ováricos conjuntamente con la producción de estrógenos, y la que estimula la producción de progesterona.

Los laboratorios ponen a disposición del médico práctico dichas dos distintas hormonas gonadotropas hipofisarias. No han podido obtenerse de glándulas del matadero, y menos, sintéticamente, porque se trata de glucoproteínas. Las hipófisis de animales son de escaso contenido gonadotropo, impropias por tanto para provecho comercial. Se han ensayado, a título de curiosidad, gonadotropinas humanas extraídas de cadáveres recientes (BUXTON y HERRMANN), comprobando experimentalmente la existencia de las dos gonadotropinas.

También es de origen humano una gonadotropina que extrae la casa «Serono» de la orina de menopáusicas. No extrañe al lector esta fuente de obtención. Cuando no hay función gonadal, como en el síndrome de Turner, por ejemplo, y en todas las amenorreas de origen ovárico, la hipófisis refuerza considerablemente su función gonadotropa pretendiendo el desarrollo de unos folículos que no existen. Esto es lo que se dice, por decir algo. Pero si se considera que en la mujer vieja, entre sesenta y noventa años, cuyos ovarios no son más que garrapiñadas fibrosas sin parénquima alguno, su hipófisis no sólo continúa segregando gonadotropinas, sino que tiene un contenido tres veces mayor (600 UR) al propio de la mujer en fase generativa (investigaciones de BAHN y otros en material hipofisario de muerte súbita), hay que aceptar que si la Naturaleza no tiene mecanismo alguno inútil, dichas gonadotropinas tienen una misión, en el concierto endocrino, mucho más vasta que la que los ginecólogos les asignamos.

Se ha conseguido, pues, encontrar tres fuentes distintas de gonadotropinas: la *orina de menopáusica*, que contiene predominio de hormona folículoestimulante que no puede proceder más que de la hipófisis y en la nomenclatura internacional se señala con esta sigla HHG (Human hypophyseal gonadotrophine); la *gonadotropina sérica*, obtenida del suero sanguíneo de la yegua preñada, en sigla internacional PMS (Pregnan mare serum), que actúa en el ovario principalmente como folículoestimulante, pero también como lúteoestimulante, y la *orina de mujer embarazada*, que en el ovario actúa como lúteoestimulante, o sea, protector de la fase progesterónica. Su sigla internacional es HCG (Human chorionic gonadotrophine).

La gonadotropina hipofisaria es poco usada. Algunos laboratorios que la preparaban (Organón, por ejemplo) han dejado de hacerla. De modo que en la práctica las gonadotropinas usadas son la *sérica* y la *coriónica*.

Teórica y aun prácticamente, gonadotropina sérica y coriónica deben usarse ésta a continuación de la primera, en los casos de déficit hipofisario global, porque, como hemos dicho, la sérica promueve principalmente el desarrollo de los folículos primitivos, y la coriónica propicia su luteinización.

Son casos adecuados los de infantilismo genital, retraso de la menarquía por déficit hipofisario congénito, de tipo Fröhlich, por ejemplo, y cuyo grado extremo

es el nanismo hipofisario; pero el caso típico de este grupo es el síndrome de Sheehan atenuado. Como se sabe, este síndrome se ha establecido por trombosis de los vasos del sistema porta hipofisario, nutricios del lóbulo anterior, por causa de una hemorragia grave del puerperio. El sistema porta hipofisario es un haz vascular, y la trombosis puede no afectar a todos los troncos arteriales, lo cual explica que haya muchos grados de necrosis del lóbulo anterior que corresponden a otros tantos matices clínicos del síndrome que nos ocupa, que van desde la hipo-oligomenorrea hasta la amenorrea definitiva, y que sólo pensando en ello y con buena anamnesis se descubren.

Huelga decir que también hay estados deficitarios de función ovárica que se beneficiarán de la asociación de las hormonas gonadotropas con los estrógenos a dosis fisiológicas. Decimos fisiológicas porque por encima de éstas se inhibe la producción de las hormonas hipofisarias (FSH y LH), estimulantes de la maduración folicular y dehiscencia. O sea, se produce un efecto contrario al que deseamos. La gonadotropina coriónica es la hormona de la luteinización, y, por lo tanto, está indicada preferentemente, y casi diremos, aisladamente, en dos ginecopatías en las que por no haber ovulación no se forma el cuerpo amarillo: el ciclo anovulatorio y el síndrome de Stein-Leventhal. Sin profundizar en la patogenia, digamos que cuando el ovario no hace dehiscencia por dureza del epitelio, nada puede competir con la decortización, que es de resultados brillantes, los mismos que acreditan la resección cuneiforme, hasta de tres cuartos, cuando son muy grandes, en el síndrome de Stein-Leventhal.

Estamos en el capítulo de *esterilidad*, donde más favor han tenido las gonadotropinas. Recuérdese que el ciclo anovulatorio se descubre cómodamente mediante la temperatura basal, entre otras técnicas, y el síndrome de Stein-Leventhal, con neumoperitoneo, o mejor con microlaparotomía, cuando se palpan ovarios grandes como huevos de gallina.

La luteinización es también objeto terapéutico en la hiperplasia quística glandular y en el aborto habitual, donde el déficit luteínico es, en el primer caso, y puede ser en el segundo, el trastorno fundamental.

Acción gonadotóxica. — Hemos de consignar algunos fracasos del uso de las gonadotropinas por reacciones alérgicas. Son privativas del empleo de la equina, porque el soporte de la hormona es suero sanguíneo heterólogo. Se ha visto una reacción ovárica monstruosa que produce un cuadro agudo severo y doloroso en vientre cerrado y aumento de ambos ovarios, hasta adquirir el tamaño de grandes naranjas. Es una luteinización masiva. Al abrir el abdomen sale de medio a un litro de líquido serofibrinoso libre. En un caso de FIGUEROA CASAS, los ovarios eran del tamaño de pequeños melones; el mayor, de catorce centímetros de diámetro, que se extirparon, y esta mutilación no logró dominar la anuria, que establecida desde el principio del síndrome, condujo a la muerte. Hay, por lo menos, otro caso semejante entre treinta y uno recogidos por el autor arriba citado, de «catastróficos» o «complicación dramática», como les llaman BECLÈRE y DALSACE, respectivamente, porque a la mayoría hubo que practicar la castración bilateral, tal vez precipitada algunas veces, en pacientes jóvenes que se venía tratando, confiadamente, por amenorrea o esterilidad. A veces una urticaria gigantesca después de la primera o segunda inyección, o la aparición de dolor en fosas ilíacas, o aumento de volumen de los ovarios, son avisos que obligan a suspender el tratamiento.

Otro inconveniente de la gonadotropina sérica, de muy inferior categoría patológica, es que puede crear antihormonas específicas que neutralizan la acción de

nuevas dosis. Se investigan inyectando al animal de laboratorio suero de la paciente conjuntamente con la hormona sérica y observando el efecto sobre el ovario (de la rata, por ejemplo), que será nulo si el poder de la hormona ha sido neutralizado.

El empleo de las gonadotropinas, en ginecología, nunca ha sido un tema de primordial interés, y menos ahora que van saliendo opiniones contrarias, por ser de acción incierta y efímera, dicen unas, y peligrosa la sérica, dicen otras. Una opinión muy generalizada es que las indicaciones de esta última son raras. Sin duda, a nuestro juicio, puede serlo el síndrome de SEEHAN.

La gonadotropina coriónica conserva su estima. Hay bastantes observaciones de infertilidad de los tres primeros meses, que no se modificó con estrógenos y progesterona y curó con 1.000 a 1.500 U. I. (según el déficit de que nos informe el laboratorio) dos veces por semana. Agotados, sin resultado, esos tratamientos hormonales, hay que buscar una causa anatómica.

En una discusión reciente (1961) sobre el tema que nos ocupa, en la Sociedad Francesa de Ginecología, el criterio ecléctico de OESTERGAARD creemos que, como acostumbra a ocurrir, fue el mejor: respetar cuidadosamente las indicaciones y vigilar la acción inconveniente (formación de antihormonas) o la tóxica antes dicha, vigilando, por tanto, el aumento de volumen de los ovarios y suprimiendo la medicación al primer signo de alergia. Como dosis, cinco inyecciones de 1.500 U. I. de gonadotropina sérica, seguida de tres inyecciones de 1.500 U. I. de gonadotropina coriónica, todas ellas en días alternos. Empezando el tratamiento inmediatamente después de la regla (si existe), la gonadotropina cubre la fase de proliferación. Este tratamiento puede repetirse a los tres meses. En la oligomenorrea, las dosis pueden ser la tercera parte.

En la oscuridad que rodea el problema de la etiología del cáncer, toda aportación es buena, y por ello (aunque tenga que separarme un poco del tema) he de consignar que ORCOYEN y CANO han observado experimentalmente cierta relación entre el cáncer y las hormonas gonadotropas, con las cuales consiguen producir metaplasia de endometrio y lesiones en el canal cervical de la rata. En esa elaboración mental y experimental, han observado además que la extirpación de tumores malignos va seguida de una franca disminución de gonadotropinas, y si esto no ocurre, es signo de mal pronóstico.

Concepto final. — He escrito este tema con cariño y más extensión de lo que deseaba para el médico práctico, y le digo lo siguiente: el tratamiento de las ginecopatías funcionales le pertenece, como al ginecólogo, mientras se sepa considerar vencido en tiempo prudencial, si el caso no responde.

Dentro de ese grupo hay dos dolencias (si no son anatómicas) que tienen el máximo relieve en hormonoterapia y principalísimamente gonadotropa: el ciclo anovulatorio y la esterilidad.

Respecto al primero, es probable que tenga que actuar poco, porque aunque tiene en su mano todos los recursos médicos para el caso, la comprobación de la ovulación lograda, para ser completa, exige pruebas de colpocitología hormonal diaria, de filancia y cristalización del moco cervical y, finalmente, biopsia de endometrio, que pertenecen a la especialidad.

En cambio, estériles sí las ve el médico general, impacientes como veteranas. No hace mal a nadie 0'5 mg. de estilbestrol durante quince días cada ciclo, a empezar inmediatamente después de la regla. Este estrógeno a dosis fisiológicas ha

curado muchas esterilidades, según nuestra experiencia. Acaso, en meses consecutivos, puede probarse la gonadotropina coriónica, a las dosis dichas y en la segunda mitad del ciclo. Pero prescinda de la gonadotropina sérica.

RESUMEN

Se hace notar la gran tolerancia de los estrógenos sintéticos por parte del estómago cuando hay embarazo. También la abundancia, en clínica, de las hemorragias seniles ya trógenas debidas a las múltiples aplicaciones de los estrógenos. La capacidad de los gestágenos noresterónicos de suspender la ovulación. La posibilidad con estos mismos, administrados en los comienzos del embarazo, de producir seudohermafrodismo ginandroide, hecho que no se observa con progesterona pura. Finalmente, la intención principal del artículo ha sido prevenir al médico práctico de los peligros de administrar la gonadotropina sérica, que ha producido en varios casos una luteinización masiva de ovarios que aumentan hasta conseguir el tamaño de pequeños melones con cuadro agudo, más de una vez mortal, y que otras veces ha tenido que resolverse por castración doble en una mujer joven, que en el común de los casos seguía confiadamente una medicación para curar la esterilidad.

BIBLIOGRAFÍA

FIGUEROA CASAS, P. — *Acta Ginec. et Obstet. Hisp. Lus.*, 10, 369 (1961).
BECLÉRE, CL. — Soc. frç. Gynéc., 29 401 (1959).
DALSACE, J. — Soc. frç. Gynéc., 31, 53 (1961).
CANLORBE, P., y SEBAOUN-ZUCMAN, M.—*Ann. Pediat.*, 37, 358 (1961).
SALAMERO, F. y ESTEBAN, J.—*Rev. Españ. Obstet. y Gine.*, 20, 216 (1961).
BUXTON, C. L., y HERRMANN, W.—*Amer. J. Obstetr.*, 81, 584.
ORCOYEN, J. G., y CANO, A.—*Toko-Ginec. Pract.*, 18, 621 (1959).

Dirección: Mayor de Gracia, 1. Barcelona - 12.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

VISIÓN SINTÉTICA DE LA SENSIBILIDAD ESPECÍFICA *

POR EL

DR. MARIANO VICENTE CARCELLER

ZARAGOZA

La antigua noción de los cinco sentidos —tacto, gusto, oído, olfato y vista— se ha hecho más extensa, ya que se encuentran diversos aparatos nerviosos receptores distribuídos por casi todo el organismo y se reciben impresiones transmitidas luego a una región del cerebro, a un «centro cerebral», en donde pueden iniciarse las condiciones productoras de las sensaciones; estas últimas resultan de la transformación en el cerebro de las impresiones conducidas por diversos órganos especiales.

Las sensaciones son estados de conciencia no descomponibles en elementos más simples.

Cuando se refieren a las causas que las han originado, se llaman «percepciones», siendo las «representaciones» las formaciones más o menos complejas constituídas por las sensaciones al combinarse inmediatamente en la conciencia.

El estudio de las percepciones y de las representaciones pertenece al dominio de la Psicología; el de las sensaciones confina con esta ciencia, pero pertenece, en primer lugar, a la Fisiología.

Las sensaciones surgidas por las excitaciones de los cinco sentidos se llaman externas porque nos hacen conocer los cuerpos exteriores y sus propiedades; pero hay otras que nos permiten conocer diversos estados de nuestros propios órganos, de nuestro propio «yo», como las necesidades naturales del cuerpo humano —el malestar, el dolor, la fatiga— o nos revelan modificaciones de nuestro propio cuerpo —escalofríos, movimientos activos y pasivos, esfuerzos, situación de los miembros, situación del cuerpo...—; son las llamadas internas u orgánicas. Podrían también reunirse todas ellas bajo la denominación antigua de «sensibilidad general», ya que están muy repartidas, manifestándose en órganos variados, mucosas, músculos, articulaciones... y también en la piel (sensaciones dolorosas), mientras que la «sensibilidad especial» asienta en órganos particulares claramente diferenciados.

---

* Conferencia pronunciada el día 3 de mayo de 1962, en la Institución «Fernando el Católico», de la Excma. Diputación de Zaragoza.

Conformación funcional de los órganos de los sentidos en general

Los órganos receptores se componen de las células nerviosas sensoriales propiamente dichas, en las cuales se produce la excitación, y de dispositivos anejos, que hacen que las referidas células sólo se afecten por estímulos adecuados.

En este último sentido actúa, por ejemplo, el aparato dióptico del ojo o el oído medio; donde tales dispositivos no se pueden demostrar directamente, las células sensitivas están de tal modo ordenadas, que sólo los estímulos adecuados las pueden excitar, lo que ocurre, por ejemplo, en los receptores térmicos de la piel.

Esto es tanto más importante cuanto que toda célula sensitiva, aun por la estimulación inadecuada, responde siempre con una sola clase de sensación, la que sea específica de ella; así, se excita una célula sensitiva del ojo por la luz (que es su estímulo adecuado) o por estímulos inadecuados; por ejemplo, calor, electricidad o acción mecánica, siempre se transmite a los centros la sensación de luz.

La clase de sensación no se condiciona, pues, por la clase del estímulo, sino por la naturaleza del órgano sensorial.

Este hecho es el contenido de la famosa ley de Johannes Müller, de la energía específica de los sentidos.

La expresión «energía» no resulta bien elegida desde nuestro punto actual de conocimiento, en el que resulta un concepto físico preciso. Por energía específica comprendía el autor de dicha ley la capacidad especial y exclusiva de un órgano sensorial de transmitir una y sólo una clase de sensación, sin relacionarla con la clase de estímulo.

Los dispositivos de los órganos sensoriales son tanto más importantes cuanto que aseguran la predominante excitación por medio del estímulo adecuado y evitan las alteraciones y errores sensoriales que se producirían por estímulos inadecuados.

Lo que percibimos del medio ambiente con los sentidos es, por decirlo así, una pequeña porción del mismo, que no ha de coincidir con la que otros seres perciben con sus distintos aparatos sensoriales, aunque estén en el mismo lugar y en el mismo momento. Pero, dentro de este *mundo sensitivo humano*, los fenómenos no son como nosotros los apreciamos. En realidad, apreciamos alteraciones que se producen en las células de nuestro propio cuerpo, ya sean de carácter óptico, térmico, mecánico o químico.

En la totalidad de los órganos sensitivos el estímulo adecuado necesita en cada momento el empleo de pequeñísima cantidad de energía, y el inadecuado sólo produce elementos sensoriales relativamente primitivos y nunca da lugar a impresiones acordes, pudiendo ser causa de *errores sensoriales*; así, una excitación mecánica de los receptores térmicos o de los gustativos u olfatorios puede dar sensaciones erróneas de calor, olor, gusto, etc.

Los principales problemas que se nos presentan referentes a la capacidad funcional de los sentidos son:

a) *Estímulo adecuado.* — No sólo se precisa una forma de energía determinada, a la que responde en la normalidad el aparato sensitivo correspondiente, sino, al mismo tiempo, la *manera por la cual* esta forma de energía ha de actuar para obrar como estímulo.

b) *Umbral de excitación.* — Es la mínima energía que logra producir la excitación. Su medida nos da idea de la sensibilidad del órgano receptor, y se pueden comparar las sensibilidades absolutas de los distintos órganos sensoriales si se calculan en «unidades de energía» generales. Así, resulta:

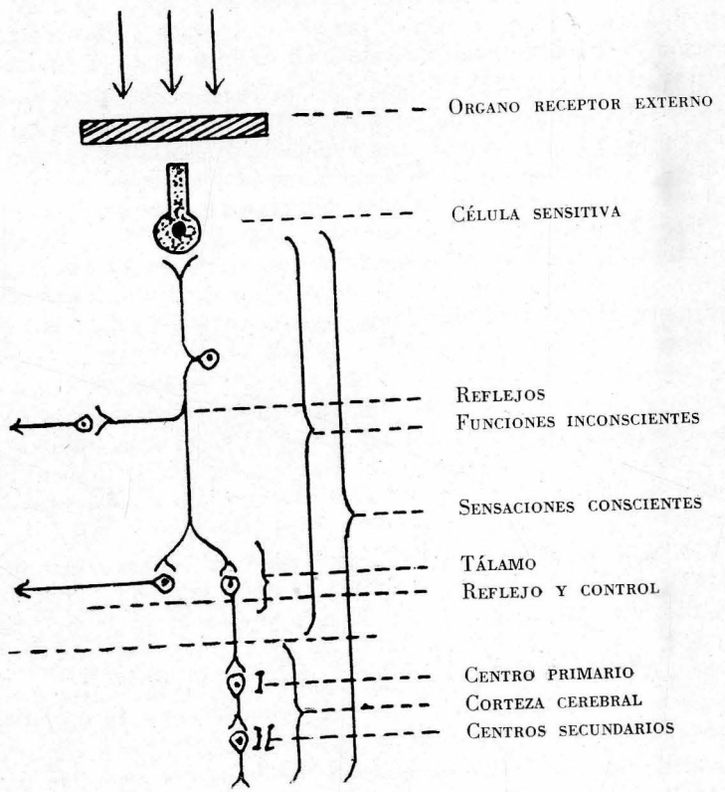
Para el ojo: 1, 3-2, 6×10^{-10} ergios (J. von Kries).

Para el oído: 5×10^{-16} ergios (Wien).

Para el sentido del tacto de la epidermis humana: 0'02 – 0'4 ergios (M. von Frey).

El oído es, por tanto, en lo que se refiere a la sensibilidad, el sentido más fino, mientras que el táctil resulta el más romo.

Constitución fundamental de los órganos sensoriales y sus conexiones nerviosas centrales



La disposición de las células sensoriales en el conjunto del sistema nervioso es siempre de forma análoga y puede representarse en el esquema adjunto.

La excitación alcanza a los centros más elevados de la corteza a través de una cadena de neuronas, compuesta, por lo menos, de tres elementos.

A través de la neurona periférica se pueden producir siempre reflejos y funciones inconscientes de control. Al mismo tiempo se impiden con frecuencia por estos procesos las sensaciones conscientes.

c) *Umbral de discriminación.* — Es la posibilidad de distinguir los estímulos de diferente intensidad y que se puede expresar en valores porcentuales de la intensidad del estímulo aplicado (E. H. VEBER).

Se puede demostrar en todos los sentidos que dos estímulos de diferente intensidad, aplicados sucesivamente, han de mostrar entre sí una cierta relación para poderse diferenciar (ley de Veber). Así, por ejemplo, dos pesos llegan a distinguirse cuando la proporción que entre sí guardan es como 29 : 30; dos estímulos luminosos, cuando esta relación es como 100 : 101, teniendo estos datos una cierta constancia y mostrando un óptimo en las intensidades medias de los estímulos; los que son muy débiles o muy fuertes, tienen una relación más desfavorable.

d) La comprensión de espacio y tiempo no es algo exclusivo de la psicología, sino que depende de propiedades fisiológicas precisas de los órganos receptores. La separación en el tiempo de dos estímulos que se suceden depende de la inercia del órgano estimulado, resultando que los órganos de los sentidos tienen, pues, una capacidad limitada para distinguir períodos de tiempo. El más capaz para ello es, sin duda, el oído, y se emplea por el hombre automáticamente con ese fin (determinación de las diferencias de velocidad de giro de las máquinas, etc.).

La medida de la capacidad funcional de los órganos sensitivos para «apreciar el espacio» es la posibilidad de distinguir los estímulos puntiformes muy próximos aplicados a la superficie sensorial. Son superficies sensoriales, en este sentido, la piel y la retina; esta capacidad tiene un límite en la «densidad» de las células sensoriales que se encuentran en dicha superficie, y se le puede llamar «capacidad espacial», táctil para la piel y óptica en el ojo. Su medida es la distancia mínima a que han de aplicarse dos estímulos puntiformes para apreciarse con claridad como dos excitaciones. Esta distancia mínima se llama «umbral espacial», y, según que los estímulos se apliquen simultánea o sucesivamente, se llama umbral espacial simultáneo o sucesivo. En la retina, cuando se determina la agudeza visual, no se hace otra cosa que hallar el umbral espacial simultáneo.

El espacio, en el sentido más amplio, sólo se capta con los ojos; con ciertos rodeos puede hacerse por medio del oído; por el tacto solamente es posible su reconocimiento cuando los objetos establecen contacto directo con la piel. La pérdida de la visión es la más grave para el conocimiento del espacio, pérdida que no puede reemplazarse con nada.

Es el VIII par craneal que mediante el sentido del oído nos permite escuchar el tiempo («Tiempo cerebral», por el doctor ENRIQUE INDA, del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital de Miraflores. Ensayo presentado a la Sociedad Médica de Magallanes —Punta Arenas, Chile, abril de 1961—, publicado en «*Folia Médica Internacional*», febrero de 1962, Barcelona). Y continúa diciendo:

«Participa este aparato sensorial en su elaboración (se refiere al tiempo cerebral) por excitaciones acústicas rítmicas.

Esquemáticamente, las imágenes externas o internas se depositan activa o pasivamente en la memoria, en forma de estratos. Cada recuerdo se fija en la triple dimensión espacial-temporal-conceptual.

Se trataría de macro o microdinamismos que, mediante diversos elementos nerviosos, ponen en juego arcos focales o localizadores y arcos interfocales o asociativos. Diversos procesos de carga y descarga serían los portadores del equivalente conmemorativo, dentro del concepto de configuración de Föehler. Así, en último término, se hace la integración temporal de los contenidos de conciencia.

Tiempo, memoria y recuerdo se engranan. integrándose en nuestro acontecer biológico, contenidos de conciencia que nos permiten orientarnos dentro de la dimensión temporal.

Desde el punto de vista mecánico, es el «tic-tac» del reloj que nos marca el tiempo civil, siendo el segundo su unidad física. Posiblemente tenga alguna relación con el niño que, en su captación de espacio —como ser vivo— va rubricando su incierto deambular con su rítmico «ta-tá» infantil.

Todo lo anterior nos pone en camino de poder pensar que el oído es el sentido del tiempo.

e) El reconocimiento de los movimientos es posible por la apreciación simultánea de tiempo y lugar. Los límites fisiológicos de estos últimos condicionan también el conocimiento de los movimientos.

La teoría de la continuidad es, en la mayor parte de su perfeccionamiento y desarrollo, un asunto puramente matemático, pero que estrictamente hablando no forma parte de la filosofía. Sólo la base lógica de la teoría pertenece a la filosofía, que en términos generales es la siguiente: El espacio y el tiempo son tratados por los matemáticos como si estuvieran constituídos por puntos e instantes; pero también tienen una propiedad, más fácil de sentir que de definir, que se llama *la continuidad*, la cual, según piensan algunos filósofos, se destruye cuando el espacio y el tiempo se resuelven en puntos e instantes.

La continuidad, en matemáticas, es una propiedad que sólo es posible en un ordenamiento de elementos, es decir, de elementos dispuestos en un orden tal que podamos decir de dos, cualquiera de ellos, que uno es anterior al otro; los números en orden de magnitud, los puntos de una línea... son ejemplos de ordenamientos.

Si la teoría matemática es acertada, nada ocurre cuando un cuerpo se mueve, excepto que está en diferentes lugares en tiempos diferentes; así, por ejemplo, muevo la mano de izquierda a derecha rápidamente; parecería que se ve todo el movimiento a un tiempo, a pesar del hecho de saberse que empieza a la izquierda y termina a la derecha. Esta clase de consideraciones es la que ha conducido o llevado a muchos —entre ellos, a BERGSON— a mirar un movimiento como si realmente fuera un todo indivisible y no un conjunto ordenado de estados separados, tal como lo imaginan los matemáticos.

Para esta objeción hay varias respuestas:

Fisiológica. — Cuando un nervio es estimulado de manera que produzca una sensación, la sensación no cesa instantáneamente con la desaparición del estímulo, sino que se extingue en un corto tiempo finito. Un relámpago breve, como es para nuestra visión, aún es más breve como fenómeno físico; continuamos viéndolo unos pocos momentos después de que las ondas luminosas han dejado de impresionar al ojo. Lo mismo ocurre en el caso de un movimiento físico; si él es lo suficientemente rápido, veremos realmente al cuerpo móvil en un instante moviéndose a través de una porción finita de su curso y no solamente en el lugar exacto en donde estaba en aquel instante; todo esto se puede comprobar muy fácilmente; no hay sino mirar las saetas de un reloj en marcha: todas se mueven, pero las que sirven para marcar las horas y los minutos no acusan su movimiento; en cambio, a la del minutero se le ve moverse.

Las sensaciones, sin embargo, a medida que se van extinguiendo, se vuelven gradualmente más débiles; por lo tanto, la sensación debida a un estímulo que

acaba de pasar no es exactamente parecida a la sensación que se debe a un estímulo presente. Se desprende de aquí que cuando vemos un movimiento rápido, no sólo vemos simultáneamente un cierto número de posiciones del cuerpo en movimiento, sino que también las vemos con grados de intensidad diferente: la posición presente, con mayor vivacidad, y las demás, con vivacidad decreciente, hasta que la sensación se extingue en la memoria inmediata. Este estado de cosas explica perfectamente la percepción del movimiento. ¡El cine no es sino la puesta en práctica de esta realidad de la sensación! Un movimiento se percibe, no solamente se infiere, cuando es lo suficientemente rápido como para que muchas posiciones sean sensibles al mismo tiempo.

Por todo ello, esta respuesta fisiológica al considerar las relaciones entre los estímulos y los órganos de los sentidos supone la verdad de la física y, por lo tanto, es capaz de mostrar que la explicación física es posible, pero que no es necesaria, y esta consideración nos lleva a la respuesta

Psicológica. — Considerando los datos reales de la sensación, es importante darse cuenta de que los datos de los sentidos pueden ser, y a veces deben ser, realmente diferentes cuando no podemos percibir diferencia alguna entre ellos; en todos los casos de datos de los sentidos susceptibles de cambios graduales, podemos encontrar un dato indistinguible de otro, y este otro, a su vez, indistinguible de un tercero, mientras que el primero y el tercero son muy fácilmente distinguibles (POINCARÉ). Ejemplo: una persona, con los ojos cerrados, está sosteniendo un peso con la mano y alguien, silenciosamente, añade un peso adicional pequeño, tanto, que no percibirá diferencia en la sensación; después de cierto tiempo podrá agregarse otro peso adicional, sin que aún se perciba cambio alguno de sensación; pero si los dos pesos adicionales se hubieran añadido al mismo tiempo, el cambio hubiera sido fácilmente perceptible. También se puede poner ejemplo con matices de colores; sería fácil encontrar tres cosas de matices tan estrechamente parecidos, que no se pudiera percibir diferencia alguna entre el matiz de la primera y el de la segunda, ni tampoco entre el de la segunda y el de la tercera, aunque, sin embargo, el de la primera y el de la tercera pudieran distinguirse, y, por consiguiente, aunque indistinguible de ambos, debe ser realmente distinto el matiz intermedio entre los otros dos.

Esquemáticamente, todos los órganos de los sentidos comprenden:

1) Un órgano receptor de la impresión u órgano sensible.

2) Un nervio que transmita la excitación nacida en el órgano sensible por obra de la impresión.

3) Una parte del sistema nervioso central (del cerebro), segundo órgano receptor que recibe y elabora esta excitación, transformándola.

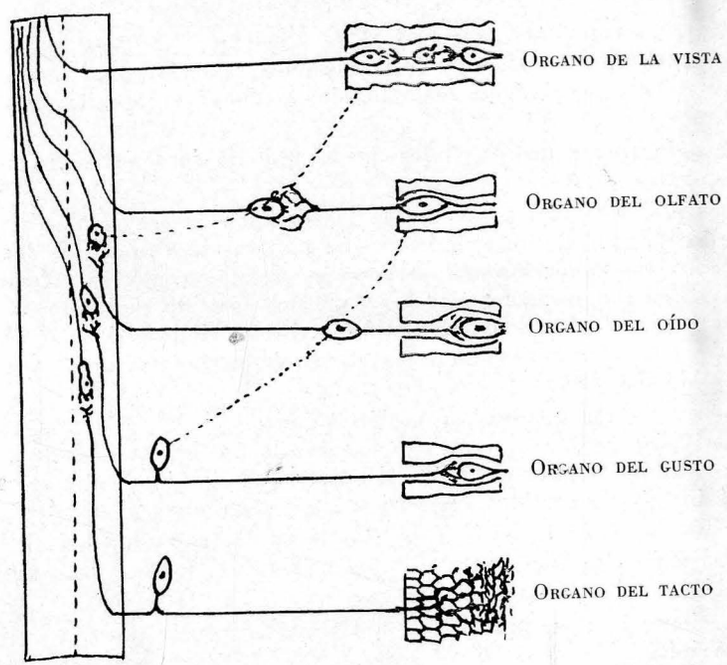
De este modo, en su disposición general, todos los órganos de los sentidos especiales se nos muestran como análogos esencialmente.

Lo son también por su común origen, ya que la parte probablemente más característica de cada uno de ellos, el órgano periférico que recibe la impresión, la célula sensorial, es constantemente un aparato procedente de una parte más o menos modificada del ectodermo del embrión; los órganos del tacto, del oído y de la vista están unidos a la piel, y las mucosas bucal y olfatoria (órganos del gusto y del olfato) son tan sólo porciones modificadas del ectodermo embrionario que revisten las cavidades circunscritas en el embrión por los repliegues

o botones de la cara que formaran los mamelones frontales y mamelones maxilares superiores.

Esta unidad de origen nos revela un carácter esencial de los órganos de los sentidos, ya que, como vemos, derivan todos de la misma hoja embrionaria, de la hoja externa; pero no sólo esto, sino que funcionalmente es muy probable que todos ellos no sean, en definitiva, sino funciones muy diferenciadas de una función táctil primitiva.

Esquema de la serie de los órganos sensoriales (según Matías Duwal).



La línea de puntos inferior quiere indicar el desplazamiento hacia la periferia de las neuronas sensitivas periféricas.

La línea de puntos superior quiere indicar el desplazamiento hacia la periferia de las neuronas sensitivas centrales.

¿En qué consiste esta función primordial?

El ser vivo está en relación incesante con el medio exterior, sufriendo en su superficie la acción de irritantes diversos, los más sencillos de los cuales son los irritantes mecánicos, contactos presiones..., pudiendo reducirse todos los excitantes, cualesquiera que sean las superficies sensibles a movimientos de intensidad, amplitud y forma diferentes. Esta es, sin duda, la causa de la diferenciación de los órganos que sufren la acción de estos movimientos. Nosotros percibimos, por ejemplo, como tonos, las vibraciones de 20 a 40.000 en un segundo, y como luz o color, las de 450 a 750 billones; entre estos dos extremos se intercalan las sensaciones térmicas. Puede suponerse que los aparatos de estructura especial se desarrollaron adaptándose a estas formas diversas de movimiento (naturalmente que bajo una inteligencia providente); de cada irritante físico nace una excitación

fisiológica particular. Es forzoso hacer una importante distinción y aclaración. Parece que los irritantes mecánicos obran directamente sobre la materia organizada viviente y que al instante se producen los movimientos protoplasmáticos conducentes o determinantes de la sensación; por el contrario, no se nota ninguna correspondencia entre la forma física y la forma fisiológica de la irritación térmica, por ejemplo, aunque se sospechan razones para creer que la impresión de temperatura está ligada a una modificación más profunda de la sustancia organizada, con posibles cambios químicos, radicando de este modo en esta doble irritación mecánica y química la razón del origen de todas las funciones sensoriales.

Estas consideraciones nos permiten poder llamar:

Sentidos mecánicos: Aquellos en los cuales el aparato sensorial terminal transmite a los nervios el movimiento recibido, sin modificar, en apariencia, mucho su forma.

Sentidos químicos: Aquellos en los que el epitelio sensorial sufre una transformación química.

Fisiólogos alemanes han propuesto la clasificación de las células sensoriales, es decir, de los órganos de los sentidos, según la naturaleza propia de los excitantes, en órganos «tango-receptores», «estato» y «rotato-receptores», «fono-receptores», órganos que son excitados por los contactos (sentido del tacto) o por los movimientos (sentido del equilibrio, sentido de los movimientos) o por las ondas sonoras, y órganos «termo-receptores», «estibo» y «gusto-receptores» (sentido del olfato y sentido del gusto) y «foto-receptores».

En resumen: acción mecánica y acción química. En los primeros, el órgano sensorial periférico verifica un trabajo mecánico; en los segundos, el trabajo es químico; son los primeros el sentido del tacto y el auditivo; entre los segundos tenemos que incluir los sentidos térmicos, olfatorio, gustativo y visual.

Otro argumento en favor de esta división es la distinta velocidad en la transmisión de las excitaciones que resultan más lentas para las que han sufrido una transformación en el aparato sensorial.

Las sensaciones internas parecen ser todas ellas determinadas por excitaciones de orden mecánico.

Por todo ello fácilmente se comprende que, según el estado actual de nuestros conocimiento, todas las funciones sensoriales podrán ser incluídas en uno de los dos grandes grupos, según entren en juego por excitantes mecánicos o por excitantes químicos.

Todas las sensaciones, aunque hemos visto que presentan muchos caracteres comunes, son, desde luego, de diferente cualidad, lo que significa que son absolutamente distintas las unas de las otras; pero estas diferencias no corresponden a cualidades diferentes de los excitantes —que, en resumen, parece ser que se reducen a movimientos vibratorios—, y por eso se ha buscado la razón de las diferencias de cualidad de las sensaciones en el aparato perceptor cerebral, puesto que, como se sabe, cada órgano sensorial responde a todos los excitantes, cualesquiera que ellos sean, siempre con una respuesta específica, es decir, con su propia sensación, y, por otra parte, el mismo excitante, según actúe sobre uno u otro órgano sensorial, provoca sensaciones diferentes; así, pues, la respuesta de una sensibilidad específica depende del órgano sensorial que recibe el estímulo y el centro cerebral que elabora, como resultante final, la conciencia de la sensación.

RESUMEN

Las sensaciones son estados de conciencia; las surgidas por las excitaciones de los cinco sentidos se llaman "externas", porque nos hacen conocer los cuerpos exteriores y sus propiedades; pero hay otras que nos revelan diversos estados de nuestros propios órganos, y son las llamadas "internas u orgánicas". Todas ellas forman la "sensibilidad general", muy repartida en órganos variados (mucosas, músculos, articulaciones, etc., y en la piel), mientras que la sensibilidad especial asienta en órganos particulares claramente diferenciados.

Se estudia la conformación funcional de los órganos de los sentidos en general, y sus dispositivos, que demuestran que esencialmente son análogos. Atendiendo a sus funciones, se agrupan en sentidos "mecánicos", que son aquellos en los cuales el aparato sensorial terminal transmite a los nervios el movimiento recibido sin modificar mucho su forma; y sentidos "químicos", aquellos en los que el epitelio sensorial sufre una transformación química. Las sensaciones internas parecen ser todas ellas determinadas por excitaciones de orden mecánico.

La respuesta de una sensibilidad específica dependerá del órgano sensorial que reciba el estímulo y del centro cerebral que elabora la conciencia de esta sensación.

Domicilio: Alfonso I, n.º 20, 1.º derecha. Zaragoza.



CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMÁ (PERÚ)
CATEDRÁTICO: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

COLINESTERASEMIA EN CÁNCER

POR

VÍCTOR FRANCISCO PÉREZ GONZÁLEZ

LIMA (PERÚ)

Las enzimas que actúan en la vida celular, se dividen en dos grupos según la energía que liberan; en el primer grupo se reúnen las enzimas hidrolíticas, que intervienen en el metabolismo de la célula, en reacciones de desintegración que produce energía; en el segundo grupo, las enzimas respiratorias u oxidantes, que suministran energía a la célula.

Las estearasas son enzimas pertenecientes al grupo de las enzimas hidrolíticas o hidrolasas, capaces de desdoblar los ésteres en alcohol y ácido que integra su estructura química. Entre ellas, tiene particular importancia la colinesterasa, que al hidrolizar la acetilcolina, la descompone en colina y ácido acético.

Actualmente se admite la existencia de diferentes colinesterasas. En la sangre pueden diferenciarse la colinesterasa eritrocítica y la colinesterasa sérica.

Se encuentra colinesterasa en la sangre, masa encefálica, músculo cardíaco y mucosa intestinal; es reversible en su acción.

La acción de la colinesterasa en el desdoblamiento de la acetilcolina, varía según múltiples circunstancias, normales y patológicas.

En el Perú, estudiaron colinesterasemia ADA VILLANUEVA, que en 1948 investigó colinesterasa en sujetos aparentemente sanos, siguiendo la técnica de BALAGUER, de Rosario (Argentina); CARLOS BATTISTINI, que en 1953 dio a conocer algunos aspectos de las investigaciones que realizó sobre colinesterasa sérica en setenta y un sujetos sanos, encontrando como cifra de actividad colinesterásica del suero 0'78 unidades pH/hora $\pm$ 0'02, cifra similar a la encontrada por otros investigadores extranjeros; MARINA LÓPEZ PIZARRO, que en 1954 encontró que la actividad de colinesterasa sérica a nivel del mar es muy semejante a la obtenida en altitud, y OLGA ZAVALETA ZAVALETA, que en 1955 estudió en sujetos aparentemente sanos el índice colinesterásico normal, siguiendo la técnica de CLAUDIO CERVINI.

Expreso gratitud al doctor CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología y Posología en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Lima (Perú); a la Q. F., señorita ADA VILLANUEVA, hemerotecaria de la Facultad de Farmacia, quien me brindó su ayuda en la elaboración de los cálculos estadísticos; a la doctora HORTENCIA HERMOZA, jefe del laboratorio de inyectables de la Beneficencia Pública de Lima; a la señorita MARÍA LUISA HERMOZA C., del Hospital «Arzobispo Loayza», de Lima, quien me brindó fuentes de información, y a los doctores HERNÁN BELLO y GUILLERMO KUON CABELLO, ALBERTO ALTET, CÉSAR BALLOQUI, y a las religiosas del Hospital «Daniel A. Carrión», y al doctor OBDULIO FIGUEROA, del Hospital «Dos de Mayo», de Lima.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Investigué colinesterasa en cincuenta y un enfermos con cáncer, con diferentes localizaciones. Se asistían en el Hospital «Arzobispo Loayza», «Dos de Mayo», de Lima, y «Daniel A. Carrión», del Callao (Perú). Sus edades fluctuaban entre dieciséis a ochenta y dos años.

Los tumores cancerosos estaban localizados en:

Estómago	21 casos
Utero	11 »
Recto	5 »
Hígado	3 »
Próstata	3 »
Seno	2 »
Vejiga	2 »
Varios	4 »

En «varios» sólo hubo un caso en nariz, linfosarcoma, colon transverso y osteosarcoma.

Las determinaciones se hicieron en suero obtenido de sangre extraída de pacientes en ayunas. Utilicé la técnica de CLAUDIO CERVINI [3].

Los resultados son los siguientes:

HOMBRES

	Nombre	*Edad*	*Peso*	*Neoplasia*	*Velocidad de hidrólisis colinesterásica*
1.	L. M.	52	40	Hígado	57
2.	F. C.	69	35	Osteosarcoma	73'8
3.	J. B.	56	70	Recto	75
4.	J. G.	43	60	Recto	75
5.	J. P.	54	69	Próstata	75'9
6.	G. V.	82	38	Prostata	75'9
7.	J. Ll.	58	63	Hígado	75'9
8.	O. Ch.	73	48	Próstata	76
9.	I. S.	66	70	Vejiga	111
10.	C. G.	62	42	Recto	111
11.	C. V.	53	64	Estómago	111
12.	D. G.	49	46	Linfosarcoma	111
13.	G. D.	65	60	Estómago	111
14.	J. A.	55	50	Colon transverso	111
15.	F. T.	60	52	Estómago	111
16.	G. C.	70	48	Estómago	111
17.	R. H.	55	72	Estómago	111
18.	C. N.	58	68	Recto	114
19.	P. C.	51	49	Estómago	114
20.	J. A.	63	44	Estómago	114
21.	A. C.	42	66	Estómago	114
22.	A. C.	71	63	Estómago	114
23.	J. C.	64	43	Recto	114
24.	R. V.	72	43	Estómago	118
25.	C. D.	70	42	Estómago	222

MUJERES

	Nombre	Edad	Peso	Neoplasia	Velocidad de linesterásica hidrólisis co-
1.	D. M.	53	62	Utero	32'4
2.	R. A.	32	40	Vejiga	45'6
3.	A. C.	40	55	Nariz	55'5
4.	A. L.	49	34	Utero	55'5
5.	D. C.	60	65	Utero	73'8
6.	E. S.	76	32	Utero	73'8
7.	M. E.	66	45	Hígado	73'8
8.	R. P.	58	40	Estómago	76
9.	L. E.	58	49	Estómago	108
10.	A. R.	43	68	Utero	111
11.	A. S.	61	38	Estómago	111
12.	A. C.	61	40	Estómago	114
13.	O. C.	58	56	Utero	114
14.	M. G.	80	38	Estómago	114
15.	A. B.	58	50	Estómago	114
16.	C. L.	68	49	Utero	114
17.	A. del C.	58	68	Estómago	114
18.	M. C.	69	36	Estómago	114
19.	J. B.	31	58	Utero	117
20.	C. A.	52	62	Utero	117
21.	R. A.	63	42	Seno	117
22.	C. L.	73	40	Utero	117
23.	G. D.	62	41	Utero	117
24.	S. H.	16	40	Estómago	117
25.	J. F.	72	36	Estómago	118
26.	C. O.	60	63	Seno	210

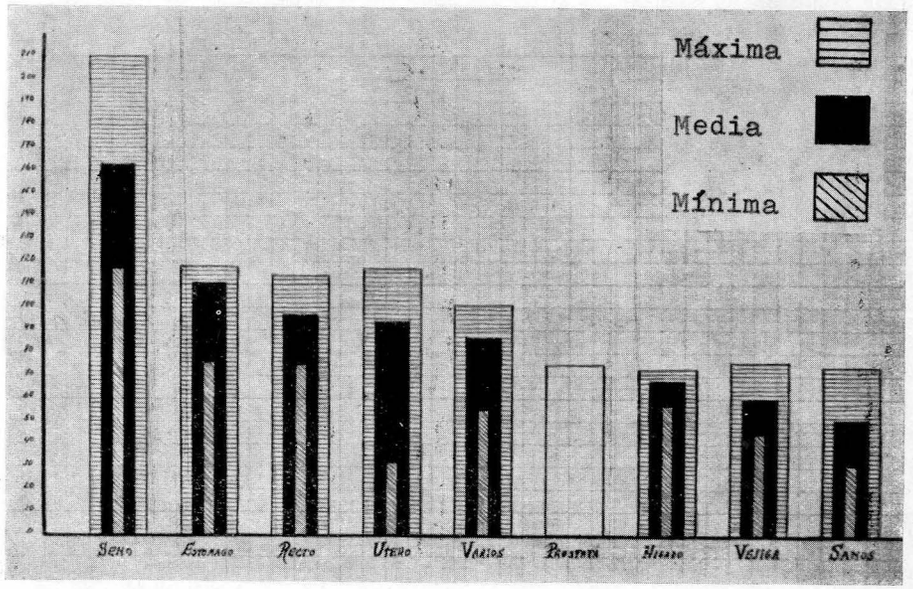
Doy a continuación el análisis estadístico de los resultados que obtuve apreciando la actividad colinesterásica del suero sanguíneo en cancerosos, pudiendo, de este modo, apreciarse en conjunto los resultados.

Diagnóstico	N.º casos	Media ± E. St.	Desv. st. ± E. St.	Coef. var.	Cif. ext.
Cáncer estómago	20	111'10 ± 1'77	7'92 ± 1'26	7'12 %	76 - 118
Cáncer útero . .	11	94'7 ± 8'75	29'16 ± 6'62	30'7 %	32'4 - 117
Cáncer recto . . .	5	97'02 ± 9'78	19'09 ± 6'76	19'57 %	75 - 114
Cáncer hígado . .	3	68'9			57 - 73'8
Cáncer vejiga . .	2	60'8			45'6 - 76
Cáncer seno . . .	2	163'5			117 - 210
Cáncer próstata .	3	75'9			75'9 - 75'9
Cáncer varios . .	4	87'8			55'5 - 111

Comparando las cifras medias estadísticas de la actividad colinesterásica que obtuve en cáncer, con las de sujetos aparentemente sanos de OLGA ZAVALETA ZAVALETA [12], de Lima, es posible apreciar el porcentaje de diferencia de la actividad de colinesterasa sanguínea.

Diagnóstico	N.º casos	Media ± E. st.	Dif. Med. ± E. st.	T	P	Porc. de diferen.
Cáncer estómago	20	111'10 ± 1'77	59'90 ± 2'64	T = 68	Menor	53'91 %
Ap. sanos	50	51'20 ± 1'97		T = 22'69	0'001	
Cáncer útero . . .	11	94'7 ± 8'75	43'5 ± 8'96	T = 59	Menor	45'9 %
Ap. sanos	50	51'12 ± 1'97		T = 4'74	0'001	
Cáncer recto . . .	5	97'02 ± 9'78	45'82 ± 9'99	T = 53	Menor	47'22 %
Ap. sanos	50	51'20 ± 1'97		T = 4'74	0'001	

A continuación, el histograma en el que se aprecia en forma objetiva la actividad de la colinesterasa sanguínea en los enfermos cancerosos que estudié:



EN LOS HISTOGRAMAS SE APRECIAN EN FORMA OBJETIVA LOS ÍNDICES DE VELOCIDAD COLINESTERÁSICA QUE ENCONTRÉ EN LOS CANCEROSOS ESTUDIADOS

La investigación de la actividad de colinesterasa sérica en cáncer, permitió comprobar que el índice de velocidad de hidrólisis de la enzima está aumentado.

Para comparar los casos estudiados, adopté el índice que encontró OLGA ZAVALETA ZAVALETA [11], de Lima, con la misma técnica, que fue de 51'2 ± 1'97.

En veinte casos de cáncer de estómago, la velocidad de hidrólisis fue de 76 a 118, con promedio de 111'10. Con relación a la cifra normal, el aumento fue de 54'91 por ciento, con valor significativo desde que P es menor de 0'001.

En once casos de cáncer del útero, la velocidad de hidrólisis alcanzó de 32'4 a 117, con promedio de 94'7. El aumento fue de 45'9, en relación a la cifra considerada como normal. La cifra ofrece valor significativo y con probabilidad menor de 0'001.

En cinco casos de cáncer del recto, el promedio de velocidad de hidrólisis fue 97'02, fluctuando entre 75 a 114. El aumento también fue muy significativo, con porcentaje de aumento de 47'22 por ciento.

De los tres grupos de cancerosos estudiados, la menor variación en la velocidad de hidrólisis fue en el cáncer del estómago, cuyo coeficiente de variación fue sólo de 7'12 por ciento. En el útero y recto hubo mayor variación, de 37'7 y 19'57 por ciento, respectivamente.

No se ha considerado en el análisis matemático estadístico los casos de cáncer del hígado, próstata, seno, vejiga y varios, por ser pocos casos que no permiten análisis estadísticos. En todos la velocidad de hidrólisis fue mayor que la de sujetos aparentemente sanos. En los casos de cáncer del seno, la velocidad de hidrólisis alcanzó cifras de 210. En los histogramas se puede apreciar las cifras medias y extremas de los diferentes casos estudiados.

He comprobado que en los procesos cancerosos aumenta el índice de colinesterasemia y puede interpretarse la comprobación como resultado de la actividad celular y del mayor número de células como consecuencia de la enfermedad, que es hipercitoquinética.

En el cáncer de la próstata, las fosfatasas ácidas aumentan, particularmente cuando hay metástasis, como lo comprobó OLGA RAMOS HERRERA [5], de Lima. La deshidrogenasa láctica aumenta en los procesos cancerosos con metástasis, según BIERMAN [2], HSIEH y BLUMENTHAL [6], LÜHRS y NEGELEIN [8], WEST y ZIMMERMAN [10] y WROBLEWSKI [11]. MARINA HERMOZA ALTAMIRANO [4], de Lima, que investigó lipasa en cancerosos, encontró aumento de esta enzima.

La interpretación del aumento de la actividad colineterásica del suero sanguíneo en el cáncer, puede hacerse aceptando que, como consecuencia del estado morboso, se establece anarquía y multiplicación celular exagerada.

CONCLUSIONES

1. Se determinó la velocidad de hidrólisis colinesterásica en cincuenta y un pacientes neoplásicos, de los que veinte presentaban cáncer del estómago; once, cáncer en el útero; cinco, cáncer en el recto; tres, cáncer en el hígado; tres, en la próstata; dos, en el seno; dos, en la vejiga; un osteosarcoma; un linfosarcoma; uno, en el colon transverso, y uno, en la nariz.

2. La técnica empleada fue la de CLAUDIO CERVINI.

3. En todos los casos de cáncer que estudié, se comprobó aumento de la velocidad de hidrólisis colinesterásica, en relación con la velocidad de hidrólisis colinesterásica de aparentemente sanos. El aumento en cáncer de estómago fue de 53'91 por ciento; útero, 45'9 por ciento, y de recto, 47'22 por ciento, sobre la cifra normal.

4. Los promedios de velocidad de hidrólisis fueron: en estómago, de 111'10 $\pm$ 1'77; en útero, 94'7 $\pm$ 8'75, y en recto, 97'02 $\pm$ 9'78, respectivamente; en cáncer del seno llegó a 210.

5. El aumento de la colinesterasa sérica en cáncer se debe, probablemente, a la gran actividad de las células cancerosas.

RESUMEN

Las esterasas son enzimas capaces de desdoblar los ésteres en alcohol y ácido que integra su estructura química. La "colinesterasa", al hidrolizar la acetilcolina la descompone en colina y ácido acético. Esta enzima se encuentra en la sangre, masa encefálica, músculo cardíaco y mucosa intestinal, y es reversible en su acción.

En este trabajo se refiere la investigación de esta sustancia en cincuenta y un enfermos de cáncer con diversas localizaciones. Las determinaciones, realizadas en suero obtenido de la sangre en ayunas, utilizando la técnica de Cervini, han comprobado la velocidad aumentada de hidrólisis colinesterásica con relación a los resultados logrados con sujetos aparentemente sanos. El autor considera este aumento como probablemente debido a la gran actividad de las células cancerosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BATTISTINI V., C. — «Introducción al estudio de colinesterasa en nuestro medio. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1954.
2. BIERMAN, H. R.; HILL, B. R.; REINHARDT, L., y EMORY, E. — «Correlation of serum lactic dehydrogenase activity with the clinical status of patients with cancer, lymphomas an the leucemias.» *Cancer Research*, 17: 660 (1957).
3. CERVINI CLAUDIO. — «Método alcalimetrico simplificato por la determinazione del potere colinesterasico del seiro.» *Minerva Medica*, 41: 456 (1950).
4. HERMOZA A., M. — «Lipasemia en cáncer.» Comunicación personal.
5. HERRERA RAMOS, O. — «Fosfatasemia ácida en aparentemente sanos y en sujetos con adenoma y cáncer prostático.» *Revista Clínica Española*, 74: 164 (1959).
6. HSIEH, K. M., y BLUMENTHAL, H. T. — «Serum lactic dehydrogenase levels in various diseases states.» *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 91: 626, 1956.
7. LÓPEZ PIZARRO, M. — «Estudio de la acetilcolinesterasa globular y de la colinesterasa plasmática a nivel del mar y en Morococha.» Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1955.
8. LUHRS, W., y NEGELEIN, E. — «Uber das vorkirmmen von milchsauredehydrogenase in serum krebskranker patienten.» *Klin. Wchnschr.*, 34: 148 (1958).
9. VIALANUEVA, A. — «Determinación biológica de la colinesterasa.» *La Crónica Médica*, 65: 17 (1948).
10. WEST, M., y ZIMMERMAN, H. J. — «Serum enzymes in desease. I: lactic dehydrogenase and and glutamic oxalatic transaminase in carcinoma.» *Arch. Int. Med.*, 102: 103 (1958).
11. WROBLEWSK, F. — «The clinical significant of alteration in lactic dehydrogenase activity of body fluids.» *Am. J. M. Sc.*, 234 (1957).
12. ZAVALETA ZAVALETA, O. — «Colinesterasa en sujetos aparentemente sanos.» *Laboratorio*, 20: 361 (1955).

Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

NOTA PREVIA

PROFILAXIS CON SYNTOCINON DE LAS HEMORRAGIAS DEL POSTPARTUM

POR LOS DOCTORES

PABLO DE LA PEÑA REGIDOR y JOSÉ ENRIQUE CARRERAS

SANTA CRUZ DE TENERIFE

Es un hecho recogido en las clínicas tocológicas, que durante la expulsión de la placenta a veces tienen lugar graves hemorragias por «atonías», que obligan a poner en práctica medidas demasiado drásticas, como la histerectomía, si no se quiere perder la vida de la paciente, u otro proceder heroico; así vemos que esto puede suceder después de parto prolongado, hidramnios, cesáreas, placenta retenida, partos con frutos gigantes, grandes multípares, etc.

Producto de este peligro nació la maniobra clásica Credé externo, todavía en vigencia; posteriormente, aparecieron en el comercio los extractos hipofisarios, y bastó que el célebre germano SELLHEIM los usara y los alabara para que se extendiera su manejo en Alemania, y recordamos los trabajos de FAUVET, SCHMIDT, HAMMERS CHLAG, NACMACHEN, SCHUMACHEN, PUPER, etc. (por entonces los manejados en el comercio fueron Pituiglandol y la Orastina), aunque no faltó en Alemania quien los acusó de peligroso, como fue STOECKEL, debido a que en dos pacientes, después de administrarlo i. v., tuvo que hacer una histerectomía por una hemorragia por atonía. Así fue como se apagó la furia del empleo de esta droga de extractos impuros bipofisarios para combatir las hemorragias por atonías, pasando a reemplazarlo procederes de los indígenas africanos, como baños calientes o fríos y baños de asiento con agua fría, hasta que la escuela de RUNGE, de HEIDELBERG, en boca de HOFF y SPANNAGEL, recurrió al uso de la bolsa de hielo en el bajo vientre después del parto como proceder más libre de peligro y cómodo. Extendióse en todas las clínicas germanas y en muchas latinas.

La aparición en el mercado y su uso de los alcaloides del cornezuelo del centeno del tipo de Methergin o el Gynergeno, Ergometrina, y más tarde la hormona sintética oxitócica, Syntocinon, Pitocin, calificadas como verdaderas sustancias firmes y de garantía para mantener bien aseguradas las ligaduras de PINARD, se prodigó su empleo; véanse los trabajos de BJÖRKENHEIM (1937), RAURAMO y VATAJA (1954 y 1960) y RAURAMO y ELFVING (1962), que se expresan entusiastas del uso en el

Comunicación presentada a la IV Reunión de Ginecólogos Canarios. Las Palmas, 27-28 de febrero y 1 de marzo de 1963.

tercer período del parto del Methergin i. m. y el Syntocinon e. v. combinado en la misma paciente, y la escuela Suiza, el Methergin i. v. a la salida del hombro anterior, proceder éste que por ser muchas veces difícil de realizar no se ha divulgado esta maniobra, y así llegamos a este momento que deseamos dar a conocer nuestro proceder y cómo llegamos; todo esto fue durante un goteo por inducción, que después de hacer la expulsión y terminar con revisión manual uterina por placenta retenida, para asegurar la tetanización del útero, mantuvimos el goteo; observamos que el globo se mantiene firme todo el tiempo que estuvo, fue durante cuatro horas, pérdidas de sangre escasas, y a partir de este caso fue cuando recurrimos a usarlo sistemáticamente en nuestra rutina tocológica, desde el parto normal a las diferentes variantes que a continuación exponemos.

MATERIAL Y EXPERIENCIAS

Se han recogido cincuenta y un casos cuya metodología ha sido el goteo e. v. de 500, suero glucosado asociado con Syntocinon de Sandoz, diez unidades, a razón de treinta gotas por minuto. Los casos han sido agrupados en cuatro encasillados: *a*) Inducción y profilaxis después de parto normal, grandes multíparas, rotura prematura de bolsa. *b*) Cesareadas. *c*) Post-raspados. *d*) Revisión manual.

TABLA 1

INDUCCIÓN Y OTRAS CAUSAS

Hiposistolia	10 casos
Grandes multíparas	2 »
Total	12 »

TABLA 2

C E S Á R E A

Cesárea interativa	4 casos
Desproporción cefalo-pélvica	2 »
Añosas	2 »
Total	8 »

TABLA 3

Abortos incompletos de diferentes meses	8 casos
Total	8 »

TABLA 4

REVISIÓN MANUAL

Placenta retenida	2 casos
Placenta velamantosa	1 »
Total	3 »

CONSIDERACIONES

Se presenta en este trabajo un total de treinta y un casos donde se realizó el goteo con Syntocinon como medida profiláctica contra los desangramientos después de la evacuación de útero, que ha sido desglosado: doce inducciones y otras causas (véase tabla); ocho cesáreas; ocho post-raspados uterinos por aborto incompleto, y tres, último grupo de revisión manual de la cavidad uterina. Que detallando cada cuadro se entresaca que en las incluídas en el cuadro 1, en doce, se realizó en forma de inducción y se mantuvo hasta dar fin el frasco después de haber terminado el parto.

Igual proceder en dos grandes multíparas de más de ocho partos, para asegurar el globo de Pinard. Las enfermas incluídas en la tabla 2, cesareadas, se realizó esta metódica una vez evacuado el fruto. La tabla 3, durante los raspados en todos los ocho casos, y en la tabla número 4. Una vez terminada la revisión uterina se conectó inmediatamente el goteo. Tenemos que subrayar que en ninguno de los dos casos tuvimos que señalar ninguna complicación, salvo que una paciente de una inducción por hiposistolia presentó una flebitis del brazo, sitio donde se hizo el «goteo», que después de anticoagulantes y antibióticos cedió a los quince días.

RESUMEN

Se da cuenta de treinta y un casos donde se manejó el Syntocinon como medida profiláctica para evitar una hemorragia por atonía en goteo (diez unidades Sandoz en suero glucosado 500 c. c., a razón de cuarenta gotas por minuto), no teniendo en ninguno de esos casos desangramientos masivos que hayan puesto en peligro la vida de la parturienta.

BIBLIOGRAFÍA

BJÖRKENHEIN, EDW. *A.* — *Suomen Lääk I aikkaislehti*, 44, 1937.
RAUVET. — Citado por HOFF y SPANNAGEL: *Zbt f Gyne*, 955, 1940.
CREDE. — *Mseh Geburtsh*, 16 (1860); 17 (1861); *Atch Gyne*, 17 (1881).
HAMMERSCHLAG. — *Med. Welt*, 1930. Nr. 22.
HOFF y SPANNAGEL los cita.
Nachmacher Munch med Wsch, 1930, 1843.
PUPER. — *Dtsch Med Wsch*, 1.433, 1934.
RAURAMO y VATAJA. — *Ann chi et gyne Fennic*, 43, Suppl. 5, 349, 1954.
RAURAMO y ELFVING. — *Acta Obst. et Gne. Sacn*: xli, 391, fas. 4.
SCHUMACHEN. — *Zbl. f. Gynä.*, 1.456, 1933.
Stoeclel Arch. Gyne, 125, 1925.

Dirección: Méndez Núñez. 74. Santa Cruz de Tenerife (I. Canarias).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

VIVENCIAS ANÍMICAS

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

AUNQUE el título parezca un tanto tautológico, puesto que todo ser viviente es producto de un principio más o menos trascendido de poder anímico, nosotros, en este momento, vamos a referirnos a los diferentes aspectos y estados de conciencia en sus manifestaciones más fisiológicas, dejando de lado las teorías no sedimentadas todavía sobre la fisiopatología de las llamadas neurosis con sus prácticas psicoanalíticas.

Este complejo universo de las relaciones somatopsíquicas, están en revisión constante de prácticas y teorías, vinculadas ambas al desarrollo científico de cada momento, el cual desde su peculiar punto de vista admite aquellas hipótesis más en consonancia con los datos observados.

La psicoanalítica actual constituye una ciencia puesta en circulación con los máximos honores, tanto dentro de la medicina como dentro de la pedagogía, sin contar con sus múltiples aplicaciones en todos los órdenes de las actividades humanas, culturales, éticas, sociales, políticas, y en esta necesidad de los tiempos nuevos está su dignidad y jerarquía.

¿Qué mayor saber que el que podamos obtener sobre nuestra naturaleza, tanto física como racional, y sobre esa otra dimensión que es la de la correlación de ambas, su mutua interdependencia, esa frontera indecisa y oscura entre la materia y el espíritu entre el ser óntico y el ser nounémico? Lo que es uno, por naturaleza diverso, más que diverso irreductible por su modo de obrar, entre ambos factores, no se excluye según los nuevos enfoques de la psicología, términos y perspectivas correlativos modos de manifestarse, tanto activos como pasivos, de la materia como tal, y de lo racional como tal, la eterna dialéctica entre las formas y las funciones, un universo, en continua regulación de potencias materiales y potencias racionales.

En su diversidad está su complejidad; ¿cuándo la materia y cuándo la función es causa de sí misma, por un lado, y, por otro, cuándo la razón es causa de sí misma y cuándo su operación es causa de su sinrazón por otro? El psicoanálisis tiene ante sí una gran responsabilidad científica, y también de un orden moral y social, porque enjuiciar lo humano es la tarea más expuesta a errores y falseamientos.

Esta ciencia intenta desentrañar fenomenologías muy dispares, las propias del mundo cosmovegetativo de general representación en los animales superiores, y la

fenomenología propiamente psíquica en sus modos y reacciones mentales en el hombre, las cuales por su diversa naturaleza no se prestan a un encadenamiento lógico de principios; la inmanencia de la vida está separada naturalmente por un abismo, el de la inmanencia racional. Aquello involuntario, inconsciente e irracional no podemos compararlo con su opuesto voluntario, consciente y racional; dos géneros que no hay manera de referirlos el uno al otro lógicamente, por ser genéricamente diferentes.

Sin embargo, ambos gozan de un asiento común, lo uno individual correlativo en sus modos operacionales, y esta realidad, esta unidad organicoontológica, puede permitirnos, sin caer en contradicción, el emitir juicios, claro está, correlativos sobre esa mecánica admisible como factor de conexión entre el mundo físico y el mundo psíquico.

Algo ocurre entre el universo vegetativo y el mundo racional, que no siendo el uno no es tampoco el otro, pero que a pesar de ello se conectan recíprocamente en sus modos operativos propios, para darnos datos hechos y casos de ambos, que son objeto de esta nueva ciencia psicoanalítica en cuyos comienzos vivimos actualmente. No tratamos de ahondar sobre sus delicados problemas, los cuales contienen las más agudas y trascendentales cifras que podemos conferir sobre lo humano.

No obstante, me permito tratar este tema de un modo general, sin hacer crítica de los hombres más representativos sobre esta materia, como son FREUD, ADBER y JUNG, los cuales, y cada uno por su parte, han sentado parcelas valiosísimas sobre esta ciencia del porvenir. Solamente me limito a exponer generalidades que, partiendo de ideas clásicas ontológicas, fundamenten juicios de posibilidad y realidad que nos alejarán de imaginaciones, fantasías y leyendas que una lógica prudente no debe admitir.

Con buen sentido no podemos admitir, cuando se trata del hombre, dar criterios de parcialidad funcional y orgánica, ser exclusivistas sobre cual o tal ente, ya fisiológico, ya hormonal o ya de cualquier especie orgánica concebible, porque en tal caso reducimos nuestro compuesto a términos inadecuados, de lo que fundamenta la naturaleza humana su ser unitario, su ser universal, ser de materia, de forma y de finalidad.

ESFERA DE SIGNO COSMOLÓGICO

Considerada la vida como la aptitud de ser en sí de un modo espontáneo en sus diferentes clases de vegetativa, sensible y racional, sólo nos resta indagar aquellos principios por los cuales se rigen dichas distinciones.

Todas las diferencias formales existentes, desde las monocelulares hasta las policelulares mejor organizadas, nos dan cuenta, por su diversidad de funciones, de un principio intrínseco dinámico, por el cual la materia indeterminada y potencial pasa a la existencia determinada y actual.

El panorama vital está constelado por un infinito de formas y funciones genérica y específicamente realizadas, delimitadas por principios genéticos constantes en el tiempo y el espacio, que no podemos traspasar ni transferir, sino observar en sus modos naturales de actuación y movimientos, con arreglo a prácticas más o menos verificables. La constancia y regularidad de las formas y funciones parece corresponder con los principios de conservación de la materia y de la energía, puesto que en caso contrario lo caótico sería la alternativa del cosmos. Sólo sabemos, por ahora, de un determinismo elemental, en cuanto cumple los principios dinámicos y energéticos, en vista siempre de un tipo específico genéticamente finalista. Así, pues, lo vital tiene su real predicamento, su esencia inmanente, en sus células genéticas, como potencias cósmicas imperecederas determinantes de formas y funciones temporales y transitorias. Por lo tanto, eso concebido como determinismo elemental incluye factores que no debemos minimizar, por cuando al lado de lo fugaz de las formas y funciones, trascendiéndolas, reside la condición de la continuidad específica o individual «como especie de eternidad», concomitante a la sustancia de los entes, representado por los genes.

Esa condición ambivalente de continuidad y de transitoriedad de permanencia y de contingencia, está a la base de formas y funciones en razón de finalidad, principios en los que se resuelven los fenómenos vitales como realidades a nuestra experiencia física y psicológica.

Concretándonos a nuestros sistemas de conocimiento, lo vivencial constituye el conjunto funcional «ánima o ánimo», razón o impulso vital de todos los seres vivientes, y que referidas a nuestra naturaleza alcanza su mayor diferencia específica, la cual adquiere notas particulares, caracteres propios étnicos o raciales, según el tiempo y la geografía.

Las diferencias vivenciales afectan al género humano históricamente considerado, por cuanto éste como ser vivo está en relación directa con las condiciones climáticas y de ambiente, en lucha constante con las fuerzas naturales, y sus correlativas con la selección y adaptación resultante de las mismas.

Poco se sabe del hombre arcaico, y menos del hombre ahistórico; sólo podemos afirmar de ellos como entes vivientes en posesión de una conciencia potencial, sin poder discriminatorio ni diferenciador de hechos y de casos; puntuales en sus reacciones, con vivencias relativas a la lucha por la existencia, que les conduce al libre juego de sentimientos egoístas, tribales o de clan.

¿Qué podemos admitir en esas mentes primitivas sobre sus naturales vivencias anímicas? No otra cosa que imágenes indistintas como expresión de uniformidad y de tendencia colectiva. Las fuerzas cósmicas con sus fenómenos, para esas mentes no tenía otro principio de causalidad que la que sentían en sí mismo como resultado de su condición anímica, que ampliaban a toda realidad viviente como portadora de un «hechizo», objeto mental astraído de los seres vivientes.

Este objeto anímico configurado, personalmente impulsado por voluntad de poder, está repleto de imágenes cósmicas astrales y terrenales dirigidas por ese fatalismo y contingencia que los preside. Su psique es una sujeción de avatares con las fuerzas naturales, en cuyo oleaje y tensión el ánima late al compás de sus movimientos.

El hombre primitivo piensa al unísono con los elementos telúricos, lo cual les hace partícipes de sistemáticas rituales y sacrificios en los que los seres vivientes ocupan el primer rango. Asimismo, las prácticas mágicas, sacrificios de todas clases, actos espiatorios y conjugadores de fatalismos implacables nos indican que las vivencias primitivas respondían a un sentir mejor que a un pensar, auroral, germinal, potencial, sin objeto concreto, puesto que para esas mentes no existía la distinción entre el objeto y el subjeto, lo propio de mentes más racionales.

Esta dependencia con las leyes naturales, con sus correlativas interpretaciones cosmoanímicas, es la dominante en ese estado potencial, con vivencias de tipo unidireccional limitadas a un mundo indiferenciado empírico, rutinario, hundido en totems y tabús, sin ansia de progresión de movimientos colectivos, semiconscientes, masivo, monolítico ancestral, totalitario; lo inculto, en definitiva.

Esta ligazón entre el hombre y el cosmos se quebranta en el momento en que el hombre descubre su poder racional y consciente en el tiempo. Esto distingue unas razas de otras; lo potencial o transitado a lo actual, calificado culturalmente, no sin atravesar graves quebrantos de todo orden, materiales y espirituales. No cabe duda alguna que el llegar al concepto de persona requiere un largo proceso histórico. El hombre primitivo, al desconocerse a sí mismo, se ignoraba como persona.

Esfera de signo vegetativo

Vital, orgánica y funcional propiamente dicha; inconsciente e irracional por naturaleza; sus formas y funciones están condicionadas por elementos genéticos de específica individuación, cuya sustancialidad en lo humano sirve de armadura, de soporte a la razón en general.

Desde nuestro punto de vista la conformación vegetativa, constituye una sistemática ordenada potencialmente a servir de nexo con nuestras facultades racionales. Por ello reconocemos una conciencia inferior vegetativa o instintiva absolutamente inconsciente, dotada de un dinamismo potenciador por el que sus contenidos indiferenciados son posibilidades a nuestras formas racionales. Dichos contenidos, que como vegetativos tienen resonancias elementales, nutritivas o de conservación, genésicas o de reproducción, etc., las cuales, por sus actos definidos y en virtud del principio de asociación, afectan a la conciencia superior o racional en relaciones contrapuestas, dando ocasión a vivencias anímicas con las más oscuras manifestaciones.

Ahora bien, dada esta correlación entre la conciencia vegetativa instintiva y la conciencia racional o reflexiva, tendremos estímulos con los respectivos umbrales de percepción recíprocos, corrientes aferentes y eferentes, cuyas dinámicas confluentes varían al infinito en que cierta medida de un modo relativo podemos dominar, sobre todo cuando factores de medio ambiente, educativos y culturales, condicionen más o menos refiejamente nuestras formas de vida, dando lugar a esas dinámicas psíquicas de represión de impulsos, verdaderas fuerzas censoras de vivencias anímicas, tanto superiores como inferiores.

Se debe subrayar el hecho, que los impulsos de energía vegetativa, por su capacidad potencial, es lo que responde a la «quididad» o determinismo elemental, a la condición espontánea e inmanente de la vida. El impulso vital, llamado también razón vital, en todos los casos cae fuera de nuestra razón, responde siempre a una causa de inexorable fatalismo, puesto que el ser en sí de lo vital está cosmológicamente impuesto a todas sus formas, superiores e inferiores.

El sistema vegetativo, en sus órdenes nutritivo y genésico vitalmente considerado, funciona en razón de pura expresión sensible o cenestésica por la variedad de estímulos propios y extraños, los cuales, por su indistinción, nos afectan de un modo total, dando origen a una dinámica especial, eso que denominamos sentimientos o afecciones. Desde este sistema sentimos, consentimos y nos afectamos en toda la escala de lo emocional, positivo y negativo, como expresión reactiva del complejo neurovegetativo. Sabemos del valor de lo afectivo y los sentimientos, tanto positivos de atracción como negativos de repulsión. Lo vital en sí contiene principios y fuerzas que la razón desconoce en sus dinámicas, pero que a las cuales se acomoda por imperativo de su inmanencia vital. Desde aquí se explica tanto lo actual como lo posible de nuestra razón y voluntad. La vivencia anímica vegetativa, como expresión de tendencias y afectos, no es un postulado, ni menos

un principio universal; es un mecanismo, una dinámica elemental que se potencia a sí misma como impulso, inclinación; una razón de devenir en infinitos sentidos y direcciones, condicionantes todos ellos de la multiplicidad de formas de vida de nuestros sistemas racionales, físicos y metafísicos. Aunque parezca extraño, cabalgamos tanto sobre entes extrarracionales como racionales; es la doble cara de Jano, que mira tanto a la razón como a la sinrazón de las cosas.

El conjunto funcional vegetativo, sometido a leyes elementales ,a mecanismos intrínsecos de regulación hormonal, son factores que condicionan fisiológicamente nuestras perspectivas anímicas; en caso contrario, cualquier alteración de sus componentes anatomofisológicos pueden ser causa de estímulos vivenciales con «animosidades» que pueden entrañar graves trastornos en la personalidad, por su repercusión mental en ese orden específico de los afectos y sentimientos, que son la clave de nuestra conducta individual y social. Lo vegetativo, como materia, rige, a pesar de nuestras sutilezas, la conducta de la Humanidad. El psiconálisis tiene ante sí un fondo inagotable para sus clarividencias diagnósticas y pronósticas, puesto que nuestra alma, antes de alma, es alma de las cosas.

Dado que el hombre instintivo está condcionado por formas de vida vegetativa, en sus potencias y actos dominan vivencias elementales determinantes de estados límites de miedo o agresión, de cólera o de ira, consecutivos a situaciones de emergenca con sus cargas emocionales concomitantes como resultantes del instinto, que sustancia todo ser vivo, sin hacer excepción el hombre, el cual, por su condición racional, multiplica indefinidamente las perspectivas anímicas, trascendiéndolas actual y posiblemente en el tiempo y en el espacio, con las consiguientes anormalidades del psicoanálisis.

Esfera de signo racional

Es el lugar común de nuestras representaciones, consciente por naturaleza, aquello reflexivo y voluntario opuesto de lo funcional neurovegetativo. Esta esfera presenta fronteras indefinidas: una inferior, que limita con lo inconsciente, anteriormente explicada, y otra superior a ella, como suprarracional o metalógica, especie de ser anímico cuya función es trascendente de aquello que intuímos sintéticamente como valor de las cosas reales e ideales. Se admiten, por lo tanto, en esta esfera racional tres niveles funcionales: primero, el del subconsciente, como zona de penumbra entre el mundo vegetativo y el racional propiamente dicho, que participa de ambos impulsos dinámicos más o menos imbricados y trascordados por el tiempo, lugar de residuos de pasadas vivencias, cuarto oscuro donde la psicoanalítica trata de buscar ocultas informaciones para sus teorías y fórmulas más o menos hipotéticas; segundo, zona racional de tipo lógico intelectual, donde tienen lugar nuestras operaciones analíticas y sintéticas, que constituyen el caudal de nuestras ciencias físicas y metafísicas; y tercero, zona superracional o trascendentemente valorativa de nuestras vivencias hagiotípicas, a las cuales comprende de un modo genérico en su universalidad anímica, totalizadora de impusos materiales y espirituales, capaz de ordenaciones de la conducta en sus más lineales y puras formas de vida.

Teniendo en cuenta estos distintos niveles conscientes y reflexivos, podemos poner a nuestro alcance aquellos fundamentos por los que nuestras videncias anímicas pertenecen a un grupo o a otro, para perfilar el tipo psíquico y, en consecuencia, sentar el criterio más adecuado. Si, como todos saben, se han diferenciado los psicotipos en introvertidos y extravertidos, división de gran alcance científico

y muy reconocida por todos, la parcela de lo humano racional presenta panoramas de oscuras profundidades, que no se agotan en términos dicotómicos, tan corrientes en nuestras teorías científicas. No es extraño que la mente funcional sea para la ciencia un universo de complejos, con cuya palabra se quiere significar potencias y actos, en estrecha correlación y enlace de unidad, sentido y dirección de nuestras vivencias.

Con este esquema tripartito de la operación racional, que de modo sucinto expongo, tratamos de iniciar teóricamente, distinguiendo en toda función mental, en primer lugar, aquello potencial o principio de inmanencia que concluye en acto; es decir, aquello determinante como principio de un algo determinado, sea cual fuere, tanto la naturaleza del impulso como la energía desplegada para su manifestación anímica. Ambos factores potenciales y actuales condicionan en su elementalidad nuestra actividad mental, factores que en realidad son comunes a todo ser humano, puesto que toda su contingencia de formas y funciones está sometida cósmicamente al principio de finalidad. En segundo lugar tendremos concomitantes con los factores actuales y potenciales, los derivados de esa tridimensionalidad mental, cuyas operaciones interdependientes pueden manifestarse de modo escalar, cargando el acento valorativo sobre una u otra zona, con la consiguiente gama valorativa de sus propias operaciones.

Se deducirá de lo indicado que tanto los estímulos sean intrínsecos como extrínsecos, capaces de alterar un yo tan complicado como receptivo, darán ocasión a complejos cuya tónica valorativa situaremos en lo inconsciente como poder o fuerza elemental cósmica, y en lo consciente, como suma de constelaciones en acto, o reflexivas y discursivas, y en e supraconsciente o trascendente suprarracional o sintético, que estarán representados por conceptos de naturaleza objetiva o realista, o por conceptos idealistas o subjetivos.

Esta tridimensionalidad funcional, en cada zona operativa, califica las vivencias anímicas, y de hecho así se reconoce, como vivencias *preconscientes, conscientes* y *supraconscientes* en una sistemática objetiva, las cuales normalmente responden a nuestra vida mental. En caso contrario, roto el equilibrio de correlaciones por causa orgánica o funcional, por alteración de las unidades energéticas psíquicas correlativas entre dichas zonas, estaremos ante cuadros psíquicos, escindidos, distendidos, y desgarrados otras, con intensidades variables en sus formas clínicas, potencial y actualmente.

Dichas relaciones, desde la más inferior hasta la más superior, someten al campo de la conciencia un flujo y reflujo continuo de caracteres anímicos, favorables unos, contradictorios otros, cuyas naturalezas se confunden e imbrican o intercalan, en los que los sentimientos, la razón y lo perfectivo anímico que nos informa, dan ocasión a complejos de inexplicable y oscura distinción.

Desde aquí se comprenderá la antinomia radical que sustancia la persona, agente actual de toda serie de conflictos, entre la materia germinal pesada y gravitante y el espíritu alado y perfectivo, explicando nuestra naturaleza en su irreductible inconmensurabilidad de motivos definidores de nuestras perspectivas anímicas, unas producto de determinismos elementales y otras producto de principios y razones de cuya interacción resulta una trayectoria sometida a las direcciones más contradictorias.

De lo indicado se deduce que la esfera racional, por su carácter consciente y reflexivo, es producto de estímulos propios y ajenos en donde convergen dinámicas de específica intensidad individual en íntima participación de factores emocionales, de cuya conjunción se derivan estados de conciencia cuya tónica polarizamos en aquella fenomenología *sui géneris* de cada esfera racional con su signo específico funcional.

Desde esta teoría entendemos que la psicopatología tiene ante sí una tridimensionalidad diferenciable por sus objetos y operaciones, tres entidades dinámicas para sus interpretaciones capitales: primera, la del inconsciente o potencial, con un dinamismo que no se rige por otras leyes que las naturales, de amplia base espontánea y finalista; segunda, la consciente o racional, reflexiva por sí, configurativa de imágenes completas y abstractas, lógico intelectual en sus operaciones, y tercera, la suprarracional o trascendente por sus valoraciones intuitivas sobre aquello perceptivo, ejemplar y divino, de sus vivencias emotivas. Esta serie gradual califica nuestra mente en los más diversos modos de empresión, puesto que dichas dinámicas pueden tomar direcciones extra o intravertidas en cada caso, con corrientes unas directas y otras inversas, cuyas influencias dominantes dan la tónica mental para una valoración aproximada sobre la complejidad del mundo anímico, objeto sustantivo de la psicología en sus estratos más ocultos y profundos.

RESUMEN

Siendo la psicoanalítica la rama más atrayente de la ciencia médica, por sus relaciones con todas las disciplinas científicas, literarias y espirituales, se exponen una serie de conceptos doctrinales en los cuales ponemos en evidencia aquellos fundamentos sobre los que descansa el compuesto humano.

Damos una referencia esquemática un tanto sucinta de los diversos enfoques funcionales que en su especificidad propia son capaces de producir estados de conciencia o vivencias determinantes de complejos psíquicos diferenciados, cuya importancia nosológica subrayamos, tanto desde el punto de vista normal como posible de alteraciones patológias, cuando los sistemas se disocian, escinden o desplazan, en sus operaciones, dando ocasión a distintos cuadros clínicos, objeto principal de las prácticas psicoanalíticas.

Domicilio: General Franco, n.º 66, pral. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

CUALIDAD BIOLÓGICA Y RADIACIONES IONIZANTES *

POR LOS DOCTORES

FCO. JAVIER MARÍN-GÓRRIZ y FERNANDO SOLSONA MOTREL

ZARAGOZA

I

El físico ha descubierto, por fin, el límite externo y cualitativo de su propia disciplina intelectual: la «vida».

Los biólogos, los físicos y los químicos, con la excepción de unos pocos epígonos del mecanicismo, están conformes en admitir que el modo de ser llamado «vida» es formalmente irreductible a conocimientos físicos y químicos.

Y, sin embargo, nadie piensa que en los seres vivos operan otras fuerzas que las físicas y las químicas.

Para RUSELL BRAIN, parece evidente que la Medicina está entrando en una nueva dimensión. Hemos ultrapasado el estadio en que pensábamos, ante todo, en términos de órganos y sus funciones. Ahora debemos pensar en términos de transacciones de mayor o menor complejidad biológica, pero dentro de las que quedan afectos muchos órganos. Por otra parte, la investigación reciente se ocupa cada vez más del conocimiento de las unidades más pequeñas que toman parte en estas transacciones. Hay para esto dos razones: una accidental, y es que sólo desde hace poco tiempo disponemos de recursos técnicos para llevar a cabo estos estudios. La otra es más clara: se trata siempre de investigaciones fundamentales que conciernen al material más primario de todas las transacciones biológicas. Debemos considerar al organismo, en lo que a estas transacciones se refiere, como en niveles de complejidad creciente; es evidente que en el nivel más elevado los trastornos funcionales se superponen imbricadamente sobre órganos y funciones diversas.

Desde los griegos, de manera fatal todo pensador ha caído en uno de estos dos extremos del pensamiento: o la concepción atomista del Universo, o la concepción holista; la tesis fundamental de la primera es que todo, en último término, está formado por partículas; la segunda sostiene que, en general, las partículas tienden a agruparse en forma regular y ordenada, cada vez en grado más elevado.

Estas dos escuelas de pensamiento obedecen, probablemente, más que a una realidad física, a diferentes temperamentos en los observadores. Cada grupo exalta y hace patente lo que el grupo opuesto no ha sido capaz de columbrar.

* Comunicación leída en la V Reunión Internacional de Aproximación Filosófico-Científica. Zaragoza, noviembre de 1962.

II

Nosotros vamos a centrar nuestra mirada en lo que ocurre en los niveles más pequeños en donde tienen lugar estas transacciones de que hablábamos.

Pues bien: a pesar de su gran diversidad, todas las formas de vida presentan algún parecido fundamental. Y aquello en que se parecen los entes lo llamamos cualidad. Por un lado, la vida de todo organismo depende de la presencia de proteínas, cuya principal función es servir como enzimas. Estas proteínas hacen posibles los incesantes círculos metabólicos que tienen lugar en toda célula a través de centenares de reacciones bioquímicas. La secreción de hormonas, la contracción de fibras musculares, la transmisión eléctrica en cerebro y sistema nervioso son posibles gracias al trabajo perfectamente coordinado de las enzimas. Las proteínas pueden actuar en formas muy diversas, pero todas son moléculas gigantes compuestas de las mismas unidades básicas, estructuras de largas cadenas cuyos eslabones están constituídos por unos veinte aminoácidos agrupados en diversas combinaciones.

Además, estas moléculas enormes están producidas por otras moléculas gigantes, siguiendo el mismo método general.

La valoración del núcleo ha pasado, en Medicina, por tres etapas: primeramente, el núcleo celular es considerado solamente como un depósito a acervo genético, con participación incógnita en los procesos metabólicos (oxidaciones, reproducción celular, etc.); más tarde, por la singular estructura química de los ácidos nucleicos, se le juzga especialmente capacitado para la transferencia de información. Es decir: por albergar en los dispositivos helicoidales constituídos por múltiples cadenas de polinucleótidos, que denominamos genoma, un código de formas y de estructuras, funcionan proporcionando constantemente troqueles para configurar las proteínas de tal suerte que éstas tengan la correspondiente estructura específica (de tejido, de órganos, de individuo, de especie, etc.), lo que es su calidad o cualidad biológica.

Este concepto de clave informativa, desde el que se transfiere una información —la de la estructura de cada nueva molécula proteica—, nace de un tipo de pensamiento muy difundido en nuestra época y que encuentra su expresión en la teoría y ciencia de la información, tanto en su aspecto matemático como en el de la Física. Si esta información es desfigurada o alterada por cualquier mecanismo, como luego veremos, va a modificarse la cualidad regida, va a alterarse la cualidad biológica «lato sensu» (OCHOA, ROF).

El mecanismo de la carcinogénesis, por ejemplo, respondería, según ciertos autores, fundamentalmente a una alteración cualitativa en este sistema de transferencia de información génica.

Los genes, que rigen las cualidades biológicas, pese a estar sometidos a millones de influencias, circulan a través de las generaciones invariantes, intangibles, con una persistencia a toda modificación que no la tienen ni los cristales del mundo inorgánico, ni ninguna otra clase de sustancia (SCHRÖEDINGER).

Hoy se admite, por la gran mayoría de los investigadores, que el material genético primario es el ácido desoxirribonucleico (A. D. N.), y que el ácido ribonucleico (A. R. N.), que se encuentra en el protoplasma celular, recibe del A. D. N. su capacidad para sintetizar proteínas. El problema fundamental se situaría, por tanto, en la transferencia de información del A. D. N. al A. R. N.

La doble hélice de A. D. N. está formada por dos cadenas de polinucleótidos complementarias, unidas por enlaces hidrogenados entre bases opuestas: adenina-

tímina y guanina-citosina. Un «gen» es una unidad localizada de ácido nucleico con una función específica de una molécula no génica, tal una proteína.

Para darnos idea de las dimensiones en que nos movemos, podemos decir que si desenrollamos esta doble hélice de ácido desoxirribonucleico, la anchura entre las dos cadenas es de 30 Å; la distancia lineal entre dos nucleótidos es alrededor de 7 Å; la longitud total de una molécula de A. D. N., que está compuesta por alrededor de 20.000 nucleótidos, será, pues, igual a 14 micras.

Se cree hoy día que la especificidad de un enzima o de una proteína reside en la especial secuencia u ordenación de los aminoácidos que la integran.

La hipótesis hoy dominante es que esta secuencia de aminoácidos que constituyen y determinan la especificidad de las proteínas —y, por tanto, de las enzimas—, este orden sutilísimo se reproduce constantemente a partir de un troquel el cual está constituído por el ácido ribonucleico. Esta síntesis tiene lugar principalmente en el citoplasma, aunque alguna vez se observa también dentro del núcleo. La posición de cada aminoácido en la cadena proteínica está determinada por tres nucleótidos de purina o de pirimidina en el ácido ribonucleico. Esto supone un gran número de nucleótidos como determinantes del «locus génico».

El rasgo característico que puede distinguir un tipo de A. D. N. de otro es la disposición de los grupos laterales, de igual manera que la situación de los aminoácidos determina la específica cualidad de una proteína. Y estos grupos laterales son las bases.

Dado que existen unos dos millones de especies distintas, debe de haber alrededor de dos millones de combinaciones u ordenaciones de las bases también diferentes, que incorporen en sus apretadas espirales los planes de organización de toda la materia viva.

Un orden determinado, como, por ejemplo, adenina-timina-citosina, puede ser un bacilo de Koch; el que reza adenina-timina-guanina puede ser un tigre; guanina-citosina-adenina-guanina, un hombre.

La cualidad de las células y sus funciones va a ser celosamente mantenida y conservada gracias, pues, a la especificidad de estas proteínas inducidas por la especificidad del A. D. N. a través de los ribosomas constituídos por A. R. N.

III

Esta cualidad, sin embargo, puede verse alterada y lo será por afectación de los elementos primigenios de dicha especificidad.

Sabemos —hemos dicho— cómo algunos autores, y entre ellos GOLDWAITH, piensan que el mecanismo de la carcinogénesis respondería fundamentalmente a una alteración cualitativa en el sistema de transferencia de información génica.

La inmunidad no es, en última instancia, sino una alteración en la cualidad de la respuesta frente a unos estímulos.

La interferencia de un virus en el troquel va a producir una distorsión en el troquel, y así, el trastorno subsiguiente, que puede ser un tumor. Experimentalmente pueden producirse tumores en el ratón con el ácido nucleico extraído de virus poliómico.

Pero el caso más sugestivo de alteración de la cualidad biológica, éste en sentido «cuasi» fisiológico, es la cicatriz.

La cicatriz está formada por células que no se han renovado, sino que se renuevan constantemente, quedando, eso sí, la forma de la cicatriz. Lo que nosotros llamamos cicatriz no es más que esa forma fijada de una deformación que

ha afectado a esos microfactores genéticos que nos aseguran la forma invariable de un sector de nuestro organismo.

La cicatriz es un recuerdo de algo que ha ocurrido, de la misma forma que la inmunidad para el sarampión es también un recuerdo del padecimiento de dicha enfermedad.

No podemos concebir la primera más que como una modificación de la capa basal de la epidermis en la organización de sus células matrices, ni la segunda sino admitiendo una huella o tatuaje en la matriz proteinopoyética de la célula.

Existe un tipo especial de cicatriz, de cicatriz patológica, deforme, inestética, que es la cicatriz queloide. Esta reconoce siempre la existencia de un trauma (herida o quemadura), pero acontece sólo en determinado terreno, en algunas personas predispuestas, y en su etiopatogenia intervienen varios fectores condicionadores de ese terreno biológico. Lo que no cabe duda es que si las condiciones etiológicas se repiten en otra ocasión, aparece un nuevo queloide. Hay, indudablemente, una cualidad biológica alterada, aunque, al contrario que la cicatriz normal, proceso fisiológico; trátase aquí de una condición patológica. En ambos casos, cicatriz y queloide, el trauma externo modifica la cualidad biológica, y esta alteración se perpetúa en el individuo. No cabe duda, pues, que existe, a partir de la herida, una modificación de la cualidad biológica local, que hace que aparezcan formas que antes no existían.

Porque indudablemente que ha variado la forma, y la forma, la figura, es —considerada aristotélicamente— una de las clases de la cualidad.

IV

Lo que distingue a las radiaciones ionizantes en su relación con la vida, es ser la única capaz de producir una mutación y, con ello, un cambio cualitativo.

La inmensa mayoría de las reacciones radiobiológicas a la escala de un organismo complejo, tal como el hombre, por ejemplo, no son en definitiva más que la consecuencia de fenómenos genéticos que intervienen en la escala celular, aunque estos procesos no deben ser considerados como una especie de suceso independiente de toda circunstancia exterior, en particular del medio celular ambiente. a través de una cadena de reacciones complejas.

Pero, desde luego, se han descrito, a consecuencia de las radiaciones ionizantes, importantes modificaciones del A. D. N. e inhibición de su síntesis.

Los interesantes y complejísimos mecanismos puestos en juego constituyen uno de los más importantes capítulos de la radiobiología.

La radiobiología ha demostrado que la producción experimental de mutaciones es proporcional al número de ionizaciones por unidad de volumen textil. Esto significa que un solo fotón es suficiente para inducir una mutación, y esto sugiere también que el gene es una molécula única. Es conveniente aclarar, en este punto, que en ocasiones puede ser necesaria más de una ionización para producir una mutación.

Y todos sabemos que los procesos mutagénicos que las radiaciones ionizantes determinan pueden ser los responsables de la carcinogénesis. La existencia de cáncer o leucemia determinado por las radiaciones ionizantes es un hecho demostrado y en cuyos pormenores no tenemos tiempo de entrar. El que quiera, puede consultar mi trabajo «Radiocáncer y radioleucemia», publicado en CLÍNICA Y LABORATORIO (octubre 1962). He aquí, pues, un brillante ejemplo de la alteración de la cualidad biológica por las radiaciones ionizantes.

V

Pero se sabe también que estas radiaciones son un importante modificador de la inmunidad y con ello varía la cualidad biológica también. Las radiaciones ionizantes producen modificaciones cualitativas de la inmunidad, de la primaria y de la secundaria (puede verse, a este respecto, el famoso trabajo de COURTIAL, DUPLAN y LAVEDAN), aunque conviene saber que estos efectos son función de la dosis de radiación. Desde luego que es fácil explicar esta alteración de la inmunidad a través de bloqueos enzimáticos y retardos del metabolismo celular, que dependen de las alteraciones génicas primigenias.

Por otra parte, se conoce lo que ocurre en el problema de los injertos celulares homólogos. Si no irradiamos previamente el huésped, el injerto no prende; es rechazado por mecanismos de inmunidad del huésped respecto al injerto.

La razón esencial de que esto ocurra así la dio LOUTIT en 1955, en el Centro de Investigación Atómica de Harwell. Las leyes de inmunología no valen para el caso de un mamífero que ha sufrido la irradiación. Si un ratón del tipo A recibe irradiación y se le inyectan después células de un ratón del tipo B, todas las células de la medula de A se vuelven del tipo B. El punto clave de este descubrimiento fue el desarrollo de una nueva técnica que permitiera distinguir las células de los diferentes tipos de ratones. Esto se consiguió como un descubrimiento secundario del estudio de los efectos genéticos de las radiaciones: se producía una mutación en la cual uno de los cromosomas se había alterado notablemente en su forma. Cada célula que contiene uno de estos cromosomas tiene que provenir forzosamente de células que se originan en un ratón que pertenezca a este tipo. Cuando se inyecta en ratones corrientes, después de la irradiación, medula ósea de tipo especial, todas las células en los órganos formadores de sangre contendrán el mismo cromosoma en forma de hoz. Este concepto se extendió hasta el punto de que incluso células de rata se acomodan y se multiplican en ratones irradiados. El ratón se había convertido en una quimera: el monstruo mitológico con cabeza de león, cuerpo de cabra y cola de serpiente. Esta palabra se usaba en Botánica para describir plantas como un manzano con rama de pera, pero sólo la irradiación ha hecho posible conseguir tales mezclas de animales. Los mamíferos normales nunca aceptan la presencia de células de otras especies y desarrollan anticuerpos. Los mamíferos irradiados por completo sí toleran células extrañas porque han perdido, al menos temporalmente, la capacidad de sintetizar anticuerpos. Un injerto de medula ósea heterólogo solamente prenderá si el animal receptor ha sido irradiado enteramente con anterioridad.

Y aquí se cumple no una alteración de la cualidad biológica celular, sino incluso una alteración de la cualidad biológica de ese ser vivo. Lo que temíamos al principio, de que una modificación en la ordenación en las bases del A. D. N. pudiera alterar y originar un monstruo, el paso mental de la ordenación básica que puede representar un tigre a la que puede representar un hombre, pudiera llegar por este camino, si fuerzas espirituales, teológicas, no nos hicieran pensar de otra manera.

Las dos teorías más importantes que han surgido en nuestro siglo: la de PLANCK y la de los genes, vienen a encontrarse y converger de manera dramática en nuestra generación. De la teoría planckiana ha derivado el conocimiento de la energía atómica, cuya manipulación pone en grave peligro los genes, postulados y descubiertos por la teoría de las mutaciones. La fábula del aprendiz de brujo se ha vuelto realidad tan amenazadora que filósofos como JASPERS, físicos como

CARLOS VON WEIZSACKER, médicos humanistas como ALBERTO SCHWEITZER, el premio Nobel, y los hombres de ciencia todos, consideran en varias obras que la Humanidad corre el riesgo de un suicidio colectivo si no se modifica la naturaleza y el ser del hombre en su más íntima entraña.

La razón por la cual células extrañas pueden acomodarse por completo a ciertos órganos y organismos irradiados, es problema resultado de dos factores. Por una parte, los órganos formadores de sangre son sensibles a las radiaciones, y la mayor parte de sus células pueden destruirse con dosis bastante pequeñas, y el lugar, por lo tanto, queda vacío para una repoblación por nuevas células. Por otra parte, la radiación reprime temporalmente la respuesta normal del nuevo cuerpo a las células extrañas; las reacciones de inmunidad por las que los animales sanos inmediatamente arrojaban las células extrañas injertadas funcionan muy confusamente después de la irradiación, y, por lo tanto, las nuevas células inyectadas tienen una oportunidad de establecerse sin ser molestadas. Así y todo, el descubrimiento de que las células inyectadas no sólo se desarrollan, sino que pueden sustituir a órganos dañados, hace pensar en que algún día se consiga la prolongación de la vida. Con ello ha desaparecido el gran obstáculo, la incompatibilidad inmunológica que impedía el reemplazamiento de órganos gastados por otros nuevos. ¿No tendremos en ciernes, por ventura, el elixir de la larga vida en nuestras calendas?

Pero el caso más curioso y sugestivo de alteraciones de la cualidad biológica por las radiaciones ionizantes nos lo ofrece la terapéutica del queloide.

El queloide, esa cicatriz prominente, dura, brillante, generalmente alargada, a veces no, con prolongaciones múltiples en forma de patas de cangrejo, responsable del nombre que ALIBERT le diera en 1814 (χηλη en griego quiere decir cangrejo) si lo extirpamos quirúrgicamente, recidiva sin tardar; y esto tantas veces como practiquemos la exéresis. Pero si la extirpación va seguida inmediatamente de la aplicación de una pequeña dosis de R. T. superficial, el queloide no reproducirá. Nada nos impide pensar que la pequeña dosis de radiación ha sido suficiente para modificar la cualidad biológica del terreno, que frente al trauma de la exéresis respondía siempre como lo hizo la vez primera, «fabricando un queloide». Pero una vez mutado por las radiaciones ionizantes ese terreno, el nuevo trauma quirúrgico no va a evolucionar como lo haría un trauma normal.

VI

El tratamiento actual de las enfermedades ocasionadas por defecto enzimático comprende la supresión de alimentos o drogas, si el trastorno es resultado de intoxicación por la acumulación de metabolitos antes del bloqueo enzimático, como en la gelactosemia y feniluria, y administrar una sustancia adecuada si el bloqueo lleva consigo la deficiencia de esta sustancia, que es lo que produce los síntomas, como en la diabetes. La terapéutica del futuro puede ser más complicada; por ejemplo, LINUS PAULING habla de enzimas artificiales administradas colocando en la arteria de un recién nacido un pequeño tubo de polietileno. O quizá se pueda obtener igual efecto administrando no las enzimas, sino el ribonucleico que pueda elaborarlas en los tejidos, ensamblando distintos aminoácidos.

Una posibilidad aún más remota es la antimutación dirigida, que pueda corregir los defectos hereditarios por medio de compuestos especiales que sean capaces de cambiar la posición de los pares básicos que hemos mencionado en puntos

específicos de las moléculas de A. D. N., y esto mismo podría realizarse, podemos pensar, con mayor facilidad técnica con microhaces de radiaciones ionizantes para lesionar electivamente tal o cual punto molecular.

Esta modificación de la cualidad biológica de la respuesta para el caso del queloide frente a estímulos quirúrgicos, puede representar, y de hecho representa, un efecto beneficioso terapéutico de las radiaciones ionizantes modificando la cualidad biológica (téngase en cuenta que estas radiaciones casi siempre actúan por citolisis).

Pero frente al carácter casi utópico de esta terapéutica del futuro por producción de alteraciones cualitativas biológicas se presenta con mayor posibilidad la amenaza del daño derivado de las alteraciones cualitativas biológicas, entre ellas las provocadas por las radiaciones ionizantes.

Los modernos físicos atómicos, en cuyas inteligencias bulle sin encontrar reposo una responsabilidad moral que los mueve a actuar fuera de los límites de su propia disciplina [1], y los genetistas actuales, cada vez más inquietos por la liviandad con que el hombre contemporáneo juega con el sagrado acervo de los genes, todos ellos tratan en vano de buscar solución racional a la dramática situación en que la Humanidad se ha colocado por los grandes descubrimientos en lo que va de siglo.

El peligro está en las fuerzas irracionales de las profundidades del hombre, y, por tanto, también en ellas está su solución. Si la teoría del subconsciente lleva camino de convertirse en conocimiento de la relación interpersonal y, consecuentemente, en teoría profunda de amor y de odio, cabe esperar de ella, como ha dicho JUAN ROF, de sus progresos, la solución que por ahora no parecen ofrecernos las otras dos para impedir que la Humanidad actual, como hizo, según la leyenda, Empédocles de Agrigento, retorne, autodestruyéndose, al caos primitivo.

RESUMEN

La estructura específica de tejido, de órgano, de individuo, de especie, lo que es su calidad o cualidad biológica, depende de la configuración de las proteínas. Esta cualidad biológica va a ser celosamente mantenida y conservada gracias a la especificidad de estas proteínas inducidas por la especificidad del A. D. N. a través de los ribosomas.

Esta cualidad puede verse alterada, y lo será, por afectación de los elementos primigenios de dicha especificidad.

Se presentan seguidamente algunos ejemplos de alteración de cualidad, como la carcinogénesis, la inmunidad, la cicatriz y la cicatriz patológica. A continuación se estudia la radiación ionizante como "fuerza" que puede dar lugar a modificación de dicha cualidad como inductora de carcinogénesis, como modificadora de inmunidad y como profilaxis de cicatriz queloidea.

Domicilio: Predicadores, n.º 74. Zaragoza.

[1] Declaración de los dieciocho científicos atómicos, del 12 de abril de 1957.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

LIBROS

AUTORES NACIONALES

LAS NUEVAS DROGAS Y MÉTODOS TERAPÉUTICOS (INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES). *Curso para médicos bajo la dirección del profesor* C. JIMÉNEZ DÍAZ. *Un volumen (24'5 por 17'5 cm.) de 648 páginas, con 133 figuras; encuadernado en tela. Precio: 500 pesetas. Editorial Paz Montalvo. Antonio Maura, 13. Madrid, 1963.*

DE año en año van teniendo mayor resonancia los cursos que para postgraduados en Medicina se realizan en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, bajo la dirección del profesor Jiménez Díaz, en Madrid. El presente volumen, a través de 648 páginas recoge todas las conferencias pronunciadas en el cuarto curso de los celebrados, que servirá de recordatorio para los que tuvieron la suerte de asistir al mismo y de aleccionamiento para quienes desparramados por el ámbito nacional quieran estar al día de las múltiples cuestiones tratadas.

Resulta semiimposible extractar los temas tratados, y resultaría interminable la reseña de títulos y autores, bástenos consignar que contamos hasta sesenta y cuatro comunicaciones redactadas por cincuenta y ocho profesores y doctores, además de la introducción y primera lección, que corrieron a cargo del maestro y director del curso profesor Jiménez Díaz. Cabe, no obstante, dividir el voluminoso libro resultante en dos grandes partes, tratando la primera de las «nuevas drogas» y la segunda «métodos terapéuticos». En la primera (páginas 11-310), de un modo preferente, se abordan los problemas relacionados con las hormonas, antimitóticos, diuréticos, antibióticos y psicofármacos; en la segunda (páginas 317-648) se trata de liquidoterapia, tratamiento del shock, síncope, asfixia respiratoria, ictus, anticoagulantes, comas, hipertensión y alergosis, juntamente con exposiciones detalladas sobre exploraciones renales y cirugía de oclusiones vasculares hemorrágicas digestivas, suprarrenales y vasos renales.

Como puede apreciarse, el repertorio es extensísimo y a todo profesional de la Medicina le han de interesar preferentemente varios de ellos, máxime si se tiene en cuenta han sido seleccionados por ser de actualidad y porque en ellos es dable exponer algo nuevo con inmediata aplicación práctica. La solvencia de sus redactores se halla también fuera de dudas, tratándose en su mayoría de auténticos valores ya consagrados con ansias de investigación, que el ojo certero del eminente Jiménez Díaz supo escoger y agrupar a su vera; sin temor a equivocarnos, puede asimismo afirmarse que los asuntos tratados fueron previamente seleccionados y los encargados de dictarlos se venían plenamente dedicando a sus temas respectivos, por lo que la obra resulta magistral desde la primera a la última de sus páginas.

La editorial Paz Montalvo, consciente de sus deberes en relación con la calidad del libro, lo presenta con pulcritud y encuadernación inmejorables, para que resulte una obra sólida, vistosa y duradera, donde el que prepare unas oposiciones o el práctico de la Medicina se documentará semiexhaustivamente con el tema que le interese, que podrá completar con la bibliografía, reciente y selecta, que se inserta al final de cada artículo. — LUIS DEL CAMPO.

AUTORES EXTRANJEROS

VALORES BIOQUÍMICOS EN MEDICINA CLÍNICA, *por* ROBERT DUNCAN EASTHAM. *Traducción por el doctor* J. VICENTE FERNÁNDEZ. *Un vol. (11 por 17 cm.) de 207 páginas; rústica. Editado por Editorial Paz Montalvo, Madrid. 1962.*

LA utilización de las técnicas bioquímicas actuales permite al clínico una precisión diagnóstica insospechada hace un par de decenios. Como contrapartida, el médico choca contra una constante innovación de técnicas cuyo conocimiento directo le obligaría a un persistente y agotador contacto con la abundantísima literatura médica, inasequible al que dedica una gran parte de su tiempo a la visita de enfermos.

El manual que nos ocupa condensa de una manera elemental, pero suficiente, la interpretación de los resultados de un conjunto muy completo de pruebas bioquímicas actuales. La ordenación alfabética de las pruebas y el índice alfabético de materias permiten localizar rápidamente los valores normales de una determinación, así como la indicación de una prueba frente al interés de realizar cualquier exploración bioquímica.

El libro nos parece suficientemente interesante como para desear que se agote pronto. De esta forma, el público médico estimularía la aparición en lengua española de las sucesivas ediciones inglesas, que sin duda irán apareciendo en los años próximos, ofreciéndole al día un arma de máxima eficacia.—ANDRÉS PIE.

PRACTICAL NEUROCHEMISTRY, *por* HENRY MCILWAIN *y* RICHARD RODNIGTH. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 295 páginas (VII), con 27 ilustraciones; encuadernación en tela. Precio: 50 s. Editado por J. & A. Churchill Ltd.; 104, Gloucester Place, Londres, W. I. 1962.*

LA versión española de la primera edición del libro «Biochemistry and the Central Nervous System» fue una buena presentación del profesor McIlwain al público español. El libro que nos ocupa es un complemento del anterior. Si aquél representaba una excelente revisión de los resultados obtenidos por la labor experimental de multitud de centros y equipos, este último es una completísima revisión de las técnicas que han permitido llegar a nuestros conocimientos actuales. Ofrece al interesado en la materia una vía rápida y bien dirigida para entrar en la literatura técnica precisa para abordar cualquier tipo de trabajo clínico o experimental sobre bioquímica del sistema nervioso. La orientación general en la selección de técnicas, así como aquellas más ampliamente descritas, ponen de manifiesto el criticismo del autor sobre una materia en la que no cabe discutirle autoridad.

El texto merece formar parte de la biblioteca a mano de cualquier iniciando o iniciado que precise abordar este tipo de técnicas.—ANDRÉS PIE.

EL HÍGADO (SU ESTRUCTURA Y FUNCIÓN), *por los doctores* H. POPPER *y* F. SCHAFFNER. *Un vol. (18'5 por 25 cm.) de 908 páginas, con 204 ilustraciones, en papel couché; encuadernado en tela. Editorial Noguer, S. A., Barcelona - Madrid - Méjico. 1963.*

PUBLICADA esta magistral obra en inglés, en el año 1957, no se ha hecho esperar mucho su traducción al castellano, y por ello, la Editorial Noguer ha proporcionado un positivo y valioso beneficio a los médicos de habla hispánica. Y decimos a todos los médicos porque este libro de los doctores Popper y Schaffner, si es obligado en la biblioteca de los especialistas, debe ser leído también por todos los profesionales estudiosos. Solamente *estudiándolo* detenidamente, puede alcanzarse el pleno conocimiento de la patología hepática.

Libros sobre las enfermedades de hígado se han publicado en todas las épocas; no hace mucho, recordamos nosotros las obras de Budd y Saundenrs, entre los antiguos; las de Frederichs, de Rolleston, de McNee y la del innovador —en su tiempo— Eppinger. Recientemente, las de Jiménez Díaz, de Himsworth, de Spellberg, de la doctora Sheila Sherlock (modelo de ciencia unida a la concisión) y, por último, la del alemán Beckmann y la de León Schiff y colaboradores. Todas estas obras tienen indiscutibles méritos y todas siguen en su exposición las directrices clásicas. El volumen que comentamos rompe los moldes clásicos y, como era de presumir por su subtítulo, enfoca la exposición de la patología hepática partiendo de la estructura histológica y relacionándola con la función de esa estructura. Como ellos dicen, «una enfermedad llega a ser bien comprendida cuando el desorden funcional puede claramente asociarse con las alteraciones morfológicas que se observan tanto durante la vida como en la mesa de autopsias».

Con esta idea directriz se comprende que este libro, el más importante publicado hasta hoy, sea un tratado de anatomía y fisiopatología hepática más que un libro clínico; pero debe quedar bien sentado que solamente dominará la clínica y patología hepática quien haya asimilado todo el contenido de él.

En la primera página figuran ocho retratos de otros tantos pioneros del estudio de la estructura y de la función hepática: las efigies son de Glisson (Londres, 1597-1677), de Malpighi (Bolonia, 1628-1694), Laennec (París, 1781-1826), Rokitansky (Viena, 1804-1878), Claude Bernard (París, 1813-1878), Hijmans van den Bergch (Utrecht, 1869-1943), L. Aschof (Freiburg, 1866-1942) y Hans Eppinger (Viena, 1879-1946). Esta cortesía de dos anglosajones para la ciencia europea merece un justo elogio. Otra prueba de delicadeza y espiritualidad de ambos autores es la dedicatoria a sus esposas, «por su entusiasta ayuda y comprensión», y a sus hijos, «por su indulgencia en las largas horas que tuvimos que estar alejados de ellos».

En el prólogo se hace un sucinto recordatorio histórico del estudio que, a través de los tiempos, se ha ido realizando sobre la estructura y función hepáticas; se inserta una fotografía del modelo, en arcilla, de hígado de cordero, hecho por sacerdotes babilónicos dos mil años antes de Jesucristo, que se conserva en el British Museum de Londres.

No deja de ser curioso que los antiguos considerasen al hígado como el asiento de la vida, y no le diesen ninguna importancia al corazón. A pesar de ser el órgano que latía constantemente y que en ninguna circunstancia dejase de funcionar y de que fuera el único órgano que no obedeciese a la voluntad, ningún hombre antiguo le otorgó importancia ni significación. Fueron los egipcios los primeros que se dieron cuenta de su importancia vital y le otorgaron categoría suprema.

La obra viene dividida en ocho grandes partes: en la primera, después de describir los principios estructurales del hígado y los medios de estudio de los diferentes elementos estructurales, se estudia primeramente la histología de la célula hepática, pasando a continuación a exponer las diversas funciones de ella, tales como la función metabólica de los hidratos de carbono y de los lípidos; de las proteínas, de las enzimas, vitaminas, minerales y el agua; se describe muy claramente el depósito metabólico o *pool* del hígado y sus interrelaciones metabólicas. Dentro de la función de la célula se incluyen el metabolismo de los ácidos biliares, la transformación de las sustancias (detoxicación), el metabolismo de los pigmentos hemático y biliar y la función excretora del hígado.

A continuación se describe la estructura de los sinusoides, de los vasos sanguíneos y linfáticos, del espacio tisular y de la inervación y estroma, seguido de la estructura del sistema biliar excretor, y a continuación se exponen detenida, clara y magistralmente las funciones de cada uno de estos elementos estructurales, terminando con un cuidadoso y compendiado estudio del hígado como conjunto. Esta parte, que en total comprende más de doscientas páginas, viene enriquecida por unos bellos e instructivos dibujos, en los cuales no se sabe qué admirar más, si su belleza o su valor didáctico.

La segunda parte comprende los fenómenos patológicos en el sistema hepatobiliar, comenzando por el estudio anatómico y funcional de la ictericia (degeneración hepatocelular y necrosis). Esta descripción es moderna y completa y enriquecida con instructivas fotografías, microfotografías, esquemas, dibujos, radiografías, etc. Se incluye una clasificación personal de las ictericias y la patogenia. Es magnífico el capítulo anatomopatológico de las lesiones de la célula hepática (degeneraciones, necrosis, atrofia), estudiando detenidamente los mecanismos de estas lesiones, las alteraciones que ellas ocasionan en la sangre, heces, orina, terminando con la exposición de las manifestaciones clínicas de la insuficiencia hepática.

Sigue el estudio de las consecuencias de la obstrucción biliar en sus variadas formas, con abundantes microfotografías; consecuencias funcionales para el hígado y alteraciones en otros órganos.

Se pasa, a continuación, a las alteraciones de los sinusoides y vasos linfáticos y del tejido conjuntivo, dando lugar su alteración a la inflamación, fibrosis y cirrosis. Es en esta parte donde mejor se percata el lector de los extraordinarios conocimientos de los autores, tanto en el terreno experimental como en el clínico; constituye este capítulo uno de los más interesantes y originales de la obra. Dentro de esta parte se estudian las alteraciones anatómicas y funcionales del sistema vesicular, considerando la fisiopatología de este sistema como una alteración más del hígado.

La tercera parte viene a ser un estudio de exploración clínica basado en la valoración de la función hepática, a expensas de las llamadas pruebas funcionales; de las exploraciones radiológicas del hígado y del sistema biliar, junto al sondeo duodenal y biopsia hepática. Siguiendo el mismo criterio de toda la obra se describen las pruebas funcionales o «perfil hepático» dependientes del

funcionamiento de la célula hepática, en relación con el metabolismo intermediario de las proteínas, de los hidratos de carbono, de los lípidos, de los enzimas, de las vitaminas y las dependientes del metabolismo pigmentario.

Esta exposición es completa, muy moderna, incluyendo en cada prueba su técnica, valoración de los resultados y aplicación clínica de cada método.

Son de extraordinario valor práctico las tablas, donde se describe el significado diagnóstico de cada una de estas pruebas funcionales, junto a otras tablas en las cuales se establecen los resultados de cada prueba, en cada una de las principales enfermedades del hígado y vías biliares.

La cuarta parte se ocupa de las enfermedades difusas del hígado. Comienza por señalar los fundamentos de su personal clasificación y nomenclatura, y con arreglo a ella describe sucesivamente la alteración estructural y funcional en cada uno de los siguientes procesos: hepatitis tóxicas experimentales y clínicas; hepatitis causadas por agentes infecciosos (hepatitis víricas y por bacterias); enfermedades hepáticas difusas con colestasis intrahepática y lesiones hepáticas provocadas por la obstrucción biliar extrahepática; hígado de estasis y otras lesiones hepáticas debidas a perturbaciones circulatorias y anoxia. Alteraciones hepáticas nutritivas; otras producidas por la dieta, y, por último, las surgidas por trastornos metabólicos.

Capítulo aparte merece el estudio que los autores hacen de las cirrosis; en él se hace una revisión de los problemas clínicos y de la clasificación de estos procesos, que han merecido la atención de todos los hepatólogos, y sobre los cuales se sustentan ideas muy diferentes. Popper y Schaffner consideran la cirrosis como un fenómeno fisiopatológico cuyas manifestaciones funcionales principales están determinadas por los nódulos regenerativos que se forman, a los cuales se debe la hipertensión portal y la anormal comunicación entre los vasos portales y los hepáticos. Las manifestaciones clínicas aparecen en los estadios avanzados de la cirrosis, cuando los factores etiológicos juegan muy poco papel y cuando el cuadro terminal es el de una cirrosis de Laennec. Analizan las clasificaciones morfogenética, etiológica, funcional, etc., teniendo en cuenta el criterio clínico, el criterio de laboratorio y el criterio estructural.

En la quinta parte se estudian brevemente las enfermedades focales del hígado (procesos granulomatosos, parasitarios, abscesos y vasculares).

En la sexta parte se describen los tumores del hígado y del sistema biliar, tanto primarios como secundarios; ya benignos, ya malignos.

Comprende la séptima y última parte las relaciones del hígado con factores del medio interno y externo, o sea, las relaciones del hígado con el bazo, sistema hematopoyético, con el tracto gastrointestinal y páncreas, con las glándulas endocrinas, con el riñón, con el sistema cardiovascular, con el esqueleto y el sistema nervioso central, terminando esta parte con un interesante apartado sobre la respuesta hepática al «stress».

Termina la obra con un *apéndice* dedicado a consideraciones diagnósticas acerca de las enfermedades del hígado, basadas en el uso coordinado de la observación funcional y estructural. Este capítulo, breve en extensión —no ocupa más de diez páginas—, es rico en experiencia, tiene un valor clínico incalculable, y en él se expone, sintetizada, resumida, toda la enorme labor desarrollada por sus autores, a través de unos treinta años consecutivos dedicados al estudio, experimental y clínico, de las enfermedades del hígado, con el enfoque constante de establecer las relaciones entre estructura y función hepática.

Como desde que se terminó el manuscrito hasta su publicación se publicaron muchos trabajos sobre la materia, al final del libro se ha añadido una *agenda* donde se recoge lo más estimable de aquéllos.

El estudio que los autores han realizado sobre todo cuanto en el mundo se ha publicado acerca de enfermedades del hígado, aquí, como en ningún otro caso, podemos decir que es exhaustivo; lo atestigua la bibliografía insertada al final del libro, que comprende 3.735 trabajos consultados. Por último, un índice terminológico, que ocupa cuarenta y tres páginas, facilita la búsqueda de cualquier asunto.

Para terminar, hemos de felicitar al doctor Ricardo Bacardí, profesor adjunto de la Facultad de Medicina de Barcelona, por su cuidadosa y correcta versión a nuestro idioma.

Vaya nuestra gratitud para la Editorial Noguer, que con su esfuerzo editorial ha proporcionado a los médicos de lengua española la fácil lectura de esta obra de los profesores Popper, de la Universidad de Columbia, y Schaffner, de Boston, que no dudamos en calificar como una obra magistral y, en algunos aspectos de su contenido, como única.—ECHEVERRÍA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

MONTERO BENZO, R.; MONTALVO CARRIZOSA, L., y GUIJOSA PERNUS, J.— «LA PRUEBA DE MAHNERT EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS AFECCIONES MAMARIAS.» *«Rev. Clín. Esp.», 87, 1, 32. Madrid, 1962.*

EN el symposium de cáncer de mama de 1958, presentó Mahnert una comunicación en la que sostenía que en la etiopatogenia del cáncer de mama jugaba un importante papel la sensibilización del órgano a las hormonas ováricas, concretamente a los estrógenos, capaces de crear en los acinis glandulares y en el estroma circundante una situación que completada por una sensibilización secundaria a diversas noxas, daría origen a la presentación de alteraciones epiteliales y mesenquimatosas que podrían considerarse como verdaderas precancerosis de la mama.

En este sentido, el estudiar la sensibilización alérgica de la mujer para los estrógenos, podría representar una precoz prueba diagnóstica de la existencia de condiciones que favorecen el desarrollo del cáncer de mama.

Los autores han realizado una experiencia en gran número de mujeres sanas, y con diversos procesos mamarios, como tensión premenstrual, mastopatías hormonales y cáncer desarrollado de la mama. Estudian también la situación hormonal de la mujer con el frotis vaginal para comprobar la relación existente entre la saturación hormonal y la alergia a los estrógenos.

Practican reacciones intradérmicas con preparados hidrosolubles de hormona folicular, considerando como positivas las reacciones en las que se produce un enrojecimiento y abultamiento de la zona inyectada.

Del estudio de los casos, no encuentran una relación estrecha entre la positividad de la reacción y la presencia de anomalías morfológicas de la mama, pero consideran que al menos es de interés conocer la existencia de esta alergia, que debe ser combatida en etapas iniciales con objeto de realizar una verdadera profilaxis de la degeneración neoplásica.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICIÓN

FERRERAS BLANCO, E., y COTARELO CUENLLAS, R.—«LA INFLUENCIA DE LOS AMINOÁCIDOS EN LA PROTEINEMIA.» *«Rev. Clín. Esp.», 86, 4, 283. Madrid, 1963.*

LA relación existente entre las proteínas plasmáticas y las tisulares es muy discutida actualmente y se debaten dos hipótesis fundamentales. Según la primera, las proteínas plasmáticas son capaces de intercambiarse directamente con las proteínas tisulares. Podrían atravesar libremente la membrana celular sin ser degradadas a aminoácidos. La segunda hipótesis, más verosímil, considera que los aminoácidos o los péptidos de cadena corta son los que realizan el intercambio entre las proteínas plasmáticas y las tisulares. Partiendo de esta hipótesis, la manera más adecuada para reforzar las reservas proteicas del individuo es el aporte directo de aminoácidos.

Los autores llevan a cabo un ensayo de veinte enfermos, con trastornos nutritivos más o menos graves, a los que se administró un preparado de aminoácidos por vía venosa (Lernamin «F»). A pesar de las intolerancias descritas por diversos autores para la terapia parenteral de los aminoácidos, los autores comprueban que este preparado administrado a la velocidad de goteo de treinta gotas por minuto, se tolera perfectamente.

Los controles del proteinograma y de la cifra de proteínas realizados antes y después del tratamiento, mostraron un claro aumento de la cifra de proteínas totales y especialmente de la fracción albúmina.

Concluyen los autores en la eficacia del producto, especialmente cuando se emplea por vía endovenosa.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

HEMATOLOGÍA

MAS Y MAGRO, F. — «LA DISCRIMINACIÓN DE LAS LEUCEMIAS POR EL MÉTODO DE LAS PEROXIDASAS.» *«Arch. Med. Experimental», C. S. I. C., t. XXIV, f. I, págs. 39-42. 1961. Madrid.*

SE presenta el caso de una mujer de sesenta y ocho años diagnosticada de leucemia linfoide, pero que al ser examinada por el autor utilizando el método de las peroxidasas es diagnosticada de nuevo, y esta vez, sin lugar a dudas, de leucemia mieloide atípica.

Utilizando en un principio el método panóptico de Giemsa, por el aspecto morfológico de los elementos celulares, entre los que se podían apreciar las llamadas sombras de Gumprecht, tan características de las linfosis, el autor llegó también al diagnóstico de leucemia linfoide crónica en fase de reactivación.

Pero con el fin de poder confirmar el diagnóstico, se repite el examen de las extensiones de sangre, empleando esta vez el método de las peroxidasas. Así se pudo comprobar que todas las células tipo linfocito daban reacción positiva con este método, predominando en un 79 por ciento los promielocitos atípicos, siguiendo con un 10 por ciento los mieloblastos, y sólo quedaban sin granulaciones de peroxidasas un 3 por ciento de los linfocitos. Ante esto, el diagnóstico fue de leucemia mieloide atípica en fase subaguda.

Este es un caso muy claro del poder discriminativo de la reacción de las peroxidasas en el diagnóstico diferencial de las leucemias, sin tener que recurrir a la punción esternal. — RAFAEL BERTÓ.

PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

RODRÍGUEZ TORRES, A. (Barcelona). — «TRANSMISIÓN PLACENTARIA DE ANTICUERPOS NEUTRALIZANTES ANTIPOLIOMIELÍTICOS.» *«La Medicina Tropical», núm. 1, páginas 23-99, enero-febrero 1963. Madrid.*

EL autor realiza un trabajo de investigación sobre la transmisión placentaria de anticuerpos neutralizantes antipoliomielíticos en cien embarazadas y sus ciento dos recién nacidos. La titulación de anticuerpos se realiza en la sangre de la madre extraída del cordón umbilical recogida poco después de aquél. Se determina asimismo el título de anticuerpos en líquido amniótico en cuatro casos.

Se utiliza la técnica de seroneutralización cinética cuantitativa del Instituto Pasteur de París (Lepine y colaboradores) sobre células K B.

De los resultados obtenidos se extraen las siguientes conclusiones:

1) El grado de inmunización espontánea de las gestantes en Barcelona es muy elevado. El 99 por ciento presentan protección, por lo menos, frente a un tipo de virus y el 93 por ciento frente a los tres tipos.

2) Los títulos manifestados son, en conjunto, más altos para los tipos I y III, que para el tipo II.

3) La inmunización pasiva de los recién nacidos es también elevada. El 99 por ciento presentan protección, por lo menos, contra un tipo de virus y el 83'3 por ciento frente a los tres.

4) La transmisión de los anticuerpos neutralizantes antipoliomielíticos a través de la placenta es elevada. Los títulos del cordón son concordantes en el 74'8 por ciento de los casos con el título materno, están descendidos en el 18'9 por ciento y son más elevados en el 2'8 por ciento.

5) Los anticuerpos frente al tipo III se transmiten en menor proporción que los de los tipos I y II.

6) No se observa ninguna relación entre el grado de transmisión placentaria de estos anticuerpos y las siguientes circunstancias: embarazos anteriores de la madre, nivel de anticuerpos en suero materno, sexo del feto y peso del mismo.

7) En un prematuro de cinco meses de gestación, se detectan ya, aunque en muy escasa proporción, anticuerpos frente a dos tipos de virus.

8) El líquido amniótico presenta títulos muy bajos de anticuerpos, que, además, son inapreciables en siete de los diez casos en los que eran apreciables en el suero materno. — AUTORRESUMEN.

UROLOGÍA

GIL VERNET, S. (Barcelona). — «CORRELACIONES POSTGONADALES.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», vol. XVI, núm. 6, páginas 416-435, noviembre - diciembre 1962. Madrid.*

LA hipertrofia prostática es un fenómeno biológico que aparece constantemente en todos los individuos normales al llegar a cierta edad. Es decir, todos los hombres cuya glándula genital presenta una estructura normal y cuya próstata, es decir, la glándula craneal y los tejidos periuretrales del cuello vesical, conserven la capacidad reaccional ante el estímulo hormonal.

El adenofibroma de la próstata es una formación dependiente del testículo. Creemos que en la génesis de la hipertrofia prostática, el papel preponderante corresponde al tubo, y tenemos la impresión que el intestino no interviene, o a lo sumo en grado mínimo, en la génesis de este fenómeno biológico. Por el contrario, las células de Leydig ejercen una influencia decisiva en el desarrollo de la próstata caudal y del adenocarcinoma que en ella se origina y se desarrolla.

Estas conclusiones quizá no concuerdan con las ideas de algunos sobre la génesis de la hipertrofia prostática. Pero ellas reflejan fielmente lo que hemos visto, y las exponemos para compararlas con las que otros hayan podido comprobar. Porque, en definitiva, la ciencia es esto: observar, experimentar y contrastar. — AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

FRADA, G.; MENTESANA, G., y NALBONE, G. — «INVESTIGACIONES SOBRE LA HIDROFLUOROSIS.» *(Ricerche sull'idrofluorosi.) «Min. Med.», 54, 3, 45. 1963. Torino.*

LAS investigaciones sobre la influencia del fluor en la dentición y en la composición ósea se han difundido en los últimos tiempos, dada la relación que se ha encontrado en diferentes situaciones patológicas con estados de carencia o exceso de fluor en el agua. Los autores han llevado a cabo un completo estudio con sesenta y tres sujetos afectos de fluorosis, a consecuencia de ingestión de agua rica en fluor, concretamente en los habitantes de Aquaviva Platani, zona de Sicilia, en la que el agua contiene más de 6 mg. de fluor por litro. Son muy evidentes en estos sujetos las características alteraciones dentarias, siendo frecuente el hallazgo de un envejecimiento precoz, tendencia a la ateroesclerosis y estigmas de hipofunción suprarrenal. Es frecuente la alteración del aparato digestivo, con dispepsia del tipo hipereosténico. El estudio radiológico de los huesos pone en evidencia frecuentes alteraciones de la estructura ósea, con aumentos de la densidad ósea, espesamiento e irregularidad de las trabéculas, periostosis y endostosis, osteofitosis difusa, calcificaciones del fibrocartílago articular, etc. Es muy frecuente el hallazgo de una anemia hipocrómica, microcítica, con resistencia globular normal. De manera paradójica se halla un aumento de las fosfatasas alcalinas del suero con descenso de la calcemia y aumento de la calciuria.

Los autores presentan en su trabajo, muy amplio y bien documentado, una gran variedad de estudios radiológicos y tratan de explicar el mecanismo de producción de las lesiones generales y especialmente de las óseas, mediante una serie de hipótesis con las que señalan la influencia que ejercen las glándulas paratiroides en las alteraciones óseas de la fluorosis. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FUSARO, A.; TOSSO, M., y BENEDETTI, A. — «LA FUNCIÓN RENAL EN LA OBESIDAD.» *(La funzione renale nell'obesitá.) «Giorn. Clin. Med.», 43, 7, 739, 1962. Bologna.*

LOS estudios de la función renal en obesos han sido dedicados generalmente a tratar de explicar la tendencia que existe en las personas obesas a una menor eliminación de sodio y de agua. Para precisar las relaciones entre la obesidad y la función renal, los autores han realizado un estudio en veintiuna personas obesas mediante los aclaramientos de la inulina y del ácido paraaminohipúrico. En nueve casos se repitieron los estudios después de un descenso ponderal que, en promedio, fue de unos veinte kilos.

En la obesidad en fase estática y dinámica, los índices funcionales del riñón están dentro de los límites normales, con amplias variaciones. En los casos en que había una retención acuosa latente o manifiesta, el flujo plasmático renal y el filtrado glomerular estaban disminuídos y no mejoraban con la rápida pérdida de peso.

La nefropatía más frecuente en los obesos es, según los autores, la pielonefritis crónica, favorecida por la eventual presencia de diabetes.

La hiperalimentación el envejecimiento, la reducción de la circulación renal y del filtrado glomerular, así como las inflamaciones intersticiales, los procesos escleróticos y degenerativos arteriolares y glomerulares, pueden conducir al obeso a la insuficiencia renal. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MAÑAGAS, V. — «URGENCIAS ABDOMINALES QUIRÚRGICAS» *(Abdominal surgical emergencies). «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», vol. 17, n.º 5, págs. 309-313, septiembre-octubre 1962. Manila.*

EL abdomen agudo es una de las más comunes e interesantes urgencias.

Comúnmente, es el médico general quien ve primero estos enfermos, y el gran problema es el diagnóstico exacto para llevar a cabo el adecuado tratamiento.

El autor expone un cuadro de causas más comunes de abdomen agudo, y en otros desarrolla los grupos etiológicos: primero, inflamatorio; segundo, obstructivo; tercero, hemorrágico, y cuarto, traumático.

Se ocupa después del estudio particular de estas causas, y termina hablando de los procesos que pueden simular el abdomen agudo: procesos cardiovasculares, pulmonares, enfermedades de la sangre, alergia, intoxicación por el plomo, trastornos neurológicos, procesos que pueden eliminarse por un detenido examen.

Hace nortar que en muchos casos, excepto cuando hay hemorragia, un intervalo de espera de algunas horas puede ser permitido sin peligrar mucho la vida del enfermo. — J. RIVERA.

CIRUGIA

FULVIO, N. di. — «LOS DIVERTÍCULOS DEL TUBO DIGESTIVO» *(Il divertioli del tubo digerente). «Chirurgia e Patologia Sperimentale», vol. 10, fasc. 2. Padua, 1962.*

ESTE interesante trabajo ha sido realizado en el Instituto de Clínica Quirúrgica General y Terapéutica Quirúrgica de la Universidad de Padua, que dirige el profesor Pettinari.

Basándose en recientes adquisiciones sobre los divertículos del tubo digestivo, ha habido muchas tentativas de sintetizar nuestros conocimientos sobre ellos en un único cuadro que comprenda sus varios aspectos anatomopatológicos, patogénicos y clínicos.

En términos generales, se trata de una afección frecuente, dado el gran número de formas asintomáticas, y de notable importancia por la posibilidad de procesos inflamatorios endo o peridiverticulares, de fermentaciones secundarias, compresión sobre órganos vecinos, adherencias, lesiones ulcerativas, frecuentes fistulizaciones, perforaciones, etcétera.

El autor estudia las características anatomopatológicas y hace consideraciones en orden a la patogenia y clínica de los divertículos en general, para pasar seguidamente al estudio de los correspondientes a los diversos segmentos.

Comienza por los esofágicos, y nos habla de su frecuencia en relación con el sexo y la edad; de su asiento, considerando los del tercio superior y medio, los epibronquiales, hipobronquiales, de la bifurcación, los supra o subarcoaórticos, los epifrénicos, epicardiales y subdiafragmáticos.

En lo referente a la patogénesis, distingue las formas congénitas y adquiridas, y dentro de éstas, las debidas a pulsión y a tracción. Considera distintas teorías patogénicas: la del exceso de vacuolizaciones del esófago primitivo, la del defecto de separación tráqueo-esofágica, la de la inclusión embrionaria, la filogenética, branquial, etc. Se detiene en la etiopatogénica de los debidos a pulsión y tracción, y estudia sus relaciones con la disquinesia esofágica, con el megaesófago y su posible asociación con otros divertículos del aparato digestivo y aun de otros aparatos, como el urinario.

En cuanto a la anatomía patológica, resalta su gran variabilidad ya desde los aspectos histológicos, y más aún macroscópicamente, según asiento y características.

También el estudio clínico, semiología y diagnosis presenta particularidades según el asiento diverticular. En general, la sintomatología, al principio vaga, va luego acusando tenesmo faríngeo, disfagia intermitente, sensación de constricción cervical, tos seca, dificultad a la deglución; con el transcurso del tiempo, al aumentar el tamaño tumoral, sobrevienen fenómenos compresivos sobre el nervio recurrente, fermentaciones con sialorrea, sensación de angustia y disnea, regurgitaciones, halitosis, etc. Todo esto, sobre todo en los tipos de asiento faringo-esofágico; en los parabronquiales, los disturbios son torácicos, abdominales y nerviosos; intensa disfagia, regurgitaciones, sensación de constricción torácica, dolor vivo preesternal o dorsal, etc.; por parte del tórax, sintomatología de ulcus, dispepsia y dolor postprandial por parte del abdomen; y accesos estenocárdicos verdaderos y falsos, de gran componente neurológico.

Los divertículos epifrénicos, asintomáticos al principio, sólo al cabo de años dan origen a disturbios clínicos, originando fenómenos de fermentación y putrefacción, esofagitis muchas veces erosiva y ulcerativa, hipersecreción sanguínea y mucopurulenta; más tarde, regurgitaciones, vómitos y estado tóxico con síntomas sépticos; por último, cardiospasmos y tos por acción presora.

El diagnóstico se hace principalmente por la radiología con papilla opaca y con esofagoscopia.

Las complicaciones de los divertículos esofágicos son muy numerosas: estenosis parciales o totales, fenómenos disneicos por compresión traqueal, fermentaciones, putrefacciones con diverticulitis y posibilidad de ulceraciones hemorrágicas, perforaciones en el bronquio o en el pulmón, esofagitis, periesofagitis, fístulas bronquio-esofágicas, neuralgias faciales, intercostales y escápulo-humerales; broncopulmonías, bronquitis recidivantes, abscesos pulmonares, perforaciones en grandes vasos y pericardio, disturbios gastro-intestinales, poliartritis crónica deformante y, por último, degeneraciones malignas o cancerización del divertículo.

En pronóstico, por tanto, está ensombrecido por esta extraordinaria gama de complicaciones.

En cuanto al tratamiento médico, lo considera de escasa eficacia y, por tanto, lo emplea sólo en casos de muy poco relieve clínico o en los inoperables. En todos los demás es preciso recurrir a la intervención en uno o dos tiempos, con las variantes que impongan las características de cada caso.

En el siguiente apartado, el autor se ocupa de los divertículos del estómago; su frecuencia es relativamente pequeña, y su localización, muy variable; distingue, en primer lugar, las del polo craneal, cuya patogénesis reside en causas congénitas, o adquiridas, mecánicas o reflejas; después considera las pertenecientes a la región pilórica, y diferencia las congénitas y adquiridas, por metaplasias tisulares o por tracción o pulsión, verdaderos o falsos o seudodivertículos. Estudia más tarde la variable anatomía patológica en relación con el asiento diverticular. En cuanto a la sintomatología clínica, es poco característica: dolor, sensación de plenitud, vómitos, flatulencia, eructos, fenómenos disfágicos, etc. El diagnóstico radiológico se hace indispensable. Las complicaciones son relativamente raras: diverticulitis, ulceraciones diverticulares y degeneración neoplásica. La terapéutica puede ser médica o quirúrgica; alcalinos, antiespasmódicos, antiinflamatorios, lavados de estómago, etc. Si se fracasa, será preciso recurrir a la intervención, que muchas veces no es más que la resección.

Pasa luego al estudio de los divertículos del duodeno, cuya frecuencia es igual en ambos sexos, dándose más en edades avanzadas; su asiento reside principalmente en la segunda porción. También pueden ser congénitos, con o sin acompañamiento de otras malformaciones, o adquiridos, sea por pulsión, sea por tracción.

Los pocos casos de divertículos de la primera porción han sido encontrados electivamente en las vecindades del píloro. Los más frecuentes, que son los de la segunda porción, se relacionan de modo importante con el páncreas. Los raros de la tercera, con los vasos mesentéricos. Todos pueden ser únicos o múltiples y se relacionan frecuentemente con otras afecciones como ulcus gastroduodenal, angiocolecistitis, pancreatitis y apendicitis.

La sintomatología puede ser extraordinariamente discreta. Benaude y Vaselle distinguen seis grupos sindrómicos, que son: el de tipo ulceroso, el de tipo dispéptico, el del tipo de estenosis pilórica, el angiocolecístico, el pancreático y, por último, el apendicítico.

La radiología comporta un notable interés en el diagnóstico diferencial.

Las complicaciones son frecuentes, dominando la diverticulitis y las complicaciones inflamatorias de órganos vecinos, la ulceración, hemorragias, oclusión intestinal, vólvulo diverticular, etc. La intervención quirúrgica, realizada por muchos, se impone, sin embargo, en presencia de graves complicaciones; es ideal la resección diverticular; la invaginación y la diverticulopexia pertenecen al pasado.

Sigue luego el capítulo dedicado a los divertículos del intestino delgado, cuya frecuencia es mucho menor en el yeyuno que en el íleon, quizá por la presencia del divertículo de Meckel. Como en los asientos anteriores, también ahora pueden ser congénitos o adquiridos, influyendo, claro está, en los últimos un factor congénito predisponente, casi siempre son múltiples y su etiopatogenia ha sido bien estudiada por Klebs, Parodi, Hauseman, Palma y otros. Casi siempre asientan en la vecindad de la inserción del mesenterio, y su tamaño es muy variable.

Su sintomatología clínica es muy poco clara y por ello no es fácil su diagnóstico, siendo muchas veces un hallazgo anatómico operatorio, o bien tras un examen radiológico. Originan trastornos de tipo dispéptico, o simulan crisis de ulcus duodenal, colecistitis calculosa, apendicitis aguda, oclusión o perforación intestinal; a veces, algún divertículo se constata como tumefacción móvil o fija. Las complicaciones son iguales a las de los divertículos de otros tramos, de que ya hemos hablado.

La radiología es indispensable para su diagnóstico y su tratamiento es quirúrgico en líneas generales; la naturaleza de la intervención es diferente según el asiento del divertículo y su posible complicación (perforación, hemorragias, torsión, neoplasia, invaginación, vólvulo), desde la diverticulectomía simple a la resección intestinal.

En el capítulo de los rarísimos divertículos de apéndice, estudiados por numerosos clínicos, el autor considera divertículos con-

génitos o adquiridos, único o múltiples, de naturaleza inflamatoria o no inflamatoria, secundarios o no a afecciones apendiculares. Clínicamente no se diferencian de los cuadros apendiculares y sólo son constatados en la intervención por apendicitis en la apendiceptomía.

El divertículo de Meckel no ha sido citado entre los divertículos del intestino delgado; se trata de una malformación, con sus características bien precisadas, con curso y complicaciones bien estudiadas, que merece un puesto aparte en patología quirúrgica.

El autor termina su interesante trabajo con el capítulo de divertículos del colon. Después de hacer una breve historia de la afección, nos habla de la frecuencia de ella, mayor en el hombre que en la mujer, más en las edades comprendidas entre los cuarenta y cinco y los sesenta años. En cuanto a su asiento, son frecuentes en el descendente, frecuentísimo en el sigma, discretamente numerosos en el ciego, raros en el ascendente, en el tranverso y en el recto. Pueden ser congénitos o adquiridos, o resultado de una combinación de malformaciones congénitas de la pared cólica, con una causa mecánica, vascular o puramente muscular.

La sintomatología clínica de la diverticulosis del colon es muy incierta, obstrucción alternando con diarreas, dolor a la palpación en la sede diverticular, a veces hemorragia, etc.; es decir, vagos disturbios de muchas afecciones de curso crónico. En fase de diverticulitis es fácil confundirla con procesos agudos apendiculares, cólicos sigmoideos colecísticos, peritoníticos, etc.

La semiología es, pues, insuficiente para la exactitud diagnóstica, y por ello se impone la radiografía con la administración baritada por vía oral y a veces el enema opaco.

Las complicaciones diverticulares cólicas más importantes son: la diverticulitis y peridivertículitis, las adherencias diverticulares, los accesos de origen diverticular, perforaciones del divertículo y degeneración neoplásica del mismo. El pronóstico puede ser de gravedad en los casos complicados.

En cuanto al tratamiento, si fracasa la dietética y la terapéutica médica, es preciso recurrir a la cirugía, actuando según las condiciones de cada caso, desde la simple resección del saco diverticular a la hemicolectomía, colectomía total, transversectomía, sigmoidectomía, etc.

El autor termina el trabajo sentando las conclusiones siguientes:

1.ª Los divertículos de los diversos segmentos digestivos, presentan bases comunes en cuanto a su patogenia, anatomía patológica y clínica.

2.ª Debe admitirse como completa la definición de Pettinari, que dice que el divertículo es una formación por lo general sacciforme, circunscrita, patológica, permanente, formada por estratos parietales más o menos alterados, comunicantes con la luz visceral mediante un orificio de dimensiones variables.

3.ª Los divertículos pueden ser congénitos o adquiridos, y éstos debidos a mecanismo de tracción o pulsión, o en ambos asociados.

4.ª Su sintomatología es distinta según el segmento donde asienten, y poco característica, a veces sólo esbozada durante largo tiempo, para presentarse de modo tumultuoso y violento en las posibles complicaciones.

5.ª El diagnóstico es relativamente fácil en los esofágicos y muy difícil en los de duodeno e íleon. La radiología es de gran ayuda, aunque la visualización diverticular, que es fácil en el colon, esófago y duodeno, es bastante difícil en el delgado.

Una extensa bibliografía viene a completar este interesante estudio.—FARO MORENO.

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICIÓN

LENZI, M.; DARDARI, M.; CANOSSI, G. C., y SANTINO, A. — «LA PARIETOGRAFÍA DEL APARATO DIGESTIVO.» (*La parietografia dell'aparato digestivo.*) «*Min. Med.*», *53, 89, 3309. 1962.*

SE entiende por parietografía digestiva el estudio radiológico que mediante la técnica del doble contraste transparente exo y endovisceral, permite el análisis directo de las paredes del tubo digestivo y de sus relaciones con las formaciones vecinas, así como su exacta morfología. Se precisa para ello realizar un neumoperitoneo y un retroneumoperitoneo para obtener el contraste externo de las vísceras, y conjuntamente se practica una insuflación endovisceral con sonda o mediante la administración de una bebida efervescente.

Con esta técnica es posible delimitar exactamente la extensión real de los procesos neoplásicos, contribuyendo a recoger datos para un diagnóstico diferencial entre neoformaciones malignas y benignas. Por otra parte, la práctica del neumoperitoneo permite demostrar metástasis en ganglios y en otros órganos, contribuyendo a un mejor juicio diagnóstico y pronóstico en cada caso.

La parietografía es un eficaz auxiliar en la técnica diagnóstica de rutina de las vísceras abdominales y, desde luego, es un complemento imprescindible en la planigrafía abdominal.

Los autores recogen en el presente trabajo la técnica que ellos emplean de manera sistemática. Asimismo presentan una gran variedad de imágenes radiológicas, de casos normales y de diversas situaciones patológicas que constituyen la mejor demostración de la eficacia del método.

No cabe duda que las actuales técnicas de contraste gaseoso, conjuntamente las de la denominada duodenografía hipotónica, y parietografía, han llevado a un término de suma perfección la exploración radiológica del aparato digestivo. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

GUREVICH. — «EL OXÍGENO INYECTADO, COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD». «*La Semana Médica*», *n.º 31, 12 octubre 1961. Buenos Aires.*

EL autor ha experimentado en un grupo de obesos el posible efecto de la oxígenoterapia por inyección, comparando los resultados con los obtenidos en otro grupo de control sometido a régimen hipocalórico. No encontró ninguna reducción de peso ni acción local atribuíble al oxígeno.

Los que propugnan este tratamiento se basan en la teoría de que el aumento de panículo adiposo lleva consigo que a igual volumen sanguíneo corresponde una mayor área a irrigar. Esto traería aparejado zonas de relativa hipoxia, donde el oxígeno no llegaría, y para compensar esa situación se aumenta con oxígenoterapia la presión parcial del oxígeno en la sangre, se aumenta el área de dispersión de los capilares, llegando el oxígeno a las zonas deseadas. — ECHEVERRÍA VICENTE.

VILLAGAÑE y VILLAGAÑE. — «CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA HISTOLOGÍA DE LAS VÍAS BILIARES EXTERNAS Y SU CIRCULACIÓN FISIOLÓGICA». «*La Semana Médica*», *n.º 8, julio 1962. Buenos Aires.*

EN este trabajo de investigación histológica se trata de realizar una revisión integral de las vías biliares normales en adultos, haciendo de paso una relación fisiopatológica a la luz de los conocimientos médico-quirúrgicos actuales. Los autores se detienen en aquellos segmentos anatómicos cuya histología está en litigio, como el problema de los esfínteres, componentes de la replexión y vaciamiento de la vesícula, si las vías conductoras tienen o no fibras musculares, etc., haciendo especial hincapié en la función del espolón o válvula de Puech. — ECHEVERRÍA VICENTE.

RISPOLI. — «LA CERVEZA. SU VALOR ALIMENTICIO». «*La Semana Médica*», *n.º 20, abril 1961. Buenos Aires.*

EN este trabajo se hace referencia al valor alimenticio de la cerveza, desde el punto de vista médico dietético.

El autor defiende calurosamente su contumo habitual, por su contenido en proteínas, sales minerales y vitaminas, y en la dieta de ciertos enfermos, como los cardiorrenales, obesos y diabéticos, por sus propiedades diuréticas con excreción de sodio y ahorro de potasio.

Como prólogo del trabajo se hace un curioso resumen de la historia y de la elaboración de la cerveza. — ECHEVERRÍA VICENTE.

PACK, GEORGE T., y MILLER, T. R. — «LOBECTOMÍA MEDIA HEPÁTICA COR CÁNCER». «*La Semana Médica*», *n.º 12, 6 agosto 1962. Buenos Aires.*

DESDE que las inyecciones plásticas coloreadas permitieron un conocimiento más exacto de la distribución intrahepática de la arteria hepática, vena porta y conductos biliares, los cirujanos han podido emprender con seguridad y éxito resecciones parciales del órgano.

Las primeras experiencias con lobectomías izquierdas, seguidas de lobectomías derechas, han servido de valiosos antecedentes para decisiones mayores, como son las lobectomías medias.

En este artículo los autores describen dos casos de tumoraciones malignas que exigieron esta última intervención, ampliada, como es lógico, a partes de otros órganos digestivos (estómago, colon, cabeza de páncreas, etc.). Dan las indicaciones que ellos estiman exigen la intervención, y detalles de la técnica empleada.

Los resultados fueron buenos en el aspecto quirúrgico, no en cuanto a curación total, pues las enfermas murieron unos meses después, de carcinomatosis peritoneal difusa. — ECHEVERRÍA VICENTE.

CARDIOLOGÍA

ESPINO VELA, J.; CONTRERAS, R., y CERVANTES CASTRO, J. — «ESTUDIO ANATOMO-CLÍNICO DE LA SÍFILIS CARDIOVASCULAR.» «*Archivos del Instituto de Cardiología de México*», *t. XXXII, n.º 1, página 104. 1962. México.*

CON objeto de conocer la forma en que la sífilis daña al sistema cardiovascular, los autores consultaron 2.350 protocolos de

autopsia del Instituto Nacional de Cardiología de Méjico. Hallaron ciento setenta y seis casos con datos histopatológicos fehacientes de ataque sifilítico a una o varias estructuras del aparato cardiovascular. El punto de partida del estudio de los autores fue el diagnóstico macroscópico, microscópico o ambos, que formuló el departamento de Anatomía patológica. Se procedió después a la revisión del expediente clínico.

Entre las ciento setenta y seis autopsias hubo ciento cuarenta y cuatro hombres y treinta y dos mujeres. La edad promedio de los fallecidos fue de 45'2 años. En noventa y un casos fue positivo el antecedente primario, dos de ellos mujeres. El tiempo transcurrido entre la aparición del accidente primario y las manifestaciones clínicas fue de 23'36 años como promedio. El análisis del capítulo de antecedentes reveló que en la inmensa mayoría de los casos la infección contraída fue insuficientemente tratada o no se trató.

Los autores analizan la patogenia y refieren que la vía de entrada es habitualmente una lesión en los órganos genitales; se establece después una fase septicémica en la cual el treponema circula libremente por el torrente sanguíneo, pasa a las pulmonares, donde un buen número es retenido, y de ahí pasa a los linfáticos pulmonares, sigue a los periaórticos y llega a la aorta, en cuya capa media se instala y con el tiempo causa lesiones características que se han designado mesoaortitis sifilítica. El sitio predilecto es la capa media de la aorta, sobre todo en la porción ascendente y el cayado. Otros daños en este sistema se producen por extensión, afectando las válvulas sigmoideas o produciendo obstrucción del ostio coronario o descendiendo por el tabique interventricular para producir la llamada miocarditis descendente.

Seguidamente, los autores analizan por separado las alteraciones del aparato cardiovascular luético, las alteraciones concomitantes en otras vísceras y, por último, la coexistencia de padecimientos cardiovasculares asociados: reumatismo, aterosclerosis y, eventualmente, endocarditis bacteriana.

Para los autores, la mesoaortitis sifilítica es el denominador común de todas las manifestaciones luéticas del aparato cardiovascular. No se puede hablar —afirman los autores—, por ejemplo, de insuficiencia aórtica luética o de cualquiera otra manifestación sifilítica sin admitir implícitamente la presencia de la mesoaortitis sifilítica. La aorta es la parte del sistema cardiovascular más constante e intensamente afectada por la sífilis, de tal manera, que sus lesiones constituyen el dato anatómico más seguro para el diagnóstico. Por otra parte, la sífilis es la causa más importante de la aortitis, y en clínica, casi la única.

En el cadáver, la aortitis sifilítica se reconoce porque la superficie interna del vaso, especialmente de la porción ascendente y del cayado, muestra cicatrices lineales en forma de surcos longitudinales poco profundos, que a veces son tan discretos que sólo pueden demostrarse tiñéndolos con sangre. Este diagnóstico es relativamente sencillo cuando las lesiones sifilíticas son aisladas. Se hace difícil cuando existe aterosclerosis, cuya presencia e intensificación es favorecida por la sífilis. Alrededor de las placas ateroscleróticas se forman pliegues semejantes a los sifilíticos; también microscópicamente se aprecian adherencias fibrosas entre el pericardio parietal y la porción intrapericárdica de la aorta. Seguidamente, los autores describen el diagnóstico microscópico, resaltando las lesiones de las tres capas de la aorta.

La inflamación sifilítica de la aorta es una panarteritis, pero las lesiones más importantes, tanto anatómicas como clínicas, son las que muestra la capa media, por lo que para hacer resaltar este hecho se usa la designación de mesoaortitis sifilítica ideada por Heller. La demostración del treponema es siempre difícil, porque requiere técnicas delicadas y sólo se logra en los casos recientes.

Los autores seguidamente estudian la insuficiencia aórtica, que es la complicación más común de la mesoaortitis luética; el 80 por ciento de su casuística (ciento diez casos) mostraron lesión valvular. La mesoaortitis sifilítica se propaga a las válvulas sigmoideas, que se engruesan y retraen y cuyas comisuras se abren, lo que se traduce clínicamente por la insuficiencia valvular. La insuficiencia aórtica pura, es decir, no asociada a alteraciones mitrales, se hace en principio sospechosa de ser debida a mesoaortitis sifilítica, aunque no siempre esta sospecha sea confirmada por los datos clínicos ni por el estudio patológico de las piezas. Los autores analizan los signos clínicos de esta dolencia y el porqué se diagnostica doble lesión aórtica. A este respecto, recalcan los estudios de Costero, que «piensa que además de la retracción de las válvulas sigmoideas (causa de la insuficiencia), existe simultáneamente cierto grado de estenosis relativa en vista del endurecimiento y la rigidez que adquieren las válvulas luéticas sin soldadura de las comisuras». Por eso, el clínico diagnostica estenosis aórtica concomitante basado en la presencia de soplo sistólico más o menos rudo en el foco aórtico, que puede acompañarse de frémito y de transmisión auscultatoria y palpatoria del fenómeno al hueco supraesternal y los vasos del cuello: pero tal diagnóstico resulta erróneo en la mitad de los casos, en los que el anatomopatólogo, por lo menos, no puede asegurar que exista estenosis aórtica asociada. De cuarenta y tres casos clínicos, sólo en veintiséis se confirmó el diagnóstico. Los autores estudian los trazados electrocardiográficos y encontraron con frecuencia estadística importante, bloqueo incompleto de rama izquierda del haz de His, en contraste con la poca frecuencia de este trazado en las insuficiencias aórticas reumáticas. La mayor parte de estos pacientes tuvieron simultáneamente otra manifestación luética cardiovascular: miocarditis descendente asociada en cuarenta y siete casos (42 por ciento), nueve coronaritis sifilítica. El promedio de edad al morir fue de cuarenta y tres años.

Los autores insisten en que la miocarditis es una complicación real de la sífilis, abogan en su criterio por las observaciones de Costero, que la ha podido recoger en cincuenta y seis casos, sobre un total de dos mil trescientas cincuenta autopsias diversas. Establecen y analizan los dos tipos: miocarditis intersticial difusa hematógena y miocarditis descendente, que se propaga por contigüidad desde la aorta, en forma de infiltrados linfocitarios.

Por lo que respecta a la coronaritis, su mecanismo anatomopatológico es debido a la obstrucción de los ostia coronarios por interferencia de las placas elevadas de la íntima que cierran sus márgenes, o por la extensión del proceso sifilítico aórtico a la parte de la coronaria que se halla incluída en la pared aórtica, con retracción del tejido cicatrizal resultante. El proceso sifilítico casi nunca se extiende más allá de los orificios aórticos coronarios, y cuando lo hace alcanza sólo una extensión de uno a dos centímetros. Sobre ciento setenta y seis casos de mesoaortitis luética han encontrado diez casos de coronaritis sifilítica (5'6 por ciento).

Para los autores, después de la insuficiencia valvular aórtica, la lesión más común es el aneurisma de la aorta o de sus vasos. Han recogido ochenta y tres casos, lo que reporta un índice de frecuencia en su estadística muy elevado. En algunos pacientes hubo más de un aneurisma, la frecuencia real fue del 38'6 por ciento (sesenta y ocho casos). La localización preferente fue el cayado aórtico, siguiendo la aorta descendente (treinta y seis y veintidós casos, respectivamente). Fue más frecuente en hombres que en mujeres, en la proporción de cuatro a uno. La muerte por ruptura del aneurisma sólo fue identificada en cinco casos. Por el contrario, la muerte por insuficiencia cardíaca fue identificada en un 83'8 por ciento.

La asociación con lesiones reumáticas —cardiopatía reumática— se encontró en veintinueve casos, el 16'3 por ciento. Clínicamente se sospechó en quince casos y fue hallazgo de autopsia en catorce. La asociación con endocarditis bacteriana se confirmó en dieciséis casos, todos eran hombres, siendo el índice de frecuencia de 9'08 por ciento. Fueron encontradas lesiones concomitantes en otros aparatos, ocupando la sífilis hepática el primer lugar, veintidós casos; respiratoria en cinco casos, con el síndrome clínico de bronquitis y laringitis; tres casos de nefritis; un goma de testículo, y tres casos de esplenitis luética. — BOZAL URZAY.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

LATAPÍ, F.; MARIAT, F.; LAVALLE, P., y ORTIZ, Y. — «MICETOMA POR «STREPTOMICES SOMALIENSES» LOCALIZADO A UN DEDO DE LA MANO. (Comprobación en Méjico del primer caso extraafricano.) *«Dermatología», vol. V; núms. 3 y 4, págs. 257-270, diciembre 1961. Méjico.*

EL caso presentado corresponde a un micetoma por «streptomices somaliensis» localizado a un dedo de la mano por los siguientes hechos:

1.º El lugar de origen, la latitud, el clima y la precipitación pluvial corresponden exactamente a las condiciones encontradas en Somalia, Tchad, Sudán y Etiopía, sitios en los que se han descrito casos producidos por «streptomices somaliensis».

2.º El caso tiene gran interés clínico: es muy pequeño, localizado, con la morfología típica y, como dato curioso, no ha evolucionado, ha quedado perfectamente localizado, cosa que no sucede con los casos reportados por esta especie.

3.º Las lesiones óseas son mínimas y localizadas a la primera y segunda falanges con geodas pequeñas, discreta deformación de las partes blandas y sin haber ido más allá de ese sitio, lo que no se había observado en estos casos por ser muy osteófila la especie.

4.º Por lo demás, los datos epidemiológicos del caso corresponden a los conocidos en Africa, donde ha sido descrita esta especie productora de micetoma.

Ilustran el trabajo con numerosas fotos y radiografías.—FELIPE VARA SANTOS.

BEIRANA, L., y ÁALVAREZ, J. — «TOKELAU EN MICHOACÁN». *«Dermatología», volumen V, núms. 3 y 4, págs. 271-275, diciembre 1961. Méjico.*

LA literatura mejicana acerca del tokelau o tiña imbricada, nos informa que apenas unos doce casos han sido encontrados en la República.

Comunican un caso de tokelau proveniente de una nueva zona endémica, y se hace ver que, desgraciadamente, la curación de esta tiña con la griseofulvina no parece ser definitiva y que su administración quizá sea necesaria de por vida.

Se consigna la posibilidad de mutación de especies de dermatofitos, razón por la cual su aparición sería posible en diferentes países. FELIPE VARA SANTOS.

GARCÍA, M. — «INCONTINENTIA PIGMENTI. COMUNICACIÓN DE UN CASO». *«Dermatología», vol. V, núms. 3 y 4, págs. 276-285, diciembre 1961. Méjico.*

A propósito del estudio de un caso de *incontinentia pigmenti* en una niña de tres meses, que presentaba una dermatosis en tronco y miembros, y constituída por pápulas, vesículas y manchas hiperpigmentadas, la autora hace una revisión del tema.

Se trata de un padecimiento poco frecuente —unos ochenta y seis pacientes en la literatura—, de causa desconocila, congénito, que puede afectar a dos tipos: el clásico de Bloch-Sulzberger y el de Naegeli, identificados sólo por el cuadro histológico de la incapacidad de la dermis para retener la melanina.

No existe hasta el momento un tratamiento efectivo contra esta rara dermatosis. — FELIPE VARA SANTOS.

FISIOPATOLOGÍA

CORTE-REAL, M. — «ASPECTOS GENERALES DEL PROBLEMA DE ACCIÓN BIOLÓGICA DE LAS RADIACIONES IONIZANTES.» *(Aspectos gerais do problema da acçâo das radiaçôes ionizantes.) «Jornal do Medico», n.º 1.032, noviembre 1962. Lisboa.*

La Sociedad Portuguesa de Medicina Interna celebró, a finales de marzo de 1962, un coloquio sobre cáncer. Uno de los trabajos fundamentales leídos en esa reunión fue este que comentamos de Manoel Corte-Real, que aparece reproducido en la prestigiosa revista lisboeta «Jornal do Medico».

Corte-Real expone en este artículo, de forma sumaria, todos los conocimientos elementales que acerca de la acción biológica de las radiaciones todo biólogo, y por ello todo médico, debe poseer.

Las radiaciones ionizantes actúan sobre la materia viva por los iones que en ella origina en el momento de su absorción. Las acciones biológicas se ejercen por transformaciones en la estructura atómica de la materia y se traducen por modificaciones en el comportamiento celular. Desde hace más de cincuenta años, numerosos trabajos experimentales intentan hacer llegar al conocimiento exacto del mecanismo de acción de las radiaciones ionizantes sobre la materia viva. Pero las dificultades que el problema entraña hacen que sean todavía defendidas diferentes teorías para intentar explicar la acción biológica de las radiaciones, sin que se haya llegado —como recalca Corte-Real— al conocimiento íntimo del fenómeno. Y si algunos autores defienden, apoyados en teorías diversas, la acción directa de las radiaciones, la mayoría, aunque sea recientemente, está de acuerdo en la existencia de una importante acción indirecta, sobre todo en lo referente a la acción sobre la materia viva.

Las teorías cuánticas fueron introducidas por Oessauer en 1922. El «primum movens» de la acción biológica de las radiaciones ionizantes es una acción fotoquímica que se produce sobre los pequeños elementos celulares. Todas las teorías cuánticas tienen el mismo principio: se basan en la idea de que siendo los rayos X o gamma de naturaleza discontinua, su acción sobre una población biológica debe ser igualmente un proceso discontinuo. Se puede considerar un haz de rayos X como un haz de proyectiles que inciden sobre una población estudiada. Como aplicación directa de las teorías cuánticas surgen las diversas teorías físicas, que pueden reducirse a dos: teoría del punto caliente de Dessauer, y teoría del blanco.

Para la primera de éstas, la energía del fotoelectrón originado se transforma totalmente en calor en la línea de ionización, y este aumento de temperatura sería el responsable del efecto biológico. Hoy ha perdido vigencia.

La teoría del blanco, bajo el patrocinio de ilustres figuras de la radiología —Crowther, Mme. Curie, Holweck, Lacassagne—, reduce el problema de la acción biológica a un problema de estadística artillera: «el problema de la producción de lesión se limita a eventualidades de tiros en el blanco» (Latarjet), siendo el blanco los distintos puntos considerados sensibles dentro de la célula, cuya afectación puede requerir un solo tiro en el blanco o más de uno, lo que da origen a las curvas de dosis-efecto de forma exponencial o sigmoide, respectivamente.

Las teorías fisicoquímicas explican los efectos de las radiaciones a través de modificaciones del pH, de la presión osmótica, de la carga eléctrica de los coloides. Son teorías bastante vagas que no alcanzan a explicar claramente los fenómenos observados.

Las teorías químicas, de las cuales la más importante es la teoría del veneno celular (*poison theory* de los ingleses), admite que, como consecuencia de la absorción de un fotón por el núcleo o cualquiera otra estructura celular, se libera cierto veneno desconocido que determinará el efecto establecido.

Todas las teorías enumeradas —físicas, fisicoquímicas o químicas— son teorías de acción directa; pero cada día gana más partidarios la teoría de acción indirecta, la que admite la existencia de una acción indirecta sobre el soluto resultante de la ionización producida en el disolvente.

Se admite que las moléculas de agua ionizada dan origen a un agente, al que se ha llamado agua activada, que va a provocar la reacción en el elemento disuelto. Es fuera de lugar explicar aquí todas las formas y posibilidades del agua activada, entre las que se encuentra el agua oxigenada.

La segunda parte de este trabajo estudia en forma resumida los efectos que las radiaciones producen en los diversos elementos vivos —virus, genes, bacterias—, sobre la célula y sobre los tejidos, órganos y sistemas.

Es una exposición sistemática muy útil para quien en muy poco tiempo quiera tener una idea panorámica del problema. Pero el gran mérito de Corte-Real es la primera parte de su artículo, la que comentamos más minuciosamente, en donde ha sabido explicar con afortunada sencillez el complejo argumento de las teorías de acción biológica de las radiaciones ionizantes.—SOLSONA.

APARATO CIRCULATORIO

MAGNANAI, B.; ALTILIA, F.; DRACHETTI, D., y AMBROSIONNI, E. — «LA MECÁNICA CARDÍACA EN LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. ESTUDIO CON EL MÉTODO POLIGRÁFICO.» *(La mecanica cardiaca nella malattia ipertensiva. Studio con metodo poligrafico.) «Gior. Clin. Med.», 43, 8, 867. 1962. Bologna.*

Los autores han estudiado en un grupo de cuarenta enfermos hipertensos los tiempos de la mecánica cardíaca, mediante un registro poligráfico que comprende el electrocardiograma (segunda derivación), el fonocardiograma, el esfigmograma carotídeo y el flebograma yugular. Comparan los resultados con los obtenidos en otro grupo de sujetos normales de igual edad y características.

Los datos que estudian en cada uno de ellos, basados en los registros simultáneos citados, son los siguientes:

Tiempo de deformación ventricular (entre el comienzo de la despolarización ventricular y el comienzo del primer tono).

Tiempo del sístole isométrico (entre el cierre de la mitral y la apertura de las sigmoideas aórticas).

Sístole mecánico (entre el comienzo del primero y del segundo tono).

Tiempo de propagación de la onda esfigmica (medido entre el comienzo del componente aórtico del segundo tono y la incisura dicrota del esfigmograma).

Tiempos del relleno ventricular rápido y lento.

Del estudio de todos estos datos, comprueban un alargamiento modesto, pero constante del tiempo de deformación del ventrículo izquierdo y una mayor duración de la fase de contracción isométrica. No se observaron otras modificaciones referentes al sístole eléctrico, ni al diástole.

El aumento de la duración de la fase de contracción isométrica, significa una falta de adaptación del miocardio a las condiciones hemodinámicas en la hipertensión, y cuando aparece es un indicio precoz de las manifestaciones de descompensación ventricular e insuficiencia ventricular izquierda.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

SIRITO, R. S. — «ARTERIOPATÍAS PERIFÉRICAS.» *«La Semana Médica», t. 121, número 17, págs. 759-770, 32 agosto 1962. Buenos Aires.*

Hace el autor una clasificación de estas afecciones y expone la forma de llegar al diagnóstico: anamnesis detallada, examen físico, uso de métodos especiales como angiografía, oscilometría, determinación de la temperatura cutánea, tiempo de circulación, prueba del enrojecimiento de Morton y Scott, pletismografía y contenido de oxígeno de la sangre periférica.

Seguidamente estudia individualmente la tromboangitis obliterante, la arteriosclerosis obliterante, la enfermedad y el fenómeno de Raynaud, la acrocianosis, la eritromelalgia, livedo reticularis y el síndrome pernio. — J. RIVERA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BOTELLA, J. (Madrid). — «HACIA UNA NUEVA SISTEMATIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA PLACENTARIA.» *(Vers une nouvelle systématization de la pathologie placentaire.) «Gynécologie Pratique», t. XIII, núm. 6, páginas 555-570, 1962. París.*

Dice el autor que se conoce aún mal la patología placentaria, especialmente su patología funcional.

Expone los caracteres evolutivos de la estructura y de la función de la placenta: Primero es una placenta joven, de gran actividad, luego una placenta vieja, pasiva. Expone sus características morfológicas y fisiológicas,

La patología placentaria es una desarmonía entre el término de la gestación y el desarrollo embrionario y el estado de evolución de las vellosidades coriales.

Analiza el huevo abortivo, la mola hidatiforme y el síndrome de insuficiencia placentaria, en los que se manifiesta esa patología cronológica de una manera que no deja lugar a dudas.

Finalmente, estudia los efectos de la senescencia placentaria sobre el feto. — J. RIVERA.

MEIGS, J. V. (Boston). — «TRATAMIENTO DEL CÁNCER GENITAL EN LA MUJER.» (*Le traitement du cancer génital chez la femme.*) «*Gynécologie Pratique*», *t. XIII, número 6, págs. 587600. 1962. París.*

EN la imposibilidad de precisar todos los detalles del tratamiento del cáncer de la pequeña pelvis en la mujer, el autor se limita a discutir las neoformaciones de todo el aparato genital y el tratamiento quirúrgico o radioterápico.

Se ocupa así, en sendos capítulos, del cáncer de vulva, vagina, cuello uterino, cuerpo de útero, trompa de Falopio y ovario.

En sus conclusiones hace resaltar que cirugía e irradiación no son terapéuticas rivales, sino complementarios. Por otra parte, señala que una nueva especialidad parece estar en trance de desarrollarse, la de la terapéutica médica, cuyas armas son las hormonas y los productos químicos. — J. RIVERA.

RADIOLOGÍA

MILLER, TARANGER y PAULIN (Marsella). — «ESTUDIO CINÉTICO DE LA TIROXINOGÉNESIS POR LAS RESINAS CAMBIADORAS DE IONES (MÉTODO DE BLANQUET - MEYNIEL)» (*Etude cinétique de la thyroxinogénèse par les résines échangeuses d'ions —méthode de Blanquet-Meyniel—*). «*Annales d'Endocrinologie, t. 23, n.º 6, págs. 683-692, diciembre 1962. París.*

LA curva de tasa de fijación del iodo radiactivo (iodo 131) por el tiroides, que durante años ha permanecido como método de diagnóstico modelo de finura, aparece en el momento actual insuficiente, por sí sola, en clínica tiroidea.

Se nos presenta la necesidad de estudiar y practicar además otras técnicas que nos ilustren acerca de la síntesis hormonal intratiroidea y de cómo estas hormonas son luego lanzadas a la circulación y cuáles son las proporciones que de ese radioiodo administrado existen en la sangre en forma inorgánica (ioduros) y en forma orgánica (hormona utilizable y hormona no utilizable).

Así han surgido las pruebas del PBI 131 (radiactividad protídica del plasma), index de conversión (cociente resultante de dividir el valor anterior por el valor total de la radiactividad en el plasma) y el cociente H/P, hematíes/plasma. Corolario de estos dos últimos, han surgido las técnicas de separación e identificación de fracciones en el plasma, que se practia según dos métodos. El primero, utilizando un gel de dextrosa puesto a punto por Sergio Lissitzky, que exige altas dosis de iodo radiactivo (100 microcurios), lo que no es conveniente, considerado higiénica y económicamente; y el segundo método, creado por los ilustres investigadores franceses Paúl Blanquet y Gaston Meyniel.

El «Blanquet-Meyniel» es superior al index de conversión y al cociente H/P; en primer lugar, porque requiere solamente 30 microcurios; en segundo, porque es de técnica sencilla —nosotros mismos hemos tenido ocasión de comprobarlo—, y, finalmente, porque nos da al mismo tiempo: *a*) la tasa de ioduros en la sangre (llamada fracción I por los autores); *b*) la de hormona directamente utilizable (fracción III); *c*) una fracción II, iodo prótidos no hormonales, o más bien no utilizables, que se ha encontrado aumentada en los trastornos de la hormogénesis y en las destrucciones tiroideas provocadas por las altas dosis de iodo 131 administradas como tratamiento en el Basedow y en el cáncer tiroideo.

Si bien el método fue puesto a punto en las Facultades de Burdeos y Clermont Ferrand, ha sido en Marsella en donde ha recibido gran impulso gracias al extraordinario contingente de enfermos del Instituto de Isótopos Radiactivos del profesor Roux, y la estrecha colaboración de este Instituto con la cátedra de Endocrinología de Jean Vague, tan leal y ligado a nuestro inolvidable Marañón. Estas razones y el quehacer conjunto de un endocrinólogo tan eminente como Georges Miller y un bioquímico tan consciente como Raymond Poulin, han dado el magnífico fruto de este trabajo, realizado sobre mil quinientos enfermos.

Al principio de la puesta en marcha en clínica del método se hacían tres tomas de sangre a las seis, veinticuatro y cuarenta y ocho horas, para controlar la tiroxinogénesis en el tiempo; pero en el uso rutinario de la técnica se ha mostrado suficiente una unica extracción, practicada a las veinticuatro horas.

Las ventajas clínicas son enormes, pues permite comprobar la rapidez de la tiroxinogénesis incluso en hipertiroosis con curva de fijación elevada en meseta, e, inversamente, en ciertas curvas de fijación casi normales se puede demostrar con el «Blonquet» un enlentecimiento de la biosíntesis hormonal, que permite diagnosticar hipertiroidias frustradas.

El contingente de enfermos de Burdeos y Clermont-Ferrand, mucho menor que el de Marsella, ha impedido a sus creadores elaboraciones estadísticas tan amplias y tan bien realizadas como la presente; pero la extraordinaria nobleza provenzal ha bautizado en todas sus publicaciones al método con el nombre de sus creadores, y es así como comienza a conocérsele en la literatura: el «Blanquet-Meyniel». — SOLSONA.

APARATO RESPIRATORIO

PALLINI, U. (Nápoles). — «ALGUNOS PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS EN LA PATOLOGÍA PULMONAR POR HONGOS.» (*Di alcuni problemi nella Micopatologia Pulmonar.*) «*Archivio di Tis. e Mall. Ap. Respir.*», *12, 369. 1962.*

EL autor dice que junto a cuadros de micosis bien conocidos aparecen hoy cuadros de micosis secundarias o asociadas, antes nada frecuentes. Parece que el empleo en cantidad de antibióticos de amplio espectro sea la causa de estas micosis pulmonares, que en la actualidad aparecen con más frecuencia. Tendrá influencia también el empobrecimiento vitamínico. Si difícil resulta a veces el diagnóstico de una micosis primitiva, resulta más laborioso y difícil el diagnóstico de micosis asociada. Los medios radiológicos broncoscópicos y de laboratorio ayudan al diagnóstico. Como quiera que las micosis además de lesiones pulmonares las producen bronquiales, de aquí que los métodos broncoscópicos tengan importancia, porque además de la visión de la lesión permite la toma de productos para su análisis.

Actinomicosis. — Sus formas son muy variables, como en la mayoría de las micosis. Describe una forma bronquial, otra miliar y otra de tipo infiltrativo-bronconeumónica. Veremos adensamientos yustahiliares similares a los tumores. Hay retracción parenquimatosa y la broncografía halla también oclusiones bronquiales. Radiográficamente, veremos a veces imágenes de hiperclaridades. El examen histológico de las muestras broncoscópicas o el examen del esputo evitará la confusión con los tumores.

Aspergilosis. — Hay estas formas: bronconeumonitis con tendencia a la necrosis central y excavación; otro tipo de cavidad rellena (aspergilioma micetoma o megamicetona endobronquial), obtendo con la broncoscopia en esta forma ayuda en el diagnóstico diferencial con las formas de tuberculosis. Se asemeja a una tuberculosis crónica La estratigrafía pone de manifiesto quistes de lenta evolución y con hemoptisis. aéreos. Más frecuente la tendencia a la estenosis y las ectasias. Se habla de aspergilioma bronquiectasizante. Biopsia y examen de materias y hallazgo del hongo, es lo decisivo en el diagnóstico.

Coccidiomicosis. — Llamada enfermedad de Posadas-Wernike. El coccidium immitis puede producir radiográficamente desde infiltrados hasta cavidades. Broncográficamente se demostró que la primera lesión es bronquial (Cotton). Fibrosis, bronquiectasias y cavidades cocciodiodes lo demuestra la broncografía.

Candidosis y estafilococandidosis. — Producida por el género monilia candida o albicans, oidium albicans, etc. Hay un tipo neumónico, si bien puede empezar por el árbol bronquial o por el pulmón mismo aisladamente. Larga duración, sintomatología confusa y el examen de las secreciones aclarará el diagnóstico. Hay con gran frecuencia asociación con el estafilococo. Adoptará diversas formas: enfisema, forma pseudomiliar, pseudo quística, o infiltrados de gruesos nódulos y tipo bronconeumónico. La broncografía revela que los quistes aéreos por estenosis e hiperpresión del aire no se permeabiliza con el medio de contraste a veces: precisa un acertado diagnóstico diferencial con abscesos, neoplasias, procesos cavitarios específicos, etc.

Histoplasmosis. — Es endémica en los Estados Unidos y tiene cuadros parecidos a la tuberculosis. Radiográficamente cualquier forma veremos, pero con límites esfumados. La regresión del proceso deja huellas que adoptan la forma de «tempestad de nieve». Es preciso buscar el histoplasma en el esputo o en el jugo gástrico, para diferencial el cuadro de la leucemia, Hodking, tuberculosis, etc. Puede decirse que en enfermos largamente tratados con antibióticos, el hallazgo en el laboratorio de hongos es más frecuente. Producen tales tratamientos alteraciones de la flora saprofita, no patógena o apatógena, como dicen los italianos, suprimiendo algunos gérmenes inocentes en su acción, favoreciendo el desarrollo de otros.

La *candida albicans* no se conocía hasta esta era de antibióticos, que se desarrolla produciendo una invasión sistémica generalizada de los órganos. Evidente es el equilibrio entre la flora bacteriana positiva y gram negativa, y la lucha de éstos contra los hongos y al romperse este equilibrio con los antibióticos, se pueden desencadenar micosis sistémicas, que a veces conducen a la muerte por invasión del cavum, vagina, boca, faringe y pulmones. Los hallazgos de hongos, del 17 por ciento en 1956 en el

laboratorio, pasa a 28 por ciento en 1958. Los radioisótopos se aplican también al diagnóstico de las micosis. Como queda expuesto, lo fundamental es el diagnóstico diferencial. — SAMITIER.

PEDIATRÍA

KALIMAN, M., y KOFMAN, I.—«MENINGOENCEFALITIS DE LA INFANCIA.» *«La Semana Médica», t. 120, n.º 27, págs. 1.053-1.061, 14 mayo 1962. Buenos Aires.*

HACEN resaltar la tendencia del médico a diagnosticar encefalitis frente a una encefalopatía. Exponen las causas de éstas y discuten seguidamente la denominación de encefalitis, clasificándolas a continuación.

Observan el escaso valor de la clínica para el diagnóstico etiológico. Describen los períodos de iniciación y estado, con sus características, y exponen el diagnóstico y formas clínicas.

En los exámenes complementarios se ocupan del estudio del líquido cefalorraquídeo desde el punto de vista físico, químico, citológico y bacteriológico; reacciones serológicas, estudio del fondo de ojo, electroencefalograma, hemograma y dosificación de amilasas.

No existe tratamiento que inspire seguridad, exponiendo seguidamente el higiénico, dietético y medicamentoso.—J. RIVERA.

UROLOGÍA

ARNE-ANDREAS KOLLWITZ. — «URETEROCISTONEOSTOMÍA. CONSIDERACIONES SOBRE 66 CASOS.» *(Zur Uretercystoneostomie. Beobachtungen an 66 Fällen.) «Urología Internationalis», vol. 14, núm. 4. S. Karger Bael. New York. 1962.*

DESPUÉS de resaltar el autor, de la Clínica Urológica de la Universidad de Berlín (Prof. W. Brosig), la importancia de la ureterocistoneostomía (implantación del uréter en vejiga) y de analizar los distintos métodos (Sampson, Stoeckel-Mikulicz-Radecki, Kuss, Obelör y las variantes de Boeminghaus), considera el de Boeminghaus como el más aconsejable. Cuando la resección del uréter es superior a tres centímetros, recurre a la intervención de Boari, plastia vesical tubulada que se anastomosa a la porción distal del uréter.

Respecto a las vías extra o intraperitoneal, no encuentra diferencia apreciable, por lo que a los resultados se refiere. El riesgo de la peritonitis es muy escaso. La implantación del uréter no conviene hacerla en la porción superior de la incisión vesical. La infección renal no contraindica la intervención con tal de que este órgano conserve su función.

De los sesenta y seis casos de ureterocistoneostomía realizados en cincuenta y seis enfermos, los resultados en los enfermos supervivientes pueden clasificarse de la siguiente forma: 50 por ciento, resultados muy buenos o buenos; 20 por ciento, resultados satisfactorios; 30 por ciento, resultados malos.

Como prueba de control de los resultados funcionales, se considera imprescindible la urografía de eliminación. La cromocistoscopia no es demostrativa en estos enfermos.

El trabajo va acompañado de excelente iconografía radiológica, en la que se aprecia la recuperación morfológica del sistema pielocalicilar después de la urterocistoneostomía. — F. ROMERO AGUIRRE.

ABOULKER, P., y HEPP, J. — «LA PROSTATECTOMÍA POR ADENOMA EN EL CURSO DE LA AMPUTACIÓN ABDOMINO-PERINEAL DEL DEL RECTO.» *(La prostatectomie pour adénome au cours de l'amputation abdomino-périnéale du rectum.) «Journal d'Urologie et de Néphrologie», t. 68, núm. 4-5, abril-mayo 1962. París.*

LOS trastornos miccionales después de la amputación abdomino-perineal del recto en el hombre son constantes, a causa del traumatismo quirúrgico de los nervios pélvicos y del plexo hipogástrico. Estos trastornos consisten en la parálisis de la vejiga con retención de orina, que suele desaparecer cuando existen procesos obstructivos anteriores del cuello vesical, el problema es más enojoso y requiere, en muchos casos, la intervención quirúrgica, generalmente la resección transuretral del cuello de la vejiga.

En los casos en los que existía antes de la intervención un volumino adenoma de la prosta, con trastornos disúricos, debe hacerse la prostatectomía retropúbica al mes de la intervención. La intervención crea ciertas dificultades por la falta de sujeción de la próstata por tacto rectal y el desplazamiento hacia atrás del bloque vesicoprostático.

Para evitar estas dificultades, proponen los autores realizar en un mismo tiempo la amputación abdomino-perineal y la prostatectomía, evitando así los trastornos postoperatorios de la micción y la prostatectomía secundaria. F. ROMERO AGUIRRE.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 5 DE ABRIL DE 1963

CANTENYS CERVERA, J. — «LITIASIS URETERAL Y RADIOTERAPIA.»

LA acción antiinflamatoria de la radioterapia y el edema, concomitante casi siempre con el cálculo ureteral ha sido empleada para el tratamiento de dichos cálculos, con resultados muy satisfactorios. Las dosis empleadas son muy pequeñas e inocuas, incluso en el caso de mujeres y cálculos yuxtavesicales. Dos o tres sesiones de 75 r. a 150 ó 180 Kv. y un filtraje de 0'5 Cu son suficientes para lograr casi siempre la sedación del dolor y la expulsión del cálculo. Nuestra casuística se refiere a cincuenta y dos pacientes, todos ellos estudiados urográficamente antes y después del tratamiento. La estadística no es muy numerosa, pero sí suficiente para emitir un juicio, y hay que tener presente que los radiólogos trabajamos con enfermos todos ellos remitidos a nuestros servicios por especialistas y médicos que tienen que conocer esta indicación de la radioterapia. En nuestra casuística, treinta y ocho enfermos expulsaron el cálculo entre los tres y ocho días después de la primera sesión de radioterapia. En diez casos que no hubo expulsión y que se trataba de cálculos enclavados que llevaban bastante tiempo y habían sido sometidos a bastantes tratamientos conservadores urológicos, hemos logrado la sedación del dolor, comprobándose por pielografía posterior el paso de contraste en la zona del obstáculo.

ABADES BLANCHART, J. — «LA UTILIZACIÓN DE LOS INJERTOS DE PIEL EN LAS REPARACIONES CUTÁNEAS.»

LAS cicatrices cutáneas pueden aparecer en forma manifiesta y las debe prevenir el cirujano.

Hay una serie de normas que aconsejamos seguir para evitarlas:

1.ª Incisiones cutáneas siguiendo la dirección de las líneas de Lange.

2.ª Limpieza quirúrgica minuciosa, procurando dejar el menor número posible de ligaduras.

3.ª Las suturas deben efectuarse sin tensión.

4.ª Cobertura inmediata de todas las heridas, utilizando, si es necesario, colgajos cutáneos o injertos libres.

5.ª Vendaje compresivo, cura postural y administración de antibióticos.

6.ª Sacar los puntos precozmente en las regiones visibles.

7.ª Empleo de radioterapia o rádium precozmente.

8.ª Normalización de las constantes sanguíneas.

La cicatriz de una herida puede presentar anomalías de la misma en diferentes formas.

Primero, cicatrices poco visibles; segundo, cicatrices retráctiles; tercero, sinequias cicatrizales; cuarto, úlceras rebeldes por fibrosis del lecho; quinto, degeneración neoplásica; sexto, cicatrices hipertróficas y queloideas; séptimo, cicatrices inestéticas.

Injertos. — Toda herida cutánea debe cerrarse. Se deduce la necesidad del cierre de las heridas traumáticas mediante los colgajos de vecindad o por injertos libres laminares si no se puede conseguir el cierre por la aproximación de los bordes.

Quemaduras. — La orientación del tratamiento general del quemado, debe seguir: Primero, evitar los accidentes de colapso circulatorio por la pérdida de líquidos; segundo, prevenir este colapso, y si ha aparecido, hacerlo desaparecer; tercero, asegurar el funcionamiento visceral; cuarto, evitar los accidentes tardíos consecutivos a la sobrecarga líquida; quinto, evitar los riesgos de la infección; sexto, proteger las zonas cutáneas conservadas eliminando las zonas desvitalizadas; séptimo, preparar las zonas desepitelizadas para que puedan injertarse lo más precozmente posible; octavo, asegurar la mitigación de los dolores; noveno, evitar terapéuticas peligrosas o prematuras.

Las quemaduras de la cara ocupan un capítulo general por situarse en una zona

que está siempre al descubierto. En la cara se realiza casi siempre la epitelización espontánea, por la gran abundancia de glándulas sudoríperas, sebáceas y pilosas, que son las que proporcionan los elementos dérmicos aun cuando las quemaduras sean profundas. Es frecuente la presencia de cicatrices queloideas y a veces de verdaderos queloides en esta región. Pocas veces se procede en la cara a reparaciones primarias y sólo se efectúan injertos de cura o provisionales. Si las quemaduras afectan los párpados, debemos evitar la formación del ectropión por tarsorrafias temporales.

Consideramos que las reparaciones plásticas de la cara, aunque desde el punto de vista plástico y funcional obtengan buenos resultados, los estéticos son deficitarios, ya que si actuamos con injertos libres hay diferente textura y coloración, y si empleamos colgajos a distancia, hay destaque por su grosor del colgajo injertado.

TRUJOLS QUERALTÓ, A., y CAMBRA MERCADER, R. — «CONTROL ELECTROBALISTOCARDIOGRÁFICO DE LA ACCIÓN DEL LACTATO DE N- 3'-FENILPROPIL-(2') -1'1-DIFENILPROPIL-(3)-AMINA.»

SE estudian las variaciones que experimenta el balistocardiograma longitudinal en un lote de pacientes anginosos, sometidos a tratamiento vasodilatador coronario con lactato de N- 3'-fenilprop'l-(2') -1'1-difenipropil-(3)-amina.

Durante la primera semana toman seis comprimidos al día, después cuatro al día.

Los trazados se obtienen antes de comenzar el tratamiento; a los diez días, y según las variaciones obtenidas van realizándose trazados posteriores.

En algunos casos se observaron cambios valorables, en especial en los segmentos I-J y las ondas K y H, que demuestran mejoría hemodinámica.

Como todos los pacientes son de edad superior a los sesenta años, con un componente arteriosclerótico marcado y poco sensibles a los cambios farmacológicos en sus fases vasculares, a pesar de la mejoría clínica permiten anomalías balistocardiográficas.

SAVAL VIDAL, F. — «ANTIALDOSTERÓNICOS ESTADO ACTUAL.»

ALGUNAS hormonas y vitaminas intervienen los mecanismos de transporte activo a nivel del citado túbulo: la aldosterona activa la reabsorción de sodio, la hormona antidiurética la del agua, y la vitamina D favorece la reabsorción de calcio, mientras que la hormona paratiroidea inhibe la reabsorción de fosfatos.

En 1957 se crearon las espirolactonas, muy semejantes a los esteroides suprarrenales, conocidas con el nombre de Aldactone, y posteriormente, Aldactone-A, cuya elaboración permite reducir la dosis del preparado tres cuartas partes. Actúan a nivel del tubo distal y su acción diurética y antiurética está condicionada a la presencia de un hiperaldosteronismo. Es, pues, un antialdosterónico de acción periférica de carácter competitivo. Asociada a un salidiurético se emplea en los edemas pertinaces, aunque su origen no se deba a hiperaldosteronismo.

Otro camino lo constituye la inhibición a nivel de la corteza suprarrenal de la hidroxilación enzimática del carbono 11 del núcleo esteroide. De esta manera, el Metopiron impide la formación de hidrocortisona, córticosterona y aldosterona. Esta da lugar a un acmento de ACTH que estimula la corteza parcialmente inhibida por la droga.

Cuando se emplea el Metopiron como diurético en los hiperaldosteronismos secundarios —insuficiencia cardíaca congestiva y edemas cirróticos— debe asociarse a dexametasona para lograr lo que se ha llamado «suprarrenalectomía química», con objeto de inhibir, a través de la hipófisis, la formación de precursores (desoxi-11-esteroides), que también retienen sodio.

Común denominador de los antialdosterónicos es la poca repercusión que tienen en las pérdidas de potasio. Recientemente, hemos ensayado un diurético de la serie teridínica —el Triamterene—, que no es antagonista de la aldosterona, pero que se parece a sus inhibidores en la cualidad de limitar las pérdidas de potasio.

El balance potásico y la deshidratación constituyen siempre una preocupación cuando se lleva a cabo un tratamiento diurético intenso y prolongado. Tanto una hipokalemia como una deshidratación exagerada podrían llevarnos a lamentar no haber recordado a tiempo el viejo aforismo que dice «que es preferible un enfermo húmedo que un cadáver seco».

SUBIRANA, A., SUBIRANA CANTARELL, M. — «LA CLÍNICA DE LOS SÍNDROMES PARKINSONIANOS.»

LOS autores hacen hincapié en algunos puntos semiológicos que permiten formular un pronóstico preoperatorio en los enfermos parkinsonianos que pueden ser tributarios de una intervención estereotáxica. Insisten principalmente en el fenómeno de la quinesia paradójica y dan de la misma una interpretación patogénica. Otras paradojas clínicas son revisadas sucintamente.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 446 - TOMO LXXV
MAYO 1963
SECCIÓN VARIA

LA ESPECIALIZACIÓN Y LA FORMACIÓN POSTUNIVERSITARIAS DE LOS MÉDICOS *

POR EL

DR. BOHDAN BEDNARSKI

SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y PREVISIÓN SOCIAL

VARSOVIA

SÓLO algunos años después de que el joven médico haya obtenido su título, el acervo de conocimientos adquiridos al término de sus estudios se encuentra sobrepasado.

Desde hace tiempo, dándose cuenta los médicos de este hecho han intentado completar su formación merced a cursos, reuniones y conferencias organizadas para ellos por Universidades, asociaciones científicas y, a veces, por las administraciones públicas.

Sin embargo, la insuficiencia de esta solución, sólo dirigida a una escasa proporción del personal médico, abocó a finales del siglo XIX (en los últimos años en Rusia, y al comienzo del siglo XX en el Reino Unido) a la creación de instituciones específicamente concebidas para el perfeccionamiento de los miembros de la profesión médica.

Por otra parte, el rápido desarrollo de las ciencias médicas a lo largo de los últimos decenios no podía dejar de exteriorizar la necesidad generalmente aceptada hoy en día de una formación postuniversitaria.

El aumento considerable del volumen de conocimientos que el estudiante en Medicina debe asimilar cuando la duración de los estudios ha permanecido idéntica, ha obligado a restringir el lugar que en el programa ocupan especialidades de limitado campo de aplicación y a conceder mayor importancia a las asignaturas fundamentales.

Este hecho, cada vez más evidente en los programas actuales, explica por qué es necesario ayudar a los médicos a completar los conocimientos garantizados por su título; en efecto, sin una formación complementaria impartida regular y sistemáticamente, aquéllos ni podrían profundizar en los conocimientos que adquieren mediante el ejercicio de su profesión, ni extenderlos en las vertientes teórica y práctica, ni enriquecerlos adaptándoles al progreso científico.

Estas observaciones son de particular aplicación para los médicos situados en servicios ambulatorios de centros urbanos y rurales.

* Documento preparado para la XII Reunión del Comité Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud.

El problema de la relación entre los estudios médicos, por una parte, y la formación y especialización postuniversitarias, por otra, así como la coordinación de sus planes, representa una importante cuestión, pero de amplitud tal que no puede ser tratada detalladamente en la presente exposición.

Debido a la rapidez de los progresos de la ciencia moderna se hace cada vez más difícil para un médico que no reciba ayuda aumentar su caudal de conocimientos, ampliarlos y mejorar su capacidad profesional; para ello al menos necesita ser orientado, sobre todo si trabaja en condiciones difíciles.

Si se acepta el principio de que incumbe a las autoridades sanitarias colocar a los médicos en situación de poder alcanzar un nivel profesional elevado y mantenerse en él, se impone la necesidad de elaborar un plan de formación complementario, que debe comprender preferentemente indicaciones en cuanto a contenido y métodos del programa de estudios y, además, prever los medios materiales necesarios para su realización.

La formación postuniversitaria comprende una fase práctica que en numerosos países viene a añadirse a los estudios médicos completándoles, y una enseñanza postuniversitaria propiamente dicha, una de cuyas formas particulares es la especialización.

El período de prácticas como terminación de los estudios de Medicina

El período de prácticas ulterior a la obtención del título posee una duración muy variable (seis a dieciocho meses), y muchos países han hecho obligatorio un período de prácticas durante el último año de los estudios. Dadas las dificultades de nomenclatura, parece preferible indicar la duración total (en años) de los estudios y del período de prácticas ulterior a la obtención del título en diversos países y, entre paréntesis, el número de meses consagrados al período de prácticas realizado como terminación de los estudios médicos.

Bélgica	7	(12)
Francia	6	(6)
Italia	6'5	(6)
Polonia	7	(24)
Suiza	6'5	(6)
Yugoslavia	6	(12)
Bulgaria	6	(12)
Hungría	6	(12)
Noruega	7'5 a 8	(18)
Rumania	6	(12)
Checoslovaquia	6	(12)
Finlandia	6'5	(3)
Irlandia	8	(13)
Holanda	6	
Suecia	7	(11)
Unión Soviética	6	(12)

En la mayoría de los países el período obligatorio de prácticas comprende medicina interna, cirugía, ginecología, obstetricia y, en algunos países, pediatría.

En Yugoslavia está prevista igualmente una formación práctica de corta duración en las clínicas de neurología y de pediatría.

En Noruega, los dieciocho meses de formación práctica se dividen entre medicina interna, cirugía y medicina social.

De forma general, los períodos de internado solamente pueden tener lugar en ciertos hospitales (hospitales universitarios o de grandes ciudades).

El período de prácticas, ya preceda o siga a la obtención del título, se realiza generalmente bajo la dirección de un jefe de servicio; no se sigue programa particular alguno ni se acompaña de pruebas orales o de examen final obligatorios.

En Francia y en Bélgica la organización de la formación práctica presenta ciertas peculiaridades. Consiste, en general, en un período que realiza el estudiante en calidad de interno; únicamente los mejores estudiantes triunfan en el concurso del internado, y la categoría de «interno» que les es concedida les da acceso ulterior a puestos en los hospitales o en la Universidad. El internado tiene una duración de tres o cuatro años en Francia y de un año en Bélgica; los estudiantes que no consiguen ser admitidos deben en todo caso, como en los restantes países, realizar un período de prácticas.

En algunos países (República Popular de Bulgaria, República Socialista de Checoslovaquia, República Popular de Polonia, República Popular Rumana, Unión Soviética), los estudiantes se especializan ya en cierto grado durante sus estudios universitarios. Al lado de su Facultades de Medicina, estos países han creado servicios de pediatría, higiene y epidemiología donde los estudiantes inscritos, al tiempo que adquieren un caudal de conocimientos médicos generales, enseñados de una manera ligeramente distinta a la utilizada en aquellas Facultades, reciben una enseñanza mucho más intensa en pediatría o en higiene y epidemiología. Los principios orientadores en la creación de estos servicios han hecho subrayar la importancia de la profilaxis y la higiene ambiental, así como el papel particular que incumbe a los modernos servicios sanitarios en materia de asistencia pediátrica.

Los resultados obtenidos aumentando el número de médicos disponibles para estas importantes ramas de servicios sanitarios confirman el carácter racional del sistema.

La forma en que varía la duración de los estudios médicos, y más aún los períodos de prácticas realizados como terminación de los estudios, inclinan a pensar que existen grandes diferencias en el grado de preparación profesional de los jóvenes médicos.

Las características del sostenimiento de los médicos en el curso de su período de prácticas varían igualmente. En la mayoría, cuando no en la totalidad de los casos, los estudiantes reciben comida, vivienda y, además, una compensación modesta.

De esta gran divergencia en las modalidades de organización de los estudios, que a menudo es más reflejo de una tradición que de necesidades actuales, parece surgir la conveniencia de que sea estudiada la materia y se formulen principios generales sobre formación de los médicos.

La formación postuniversitaria de los médicos rurales y de los médicos de servicios de consultas ambulatorias en las ciudades

Una responsabilidad particularmente importante que contraen las autoridades sanitarias consiste en la de ayudar a un médico rural distante de los centros de investigación científica y de los de trabajo colectivo, que son las instituciones hospitalarias.

Si los medios de transporte modernos, el teléfono y la extensión de la red de puestos de primeros auxilios permiten a las poblaciones rurales tener ahora más fácil acceso que en otro tiempo a los servicios médicos, incluso a los de especialidad

establecidos en ciudades, ello no ha reducido en modo alguno las misiones del médico rural, quien además de la asistencia a prestar directamente a sus enfermos, debe llevar a cabo funciones importantes en materia de profilaxis (protección maternal e infantil, asistencia a los niños de edad escolar, control sanitario, etc.).

La institución a la que incumbe en primer término actuar conjunta y continuadamente con el médico rural es el hospital más cercano. Los hospitales, en numerosos países, constituyen un todo con los servicios ambulatorios a cargo de la mayoría de los médicos. En cualquier caso, aunque los hospitales no posean relación orgánica alguna con dichas consultas, prestan igualmente asistencia a los médicos. Por todo ello sucede que en la práctica los jefes de los diversos servicios hospitalarios y sus colaboradores más calificados ayudan no solamente a los médicos de los servicios hospitalarios, sino también a los de las consultas ambulatorias.

Gracias a esta organización el médico rural tiene la posibilidad de perfeccionar permanentemente su formación. Los consejos recibidos de los jefes de servicios hospitalarios cuando éstos acuden al sector donde aquél ejerce las visitas que el médico rural realiza al hospital, regular o eventualmente en relación con ciertos trabajos, su participación en el reconocimiento a los enfermos hospitalizados y en conferencias científicas, el acceso a la biblioteca, son otros tantos elementos de cooperación y ayuda que recibe del hospital. Esta cooperación con el hospital no se deja enteramente a su iniciativa, sino que el médico depende profesionalmente del director y de los jefes de servicio del hospital, quienes deciden la naturaleza de la ayuda necesaria y cuidan de que ésta sea prestada.

En los países a que se alude, el médico rural que sigue cursos prácticos de formación se beneficia de permisos periódicos, cuya duración puede extenderse desde algunas semanas hasta tres o cuatro meses; realiza tales cursos bien en el hospital de la zona donde ejerza, ya en un establecimiento de rango superior, o bien en un Instituto de Enseñanza Médica Postuniversitaria. Este período de práctica puede constar de trabajos efectuados en el hospital bajo la dirección de un especialista con experiencia o en enseñanzas otorgadas por el Instituto; cada tres años se concede un permiso de esta clase para los médicos rurales.

La formación de los médicos de consultas ambulatorias en las ciudades es análoga, en líneas generales, a la de los médicos rurales, con la diferencia que en este caso se pueden utilizar mejor aún las posibilidades ofrecidas por los vínculos orgánicos que existen entre hospitales y consultas ambulatorias; en las ciudades de menor importancia, todos los médicos, actúen en hospitales o en servicios ambulatorios, constituyen un único equipo cuyos miembros trabajan a la vez en ambos servicios o se turnan entre sí.

En este último caso, todo joven médico actúa con plena dedicación y durante un cierto período, por rotación, en un servicio ambulatorio. Durante este tiempo, que en general no excede de algunos meses, coopera estrechamente con el hospital y se beneficia de su ayuda. Como los médicos rurales, ante un caso difícil, consulta con los jefes de servicio u otros médicos de experiencia, con quienes se reúne en el hospital, en el servicio ambulatorio o en el domicilio del paciente. Participa, en la medida de lo posible, en las visitas de sala del hospital y, por regla general, asiste a conferencias científicas organizadas en los servicios o dedicadas al personal hospitalario. Son así constantes los contactos entre los médicos y el hospital en las pequeñas ciudades; en cambio, no resultan tan fáciles en las grandes, dada la gran desproporción que existe entre el intenso requerimiento de consultas ambulatorias y las posibilidades de destino en los hospitales; por ello,

en dichas ciudades existe un cierto número de médicos que ejercen con exclusividad en ambulatorios.

La preparación de los médicos generales

El requerimiento de servicios médicos de especialidad continúa incrementándose en nuestros días. Sin embargo, se ha podido comprobar recientemente un vivo interés por la función del médico de familia (médico «de distrito» o médico general, pues responde a distintos calificativos).

En numerosos países europeos se ha definido en el curso de los diez o quince últimos años lo que se entiende por especialista, así como las condiciones que deben cumplir quienes desean obtener este título. No es, sin embargo, al especialista a quien acude un enfermo directamente; generalmente avisa a un médico general y de la pericia de éste depende a menudo su suerte.

La desproporción manifiesta que existe entre el nivel de la asistencia médica especializada y de la general (aunque las normas de esta última sean muy elevadas en algunos países) ha llamado la atención sobre este aspecto particularmente importante del servicio sanitario. Como regla, la asistencia médica general depende de médicos que no tuvieron ocasión de especializarse; a diferencia de quienes realizan estudios especializados, estos médicos generales no se benefician de ayuda alguna, pues no cabría considerar como una solución al problema los cursos que algunos siguen ocasionalmente por iniciativa propia. Esta situación, poco satisfactoria en materia de asistencia de medicina general, provoca la búsqueda de métodos apropiados para permitir el sostenimiento a un nivel adecuado de la calidad de los médicos generales. La primera cuestión es, por tanto, saber qué cualidades deben poseer éstos.

Un análisis de las actividades de los médicos rurales, los más genuinos de los médicos generales, ha mostrado que consagran la mayor parte de su tiempo (60-70 por ciento) al tratamiento de enfermedades internas; a continuación siguen la protección maternal e infantil y las consultas ambulatorias, sobre todo en el campo quirúrgico.

Ello es la razón por la cual en todos los países donde se aplica a los médicos generales la ayuda anteriormente expuesta, existe unánime opinión de que el médico que ejerce en zonas rurales y en pequeñas ciudades debe ser, sobre todo, un facultativo de medicina interna que posea experiencia en otras especialidades para poder sentar un diagnóstico preciso. Sus aptitudes en las especialidades de más limitado campo pueden concretarse a las afecciones más frecuentemente tratadas en un servicio de consultas ambulatoras; una experiencia de la vertiente preventiva, tanto en lo que concierne al individuo como al medio ambiente, constituye también elemento importante de la formación del médico rural.

Ahora bien, ¿son suficientes los conocimientos adquiridos en el transcurso de los estudios universitarios de Medicina para cumplir los fines antes mencionados? Respondamos que no, pues admitiendo incluso que lo fueran durante un cierto tiempo en el campo teórico, no sucederá igual en la mayoría de los casos con la práctica médica; de ello se desprende el deber de hacer beneficiarse a esta categoría de médicos de una ayuda de carácter continuado.

¿Los cursos de perfeccionamiento de algunos días de duración o extendiéndose incluso más allá de una decena de días permiten cumplir esta obligación?

Esta forma de perfeccionamiento consiste principalmente en conferencias, limitándose las actividades prácticas, como máximo, a ejercicios clínicos; su ventaja

radica en que completa los conocimientos teóricos, y su fallo, en que a menudo no se acompaña de actuación práctica alguna y en que no tiene en cuenta las necesidades individuales de perfeccionamiento.

Parece, pues, que de acuerdo con los principios antes mencionados, únicamente la ayuda regular de instituciones de rango superior, como, por ejemplo, un hospital o un centro sanitario y epidemiológico, puedan asegurar el perfeccionamiento de los médicos generales. En el momento actual éstos obtienen más datos de una publicidad intensiva —y no siempre aconsejable— de los fabricantes de productos farmacéuticos, que de una acción organizada por el servicio sanitario.

La ayuda del hospital, particularmente en el dominio de la medicina interna, la pediatría y la obstetricia, presta al médico un medio de progreso regular y facilita a la dirección del hospital la comprobación de la calificación del trabajo del médico empleado en un servicio de consultas ambulatorias y, eventualmente, de su insuficiencia. Así es posible remediarlo mediante una formación individual realizada en el mismo establecimiento o en una institución de rango superior, o también mediante cursos especiales con programas racionalmente establecidos.

Cada vez se impone más la opinión de que la solución apropiada consiste en vincular los servicios ambulatorios a los hospitales, de forma tal que los médicos empleados en aquéllos se encuentren bajo la dirección de los jefes de los servicios hospitalarios, en análoga situación que los ayudantes de dichos jefes.

En fin, se plantea la cuestión de saber con qué periodicidad estos médicos deberían ser apartados de sus servicios para recibir formación complementaria siguiendo cursos especiales o ejerciendo otras actividades y cuánto tiempo debe durar esta formación.

Debido a los rápidos progresos de la ciencia médica, se considera necesario un período de formación de varias semanas cada cinco años; en efecto, se ha podido comprobar que después de diez años resulta difícil llenar las lagunas, y transcurridos quince años es completamente imposible hacerlo.

El criterio de una formación médica postuniversitaria periódica suficientemente duradera plantea la cuestión de las condiciones en que debe ser factible su realización, tanto desde el punto de vista del médico como desde el de la población confiada a la asistencia de éste.

El médico puede encontrarse ante la necesidad de acudir en busca de esta formación a una localidad diferente de aquélla en la que ejerce; por ello es necesario proveerle de los medios para subvenir a las necesidades de su familia y asegurar la gratuidad de los cursos que deberá seguir, así como de cama y comida. Es necesario igualmente encontrarle un sustituto que se encargue de sus misiones durante su ausencia; a tal fin se puede enviar a un médico de un hospital u otro destinado por una base contractual, o también encargar a médicos de su inmediata proximidad que se ocupen de la población que a él acude; esta última solución solamente puede ser prevista cuando la red de instalaciones sanitarias sea suficientemente densa.

Si el médico rural es fundamentalmente un internista, el médico general en las ciudades lo es casi exclusivamente en nuestros días.

Dado el desarrollo de la medicina especializada, no cabe esperar del médico general que garantice una asistencia de especialidad que exije una particular formación. Su conocimiento de la medicina interna debería ser tal que le permita encargarse de casi todos los casos, solicitando consejo únicamente para los más difíciles, y debería conocer de las otras especialidades lo suficiente para sentar un exacto diagnóstico y prescribir un tratamiento en los casos sencillos. Naturalmente, puesto que en el medio urbano la actuación del médico general se limita casi exclusivamente a la medicina interna, deben llevarse a efecto medidas particulares sobre la protección maternal e infantil y otras especialidades de campo limitado, para cuyos fines es necesario disponer de un número apropiado de especialidades que hayan recibido la necesaria formación.

La especialización

La rápida expansión de la ciencia médica contemporánea ha conducido necesariamente a la especialización, es decir, al dominio tan completo como sea posible de ciertas ramas de la Medicina.

La especialización se ha desarrollado espontáneamente y la legislación se ha limitado en esta materia a consagrar por derecho una situación que de hecho existía.

Cada uno de nosotros puede comprobar este espontáneo desarrollo: para ello es preciso únicamente considerar el número creciente de especialidades instituídas en los distintos países y la división consiguiente de la ciencia médica en compartimientos cada vez más reducidos.

Esta tendencia constante a una especialización cada vez más restringida ha suscitado graves preocupaciones, y ahora se escucha a menudo que si es comprensible la tendencia de los científicos a restringir su campo de actividades, ello posee, sin embargo, un efecto desfavorable sobre los servicios generales de salud; otro inconveniente de esta especialización excesiva consiste en la incapacidad que resulta de ella para considerar al organismo enfermo como un todo. La tendencia a vincular las especialidades a disciplinas fundamentales, como la medicina interna, la pediatría, la cirugía y la higiene, parece ser lo mejor.

Dado el desarrollo espontáneo de la especialización y la constante tendencia a surgir nuevas especialidades, estamos aún lejos de poder intentar la aplicación de un sistema de especialización racional y adecuado. La dificultad de los problemas sugiere que sería más fácil llegar a una solución en los países que poseen servicios sanitarios socialmente organizados, donde la especialización se considera un medio de resolver las cuestiones esenciales relacionadas con la protección sanitaria de la población, que en aquellos países donde ayuda a los fines profesionales de los médicos.

La definición de especialista difiere según la especialidad, según las naciones e incluso, en algunos casos, dentro de un mismo país. A estas diferencias se añaden las que se refieren al número de especialistas, método de cualificación y programas de estudio, duración de éstos, condiciones requeridas para la obtención del título de especialista, posibilidad de acumular ciertas especialidades y derechos de los especialistas. Tal estado de cosas requiere una recomendación sobre el estudio de la materia y el enunciado de principios generales.

Al lado de tan importantes diferencias existen ciertos rasgos comunes para todas las especialidades.

1. El primero se refiere a la duración de los estudios. La mayoría de los países exigen para reconocer de un médico la calificación de especialista tres a seis años de estudios, según la especialidad (la diferencia máxima se establece en todo caso entre uno y diez años).

En Checoslovaquia y en Polonia la especialización requiere de seis a siete años de estudios y consta de dos fases (grados).

El programa del primer grado (de dos a tres años) prepara al médico para una especialización y al tiempo le otorga una formación que le permita asumir funciones autónomas, pero no directrices, en un servicio de consultas ambulatorias.

Es el programa del segundo grado el que concede al interesado toda la cualificación que le dará el derecho de ocupar un puesto autónomo.

Una división tal permite preparar más rápidamente especialistas poseedores de una formación básica para el ejercicio de una especialidad dada en los servicios de consultas ambulatorias, lo que resulta importante a la vista del incesante requerimiento de servicios especializados.

Un especialista de primer grado en medicina interna ha recibido una formación suficiente para poder hacerse cargo de sus responsabilidades como médico de distrito o de familia; un pediatra de este grado puede ser encargado de la asistencia pediátrica en el distrito, y un ginecólogo, de un servicio de consultas de ginecología; he aquí algunos ejemplos de la utilidad y de la necesidad de especialistas que posean tal formación básica.

Esta división de estudios en dos grados permite:

1.° Valorar la aptitud del médico para proseguir su especialización.

2.° En caso en que no fuera útil continuar la especialización más allá del primer grado, emplear al interesado como especialista en un servicio de consulta ambulatoria.

3.° En caso de que se considere apto al médico para efectuar los estudios de segundo grado, proseguir su formación, bien en la rama inicialmente elegida, bien en una especialidad más limitada para la que resulte necesaria la formación básica recibida (por ejemplo, la cirugía general, cirugía infantil, ortopedia, urología, cirugía torácica o cirugía plástica).

2. El segundo rasgo general consiste en el lugar donde el médico realiza sus estudios de especialidad. Como regla, estos estudios se efectúan solamente en establecimientos determinados (hospitales, clínicas). Un excesivo rigor en el asunto provocaría, sin embargo, el peligro de limitar intensamente las posibilidades de especialización.

En los países antes mencionados existe una vasta red de hospitales habilitados de forma tal que forman a los médicos deseosos de especializarse, a condición de que éstos completen inmediatamente sus estudios especiales tras una estancia de algunos meses, bien en una de las clínicas del Instituto de Perfeccionamiento Médico, bien en uno de los hospitales altamente especializados.

3. El tercer rasgo es la existencia de un programa de especialización que contenga las directrices relacionadas con todos los problemas que debe conocer el futuro especialista.

En los países de Europa occidental es frecuente que el médico lleve a cabo su especialización dentro del ejercicio de la profesión. Este sistema, al no prever la vinculación del interesado a otros establecimientos médicos a fin de completar su especialización, reduce a un pequeño número de instituciones las posibilidades de estudios especializados.

En los países que poseen servicios sanitarios organizados socialmente, los médicos pueden ser enviados a otras instituciones, donde reciben una formación especializada más completa. En tales países, por consiguiente, incluso el médico que trabaja en un lejano hospital puede adquirir cualificaciones completas acabando su formación en hospitales de enseñanza o en centros hospitalarios de las grandes ciudades.

El número de puestos de que disponen los hospitales no basta siempre para asegurar la formación de un número requerido de especialistas, por lo que surge la necesidad de crear puestos adicionales; así se ha realizado en Bulgaria, Polonia y Unión Soviética. Estos puestos complementarios en los hospitales o en los principales dispensarios ayudan a formar buen número de facultativos, que vienen a incrementar el número de especialistas; en Polonia, por ejemplo, se cuenta regularmente con quinientos médicos en vías de formación especial.

En 1957, la Organización Mundial de la Salud ha publicado informaciones detalladas sobre las clases de especialización médica. Resulta de tales datos y de otros más recientes, que se impone una acción internacional sobre definición de principios y métodos comunes aplicables en la formación de especialistas.

Incumbe a las autoridades sanitarias crear las condiciones necesarias para el perfeccionamiento continuado de todos los médicos. A tal respecto, conviene prever un sistema propio para la formación postuniversitaria y la especialización de los médicos. En el curso de los quince últimos años se ha instituído uno en Bulgaria, Hungría, Polonia, Rumania y Checoslovaquia, orientado en sus principios esenciales por una larga experiencia adquirida por la Unión Soviética.

La piedra angular de este sistema está constituída por los Institutos de Perfeccionamiento y Especialización Médica que existen en estos países.

Los Institutos de Perfeccionamiento y Especialización Médica

Existen once Institutos de esta clase en la Unión Soviética (independientemente de las doce escuelas de formación postuniversitaria), dos en Checoslovaquia y uno en Bulgaria, Hungría, Polonia y Rumania. Se trata de centros de enseñanza superior de características peculiares, los que poseen sus propios departamentos y clínicas y colaboran con otros establecimientos de enseñanza superior. Los Institutos soviéticos han sido creados entre 1919 y 1935, y los de los restantes países, con posterioridad a 1950. La enseñanza magistral impartida allí difiere de la que se presta en las clínicas universitarias; dirigida a médicos que a menudo poseen una gran experiencia profesional, exige que quienes la dispensan no solamente sean altamente calificados, sino que estén provistos de un tacto que permita encontrar el justo equilibrio entre la autoridad necesaria para sus funciones y la actitud que conviene respecto a sus colegas.

Por ello, a menudo son encargados los cursos a eminentes figuras, y los departamentos de tales Institutos son núcleo de una actividad científica intensa e importante.

Los trabajos pueden ser clasificados en las grandes categorías siguientes:

1.° Investigación.

2.° Trabajos relacionados con la organización de la enseñanza y con los métodos pedagógicos.

3.° Actividad pedagógica.

4.° Servicios médicos.

Los trabajos relacionados con la organización de la enseñanza y con los métodos pedagógicos comprenden la elaboración de programas y de métodos de formación y especialización postuniversitaria, el estudio de programas y cursos de otros Institutos, la cooperación con el Ministerio de Sanidad en la aplicación de programas de formación, así como la descripción de las actividades que incumben a los especialistas encargados de la supervisión de la actividad pedagógica y de los trabajos de las instrucciones de enseñanza.

Las clínicas y los departamentos de los Institutos poseen una actividad pedagógica tanto respecto a la especialización de los médicos como a formación postuniversitaria.

CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN.

Los estudios exigidos para la especialización de los médicos con tres a cinco años de ejercicio profesional oscilan entre tres meses (para la dietética) a seis meses (medicina interna, cirugía), y pueden incluso extenderse durante diez meses para especialidades tales como la anatomía patológica y la anestesiología. Estos estudios buscan la formación de médicos llamados a asumir ulteriormente funciones autónomas en los servicios sanitarios locales.

La enseñanza teórica, que ocupa un lugar preponderante, se organiza en grupos de veinte a veinticinco personas; para los ejercicios prácticos los grupos son más restringidos y sólo constan de cinco a ocho personas.

A fin de completar la especialización de los médicos empleados en los hospitales rurales o de distrito se otorga una formación especial, según un programa de tres a cuatro meses de duración, dado en ciertos hospitales en cuyos servicios los interesados trabajan durante este período.

Para los médicos con cargo en los hospitales existen cursos de dos meses, cuyo programa no solamente se ocupa de cuestiones profesionales, sino también de métodos de enseñanza. Así, los Institutos forman parte del proceso de especialización a la vez directamente (formando especialistas) e indirectamente (formando al personal directivo de los hospitales en cuestión).

Cumplen los Institutos igualmente un papel importante en el proceso de perfeccionamiento asegurando dos categorías de cursos:

1.° Cursos de perfeccionamiento, de tres a cinco meses de duración, destinados a los médicos que han realizado previamente estudios especiales y que tienen al menos tres años de ejercicio profesional en calidad de especialistas.

2.° Cursos teóricos, de dos meses a dos meses y medio de duración, destinados a especialistas que posean una experiencia práctica y que deseen ampliar su caudal de conocimientos y competencia en un sector particular de su especialidad.

Independientemente de estas diversas clases de formación efectuadas en los Institutos, la formación mediante cursos por correspondencia se realiza en gran escala y otorga a los médicos la posibilidad de ampliar su calificación sin tener que abandonar su puesto por un largo período. Dichos cursos se destinan a especialistas de medicina social (administración sanitaria), higienistas y epidemiólogos.

La formación mediante cursos por correspondencia consiste en:

1.° Estudio autodidáctico basado en el material enviado por los Institutos de Perfeccionamiento y en la lectura de obras recomendadas.

2.° Trabajos sobre temas elegidos, a fin de ampliar los conocimientos del médico en su propio sector de actividades y permitirle elaborar un programa para estos trabajos futuros.

3.° Asistencia a un curso postuniversitario de quince a treinta días de duración, que completa una formación que se extiende en un período de tres a doce meses.

Se organizan también cursos por correspondencia para las especialidades clínicas; duran de seis a ocho meses y comprende trabajos relacionados con asuntos diversos, así como el estudio de ciertos problemas.

Estos trabajos preliminares permiten al médico prepararse para cursos ulteriores y conceden al personal docente del Instituto la oportunidad de juzgar la capacidad y valorar el nivel profesional de aquél; de esta forma es posible rápidamente individualizar el programa de estudios teniendo en cuenta este nivel.

Existen también cursos por correspondencia de dos años de duración basados en análogos criterios y que se acompañan de un seminario mensual con dos días en un hospital designado a tal efecto. Esta formación está garantizada por especialistas regionales.

Como en los hospitales generales, el perfeccionamiento individual de los especialistas se asegura en las clínicas de los Institutos, establecimientos superiores de enseñanza médica y hospitales más importantes. Los cursos organizados a tal efecto duran de uno a dos meses.

Por último, los Institutos pueden disponer de cierto número de puestos ocupados durante dos años por médicos de servicios de sanidad rural, quienes se preparan así para la ulterior realización de funciones autónomas.

A lo largo de los estudios postuniversitarios, se concede atención especial a la formación de jefes de servicio y de médicos jefes de los centros sanitarios, teniendo en cuenta la influencia que ejercen sobre la calidad del trabajo y la formación de sus ayudantes.

Las administraciones sanitarias locales elaboran cada año un programa de formación postuniversitaria que se somete a la aprobación del Ministerio de Sanidad. Los especialistas nacionales y regionales constituyen un vínculo entre los Institutos y los centros sanitarios locales; se trata generalmente de profesores y jefes de servicios de especialidades. Se encargan de llevar la iniciativa en las consultas periódicas con las instituciones interesadas y asegurar que la formación se otorgue de acuerdo con las prescripciones establecidas.

El sistema que ha sido descrito se encuentra completamente en desarrollo en la Unión Soviética. En otros países, los Institutos de perfeccionamiento de médicos, de más reciente creación, asumen actividades análogas, pero aún no han podido alcanzar toda su amplitud.

Existe un centro análogo de formación en el Reino Unido; sus actividades comprenden la formación postuniversitaria de los médicos, que generalmente se presta de forma abonable. Las actividades de este género realizadas en el Reino Unido y en otros países de nuestra región merecen grandes elogios; sin embargo, la escala limitada en que se desarrollan no permite dar al problema de la formación una solución de envergadura deseada. En otros países europeos la formación postuniversitaria se garantiza por las sociedades médicas, los centros de enseñanza médica superior, los hospitales o las autoridades sanitarias, y son realizados en forma de cursos, visitas a salas de hospital y conferencias.

Las características del sistema descrito en la presente exposición pueden resumirse de la forma siguiente:

1.° Los médicos locales se encuentran vinculados al hospital más cercano.

2.° Se establecen relaciones recíprocas entre los hospitales de distrito y los hospitales regionales.

3.° Una formación adicional viene a completar la especialización adquirida en hospitales designados a tal efecto.

4.° Se encuentra creado en este sistema un Instituto de Perfeccionamiento y de Especialización Postuniversitaria Médica.

5.º Especialistas nacionales y regionales aseguran la supervisión de los cursos organizados para el perfeccionamiento y la especialización postuniversitaria en instituciones sanitarias locales.

6.º Los cursos de formación y de especialización son objeto de una planificación conjunta.

7.º La responsabilidad de la puesta en marcha de programas de formación se extiende a todos los niveles de la administración sanitaria.

8.º Se aplica al principio de periodicidad de los cursos de perfeccionamiento.

9.º Los médicos tienen a su alcance el llevar a efecto su perfeccionamiento.

De una manera general no se utiliza en Europa con fines de formación ni la radio ni la televisión.

Las principales misiones que pudieran corresponder en esta materia a la Organización Mundial de la Salud podrían ser resumidas así:

1.º Promover e intensificar los trabajos de investigación sobre la formación práctica de los estudiantes de Medicina y su preparación al ejercicio profesional, y coordinar los programas de estudios universitarios con los programas de perfeccionamiento y especialización postuniversitaria de los médicos.

2.º Formular recomendaciones respecto a:

a) Los períodos de prácticas anteriores y posteriores a la obtención del título de médico.

b) La especialización.

c) La formación postuniversitaria de los facultativos generales.

d) La periodicidad del perfeccionamiento de los especialistas.

3.º Preparar y organizar conferencias y cursos sobre problemas relativos a la formación médica y a la especialización postuniversitaria.

Convendría igualmente prestar atención a las materias siguientes:

1.º Organización de contactos entre las instituciones que se ocupan de la formación postuniversitaria y de la especialización de los médicos.

2.º Organización de intercambio de profesores.

3.º Organización de conferencias científicas entre directivos de la formación postuniversitaria según las especialidades:

a) Sobre cuestiones científicas.

b) Sobre métodos de enseñanza.

4.º Valoración científica de la eficacia de los distintos métodos de enseñanza utilizados en la formación de médicos.

5.º Puesta al día de métodos de formación.

6.º Organización de intercambio de material de enseñanza.

7.º Valoración del material de enseñanza utilizado para la formación postuniversitaria.

8.º Disposiciones permitiendo que los médicos que se encuentran a punto de acabar su formación de especialistas lleven a cabo una estancia de algunos meses en establecimientos sanitarios extranjeros de importancia.

(De «Rev. de San. e Hig. Públ.», 619-635, XII, 1962. Madrid.)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963

CÁTEDRA DE UROLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
Catedrático: F. ROMERO AGUIRRE

URGENCIAS UROLÓGICAS

POR EL

DR. FRANCISCO ROMERO AGUIRRE

ZARAGOZA

Las alteraciones patológicas del aparato urinario y del genital masculino que requieren en ciertas circunstancias tratamientos de urgencia, son muy diversas. En algunos casos se trata de ciertos síntomas que exigen rápida actuación por su intensidad, como la *hematuria* o el *dolor*. Otras veces son síndromes graves, como la *anuria* o la *retención completa de orina*. En otras ocasiones se trata de afecciones propiamente dichas, como los *traumatismos*. Son éstos los cuadros clínicos que clásicamente se consideran de urgencia, porque se presentan en forma muy ostentosa, penosa y, generalmente, alarmante para el enfermo y para quienes le rodean, y de consecuencias fatales inmediatas si no se actúa precoz y adecuadamente.

Pero hay «otras urgencias», apenas perceptibles por el enfermo y que al propio médico pueden pasarle desapercibidas si no está alerta para detectarlas cuando se presenten. Me refiero a la primera expresión clínica de procesos que sólo pueden encontrar solución eficaz si se tratan tempranamente. Porque si urgencia es aquello que insta a una pronta actuación y remedio, es, en cierto modo, más urgente *diagnosticar en fase inicial*, por ejemplo, un cáncer de próstata, cuando una prostatectomía radical puede resolver el problema, que tratar el dolor agudo de un cólico nefrítico provocado por la emigración de un pequeño cálculo que puede eliminarse espontáneamente.

* * *

Ciertas normas de actuación en las urgencias urológicas son comunes a todas ellas. En toda emergencia intervienen el factor lesión, el factor enfermo, el médico, el tratamiento y el factor tiempo.

Por lo que se refiere a la lesión, entendida ésta es un sentido amplio como cualquier modalidad de alteración patológica urgente, es inexcusable conocer su naturaleza, para comprender el problema planteado, valorar su importancia, enjuiciar las posibilidades y límite de las medidas terapéuticas, y aplicarlas en el momento adecuado.

Aun conocida la afección, el tratamiento de urgencia no puede ser siempre el mismo. La indicación depende del estado general del enfermo, de su edad, ante-

cedentes, alteraciones cardiovasculares, función renal, procesos sobreañadidos, etcétera. El objeto de la acción médica en una urgencia urológica no es tratar una lesión en sí; es tratar a un enfermo, a un ser humano.

El factor médico es decisivo en el pronóstico de la urgencia. Ciertamente que el desenlace depende en buena parte de la alteración patológica en sí misma; pero no es menos cierto que el hecho de que el pronóstico sea benigno o fatal está también en las manos del médico, y depende, en buena parte, de su actuación.

El tratamiento debe tener por meta ideal, siempre que las circunstancias lo permitan, la *terapéutica etiológica*. De ahí la importancia del conocimiento de la lesión y del estado general del enfermo. *Nada puede tratarse bien sin saber de qué se trata*. En algunas ocasiones tenemos que limitarnos, al menos de momento, a un tratamiento paliativo; pero tan pronto como sea posible, hay que abordar la solución definitiva. Si no se trata la causa, no tardarán en aparecer de nuevo sus efectos, generalmente con gravedad progresiva.

Aun cuando un tratamiento esté bien orientado, los resultados serán bien distintos según el momento en que se apliquen. He aquí un aspecto crucial de las urgencias urológicas: el factor tiempo. Los conocimientos, la experiencia, la observación directa del enfermo, la decisión y la prudencia, indican el momento de actuar. Tanta mayor responsabilidad en este aspecto si el tratamiento ha de ser mutilante.

* * *

Con este punto de partida se agrupan, bajo el epígrafe de *urgencias urológicas*: la *hematuria intensa*, el *dolor agudo*, la *supresión* absoluta *de la secreción renal*, la *retención completa* de orina, los *traumatismos graves*, las *urgencias del aparato genital masculino* y «las *otras urgencias*».

A) Hematuria

Desde dos puntos de vista debe considerarse la hematuria como urgencia urológica: cuando aparece como primer signo de un proceso grave que sólo un tratamiento precoz será capaz de curar, o cuando pone en peligro la vida del enfermo por su intensidad.

En el primer aspecto, la hematuria constituye un signo de valor diagnóstico inestimable, que nunca debe descuidarse, aunque el enfermo que lo presente se encuentre completamente bien y no tenga molestia alguna. Es precisamente en estos casos en los que la hematuria es un «signo avisador», primera manifestación de una neoplasia.

Otras veces es la hematuria en sí misma la que precisa un tratamiento de urgencia, prescindiendo de la afección que la produce. Se da esta circunstancia cuando la hematuria es extraordinariamente inmensa, de tal intensidad que pone en grave situación al enfermo; otras veces, porque, aun no siendo tan intensa, la situación precaria del paciente amenaza con derrumbarse.

La hematuria, en cualquiera de estas dos circunstancias, requiere una actuación urgente. La negligencia puede ser más grave cuando se trata del signo avisador de un proceso neoplásico.

Diagnóstico

En primer lugar debemos asegurarnos de que se trata de una verdadera hematuria y hacer el diagnóstico diferencial con ciertas orinas rojas que no son hemat**úricas.**

Diagnosticada la hematuria, es preciso valorar sus características, que indican en la mayor parte de los casos, el punto de procedencia y la causa determinante.

En la anamnesis debe preguntarse al enfermo la forma de iniciarse la hematuria: si apareció la orina coloreada de sangre intensamente desde el primer momento, o si fue aumentando progresivamente; si se acompañó de algún otro síntoma: dolor, polaquiuria; intensidad de la hematuria; si se ha presentado otras veces; frecuencia; su duración; si era más intensa al principio de la micción, durante la micción o sólo al terminar; si se presentaron coágulos, su forma y aspecto.

Después del interrogatorio, la norma de exploración es diferente, según se vea al enfermo en plena hematuria o después de haber terminado ésta:

a) En el caso de que la hematuria exista todavía, aparte de los datos que pueden proporcionarnos sus características y la exploración clínica general del aparato urinario, tiene un gran valor diagnóstico la cistoscopia, que revela: si es de origen vesical, el punto de procedencia y la causa que la origina; si procede del tracto urinario superior, el lado afectado, que se reconoce por la eyaculación de orina sanguinolenta por un determinado meato o por los dos; por el cateterismo ureteral, si es del riñón (cuando la orina sigue siendo hemática al llegar la sonda al riñón), o del uréter (cuando al pasar el catéter de un punto determinado la orina sale limpia).

b) Pasada la hematuria, la anamnesis y la exploración clínica general del aparato urinario orientan respecto a su punto de partida y a la afección que la produce. Un medio de gran valor diagnóstico es la radiografía simple, cuando se sospecha una litiasis, y la urografía de excreción, que muestra las alteraciones morfológicas o funcionales de cualquier tracto del aparato urinario, revelando la afección causante de la hematuria. Otros métodos de interés son el estudio detenido del sedimento urinario (presencia de cilindros, cristales o células atípicas); la exploración endoscópica, en las hematurias de origen vesical, y las exploraciones complementarias que aconseje el cuadro clínico.

Pronóstico

Depende de la causa que determina la hematuria. Es muy distinto, por ejemplo, el pronóstico de una hematuria por rotura de una variz del trígono vesical que la originada por un hipernefroma.

De los caracteres de la hematuria. Si es abundante, prolongada o muy frecuente, el diagnóstico es, naturalmente, más grave.

De las posibles complicaciones. El coágulo de un papiloma de pelvis renal puede producir, obstruyendo transitoriamente el uréter, un cuadro de cólico nefrítico. La retención de coágulos en la vejiga puede ocasionar una retención completa de orina. Estas complicaciones agravan el pronóstico en proporción a su importancia.

Actitud del médico ante una hematuria

Nunca debe adoptarse una actitud pasiva o de espera. Es el signo revelador de una alteración orgánica y hay que utilizarlo para diagnosticar y tratar la enfermedad que la produce.

La actuación médica no debe ser la misma ante todas las hematurias; debe procederse según las circunstancias:

1.ª Si es la primera vez que aparece: diagnosticar la causa que la produce.

El tratamiento debe iniciarse, como norma general, después de haber realizado el diagnóstico etiológico de la hematuria; sólo debe anticiparse en hematurias intensas que pongan en peligro la vida del enfermo.

Cohibir la hematuria sin aclarar su causa, es dejar pasar la ocasión oportuna para hacer un diagnóstico que permita el tratamiento eficaz. La búsqueda de la causa debe hacerse siempre; pero especialmente en los casos en que la hematuria se presenta sola, sin otros síntomas que la acompañen.

2.ª Si aparece en la evolución de afecciones ya diagnosticadas: valorar la situación de la enfermedad que la produce.

En el curso de una afección anteriormente diagnosticada, la hematuria revela la evolución del proceso, un agravamiento, una posible complicación.

3.ª En afecciones incurables: tratamiento sintomático.

Cuando la hematuria aparece en un cáncer vesical con metástasis, sin indicación quirúrgica por la difusión de la neoplasia, o en una tuberculosis bilateral avanzada, el tratamiento no puede ser más que sintomático.

En cualquiera de estas tres circunstancias, el diagnóstico de la causa productora, la fase evolutiva de la enfermedad y la intensiadd de la hematuria, son el punto de partida para realizar en cada caso el tratamiento oportuno.

Tratamiento de la hematuria

La meta de todo tratamiento ante una hematuria es suprimir la hemorragia en la orina. Las medidas generales y los tratamientos sintomáticos consiguen generalmente cohibir la hemorragia, pero sin suprimir la causa que la produce, no evitando, por tanto, el peligro de su repetición y la evolución progresiva de la enfermedad que la origina.

Por estas razones, es el único tratamiento eficaz y definitivo el que actúa directamente sobre la causa que produce la hematuria. Con él no sólo se suprime la hematuria, que es el síntoma de la enfermedad, sino la enfermedad misma.

Cuando este tratamiento no pueda realizarse, por falta de un diagnóstico etiológico o porque el estado del enfermo lo impide, debe orientarse el tratamiento hacia la localización del órgano sangrante.

Si por ignorar la causa de la hemorragia y el punto de origen, o si, aun conociéndolos, por la situación del enfermo o por la intensidad de la hemorragia debe actuarse sobre ella misma, debe recurrirse a las medidas que se indican en el tratamiento general de las hematurias.

1. *Tratamiento etiológico.* — El único tratamiento eficaz de la hematuria es tratar la causa que la produce. La terapéutica será, por tanto, variable según la afección que al origina, la intensidad de la hemorragia y el estado general del enfermo.

Según las normas señaladas, debe hacerse una terapéutica preventiva para que la hematuria no aparezca, tratando precoz y oportunamente las afecciones urológicas antes de que en su evolución puedan determinar una hemorragia.

En otros casos, actuando con toda prevención en ciertos cuadros clínicos. Así sucede en la retención completa de orina, tan frecuente en los enfermos prostáticos, en la que una evacuación rápida de la orina por cateterismo uretral ocasiona, al vaciar la vejiga, una hematuria *ex vacuo*. La evacuación, sobre todo al final, debe realizarse colocando una gasa o algodón taponando el pabellón de la sonda, con lo que se consigue un vaciamiento lento, gota a gota.

Cuando la hematuria ya se ha presentado, debe hacerse un tratamiento etiológico, para lo cual es preciso conocer la afección causal. Según su naturaleza, será el tratamiento: médico (con el antibiótico adecuado en una infección hemorrágica), instrumental (la extracción endoscópica de un cálculo ureteral que produce hematurias) o quirúrgico (como la nefrectomía en un hipernefroma o la cistectomía parcial en un papiloma degenerativo).

2. *Tratamiento según la localización.* — Hasta que pueda realizarse un tratamiento etiológico, deben seguirse las siguientes normas terapéuticas, si los caracteres de la hematuria, forma de aparecer y síntomas que la acompañan permiten reconocer el órgano de donde procede la sangre.

a) *Hematurias de origen renal.* — Reposo en cama, aplicación de paños fríos o bolsa de hielo en la región lumbar afectada; suprimir todo cuanto pueda congestionar el riñón (bebidas calientes y alcohólicas); alimentación suave (suprimir sales, sustancias irritantes, albúminas, grasas, ácidos); líquidos abundantes para evitar la deshidratación y la cristalización de sales, que pueden dar lugar a la formación de cálculos.

Suprimir también los específicos del grupo de la hexametilentetramina, sulfamidas y todos los fármacos con acción cristalizadora o irritante sobre el parénquima renal.

En las hematurias por procesos inflamatorios de la pelvis renal (pielitis hemorrágicas) son eficaces los lavados de la pelvis, previo cateterismo endoscópico ureteral, con una solución de nitrato de plata al 1'5 por ciento.

En las grandes hematurias por congestión renal, por ejemplo en el riñón poliquístico o en las nefritis hemorrágicas rebeldes, está indicada la decapsulación renal.

Cuando la hemorragia renal es muy intensa y persistente (grandes traumatismos, neoplasias sangrantes), rebelde a todos los tratamientos, y pone en grave peligro la vida del enfermo, debe actuarse quirúrgicamente, con una intervención reparadora, siempre que sea posible. Cuando no puede hacerse una preparación, por destrucción total del parénquima, y el riñón opuesto es sano, está indicada la nefrectomía, «nefrectomía de hemostasia».

b) *Hematurias de origen vesical.* — Cuando los hemostáticos generales no son suficientes para cohibir una hematuria vesical, debe hacerse hemostasia local.

Después de un cateterismo uretral con sonda blanda de goma (nelatón) y lavar cuidadosamente la vejiga, hasta que el líquido salga claro, pueden hacerse lavados con diversas sustancias: preparados de adrenalina en solución acuosa o de coagulen, al 10 por ciento; de nitrato de plata al 1 por mil, o de antipirina a la misma concentración y hasta el 40 por mil en casos graves.

Si se forman en la vejiga coágulos de gran tamaño, cateterismo evacuador, pues al dificultar la evacuación de la orina y distender más la pared vesical, aumenta la hematuria. La sonda permanente en estos casos, con un control permanente de su permeabilidad, es muy útil.

Cuado el cateterismo evacuador no da resultados y se produce retención completa de orina, está indicada la cistotomía. En algunas ocasiones la sangre coagulada forma una masa sólida que llena toda la vejiga («vejiga coagulada»).

c) *Hematurias de origen uretral.* — En las producidas por «falsas vías» en la uretra posterior, se coloca con toda delicadeza, garantía de asepsia y sin forzar su introducción, una sonda permanente. La misma medida es útil en las hemorragias del cuello vesical, especialmente por hipertrofia prostática.

En las hematurias más pequeñas pueden hacerse instilaciones con hemostáticos (solución de adrenalina al 1 por mil). En las hematurias uretrales persistentes es muy útil la uretroscopia, pues además de precisar su origen, puede tratarse por electrocoagulación de la zona sangrante.

Las hemorragias de la uretra anterior se cohiben colocando un vendaje compresor, después de introducir en uretra una sonda blanda algo gruesa.

3. *Tratamiento general de las hematurias.* — Son las medidas generales para cohibir la hemorragia, actuando sobre ella misma, sin tener en cuenta el órgano afectado ni la afección que la produce.

El tratamiento se realiza en este caso utilizando los fármacos y medidas habituales para cohibir cualquier hemorragia. Fármacos que actúan sobre los vasos sanguíneos, que aceleran la coagulación de la sangre, por componentes específicos estimulantes, por sustancias extrañas que aceleran la coagulación, o por movilización de otros factores coagulantes.

Cuando sea preciso, debe hacerse una transfusión de sangre, teniendo en cuenta no sólo su valor de aporte reparador, sino también el poder hemostático de las pequeñas transfusiones.

B) El dolor

El dolor es uno de los síntomas urológicos más frecuentes, que en determinadas afecciones adquiere carácter paroxístico. No obstante, esta sensación tan penosa para el enfermo no suele guardar relación con la importancia y gravedad de la causa determinante. En las afecciones urológicas es frecuente que un dolor intenso corresponda a afecciones de escasa gravedad, en tanto que en graves afecciones sólo aparece en fases muy avanzadas.

Para valorar la significación patológica del dolor en las urgencias urológicas, hay que distinguir el dolor «localizado», que se percibe en el órgano o en la vecindad del órgano afectado, y el dolor «reflejo», que se percibe a distancia del punto de la lesión.

Los dolores más intensos del riñón se producen por distensión violenta de este órgano —es el llamado cólico nefrítico—, en los grandes traumatismos y en el infarto renal.

El cólico nefrítico se caracteriza por un dolor agudísimo que suele aparecer bruscamente, localizado en región lumbar y que se irradia a trayecto ureteral. Se acompaña de vómitos, paresia intestinal, oliguria, polaquiuria a veces. El enfermo, inquieto, busca las más variadas posturas para atenuar su dolor. La causa más frecuente es la litiasis; pero no olvidar que puede producirlo también la eliminación de un coágulo, hidronefrosis intermitentes, acodaduras ureterales, estenosis, compresiones paraurológicas, etc.

En los traumatismos renales el dolor no es siempre intenso, pero en ocasiones alcanza tal intensidad que provoca síncope y estado de shock.

El infarto renal ocasiona un dolor paroxístico, lumbar o abdominal, sin irradiaciones, rebelde a los opiáceos, generalmente acompañado de colapso. Puede confundirse con el dolor de una pancreatitis aguda o trombosis de los vasos mesentéricos.

Los dolores más agudos del uréter los determinan factores obstructivos (principalmente litiasis) y estenosantes (neoplasias, compresiones paraureterales). En la vejiga, los dolores más agudos los producen la retención completa de orina, por causas muy diversas; la litiasis acompañada de cistitis aguda, y las neoplasias

infiltrantes. En la próstata, los dolores más agudos corresponden a los abscesos parenquimatosos. En la uretra, las uretritis agudas y las neoplasias. En los órganos genitales masculinos, los dolores más acusados se presentan en la orquitis, epididimitis aguda, cólico vesicular y torsión del testículo.

Tratamiento

El tratamiento ideal del dolor agudo, como en la hematuria, es el etiológico: *tratamiento de la causa que lo produce.*

Si no puede suprimirse la causa del dolor, *suprimir sus efectos* con el tratamiento adecuado. Así, por ejemplo, en los dolores agudos de un cólico nefrítico, la aplicación de espasmolíticos; si es muy duradero, cateterismo ureteral para suprimir el bloqueo del riñón; y de carácter quirúrgico en otros casos, por ejemplo la ureterostomía cutánea en un cáncer vesical.

Cuando ninguno de estos medios resulta eficaz o no están indicados, el tratamiento debe hacerse por *interrupción de las vías conductoras* del dolor, a distintas alturas, utilizando fármacos o la intervención quirúrgica.

a) *Por acción de fármacos.* — Pueden aplicarse en los *receptores propios* que recogen los estímulos dolorosos. Estos efectos producen los anestésicos locales (cocaína, novocaína, xilocaína) o los compuestos halogenados del tetraetilamnio (TEA), que actúan bloqueando los receptores del dolor.

O en las *vías de conducción,* por interrupción fisiológica de los trayectos nerviosos (alcoholizaciones, infiltraciones de novocaína, alipina, histamina), cortando la comunicación entre los elementos receptores y el cerebro. Por este mecanismo actúan las infiltraciones del esplácnico, suprimiendo el dolor renal; de los nervios erectores en los grandes dolores de la vejiga, o en la porción terminal de la medula.

O en los *centros superiores,* en el tálamo, interrupción de la conducción por los analgésicos análogos al piramidón; o en el cortex, estación terminal de estas vías, por efecto de ciertos fármacos como la morfina.

b) *Por interrupción quirúrgica.* — Está indicada en los dolores intensos, rebeldes y persistentes, que hacen muy penosa la vida del enfermo. La sección de las vías del dolor puede hacerse a diversos niveles.

En los *trayectos nerviosos eferentes.* En la vejiga, la neurectomía presacra. Con la técnica de Richer (sección del nervio presacro, resección de los nervios hipogástricos con sección de las ramas sacras del simpático, resección del ángulo posterosuperior del plexo hipogástrico y sección de los nervios erectores); o la de Thierman (por vía sacrocoxígea, resección de los nervios hipogástricos y los pelvianos).

En el riñón, las técnicas ideadas para interrumpir el estímulo doloroso son muy numerosas: esplanicotomía unilateral de Pende y Elliot, y la bilateral de Etienne Martin; denudación nerviosa arterial, enervación completa del pedículo, desde la aorta hasta el hilio; simpatectomía subdiafragmática (Adson); esplanicectomía subdiafragmática bilateral; esplanicectomía extrapleural, o esplanicectomía y simpatectomía toracolumbar transdiafragmática.

En las *vías de conducción*: rizotomía (sección de las raíces anteriores de los nervios raquídeos, de la sexta dorsal o la segunda lumbar). Puede hacerse también la sección quirúrgica del tracto espinotalámico.

En el *cerebro* se han señalado ciertas técnicas, poco aplicadas en la práctica, pero que indican la posibilidad de actuar en todo el circuito nervioso de las vías conductoras del dolor (lobulotomías y topectomías).

C) Anuria

Es la ausencia absoluta de secreción urinaria. El hecho que ocupa el primer plano en estos enfermos es que no orinan; pero ante esta circunstancia, común a dos síndromes urinarios importantísimos, la anuria y la retención de orina, ambos muy graves, pero de patogenia y tratamiento completamente distintos, hay que aclarar urgentemente de cuál de los dos se trata. La diferenciación clínica es bien fácil: basta comprobar la permeabilidad de la uretra e introducir una sonda hasta la vejiga. Si el enfermo lleva bastante tiempo sin orinar y la vejiga está vacía, se trata de una anuria; si, por el contrario, la vejiga retiene orina, se trata de una retención.

Evolución y pronóstico

Rara vez se resuelve espontáneamente la anuria. Con el tratamiento médico la secreción de orina suele tardar en aparecer uno o dos días; si pasado este tiempo no desaparece la anuria, es preciso actuar enérgicamente. Algunas veces, raras, la diuresis reaparece entre los seis y siete días. La evolución de la anuria, abandonado el enfermo, es fatal; muere a los diez o doce días. A la extrema gravedad de este síndrome puede sumarse la propia de la afección que lo produce.

Pero en la mayor parte de los casos se obtienen excelentes resultados si se realiza un tratamiento bien orientado y en momento oportuno. Puede afirmarse, por este motivo, que, salvo raras excepciones, el hecho de que el pronóstico sea fatal o favorable está en las manos del médico. Sólo en los casos con destrucción del parénquima renal, graves procesos, complicaciones sobreañadidas, o si el enfermo llega demasiado tarde al médico, es cuando el pronóstico es fatal.

Cuando la anuria se trata correctamente, excluyendo las circunstancias de gravedad señaladas, la anuria se supera casi siempre con una gran poliuria compensadora y mejoría progresiva.

Actitud del médico ante una anuria. — Normas generales:

a) Precisar si se trata de una anuria (interrogatorio, palpación en hipogastrio, cateterismo uretral).

b) Sentir la responsabilidad de que la acción médica, bien orientada y realizada en momento oportuno, puede salvar en la mayor parte de los casos la vida del enfermo, y actuar en consecuencia.

c) Antes de emprender el tratamiento, aclarar la causa de la anuria (interrogatorio, exploración clínica detenida del aparato urinario, análisis de sangre, radiografía simple, exploraciones complementarias, etc.), agotar todos los medios posibles para conseguir el diagnóstico etiológico.

d) Estudio general del enfermo (especialmente del aparato circulatorio, respiratorio, sistema nervioso, presión arterial, temperatura, etc.).

e) Si se ha conseguido un diagnóstico etiológico, en cuyo logro el médico debe poner todo su empeño, suprimir o hacer un tratamiento racional sobre la causa que produce la anuria.

f) Intentar, por todos los medios al alcance del médico, restablecer la diuresis.

g) Entretanto se consiguen estos objetivos terapéuticos, ayudar al enfermo a soportar la anuria, corrigiendo los desequilibrios electrolíticos y las alteraciones metabólicas que presente.

Plan de actuación concreta

Para conseguir estos objetivos se han propuesto innumerables tratamientos: médico (estimular los epitelios secretores, normalizar la función circulatoria, hidratar y reclorurar al enfermo, etc), fisioterapia (masoterapia, diatermia, onda corta, faradización), instrumental (cateterismo uretral, distensión de la vejiga, cateterismo ureteral), quirúrgico (supresión de la causa, denervación renal, decapsulación, nefrostomía).

Entre todos ellos se seleccionan los que en su aplicación a la práctica demuestran ser de mayor eficacia. Ante estos enfermos es peligroso acumular medidas terapéuticas sin orden ni concierto. En este sentido se señala cuál debe ser la actitud del médico en cada momento:

Primer día. — Interrogatorio detenido. Exploración clínica del aparato urinario y general del enfermo. Determinaciones sanguíneas, especialmente urea y cloruros. Cateterismo uretral (para comprobar la anuria y controlar la diuresis, si se restablece). Iniciar una historia clínica detallada (antecedentes, principio de la enfermedad, cuadro clínico actual, pulso, temperatura, presión arterial, etc.). Dieta líquida, agua azucarada, con cloruro sódico (caldo vegetal salado) y bicarbonatada. Hamburguer aconseja, si el estado del enfermo lo permite, dieta rica en calorías (1.800 en veinticuatro horas) y pobre en prótidos y en potasio. Suero fisiológico gluco-salino. En conjunto, la administración de líquidos debe ser de unos 1.000 c. c. al día. Tónicos cardíacos, antibioterapia si hay fiebre, etc.

a) Si se ha conseguido el diagnóstico etiológico de la anuria, hacer un tratamiento dirigido, adecuado al enfermo.

b) Si en la exploración se halla un cálculo (causa la más frecuente de las anurias excretoras), iniciar el tratamiento propio de este proceso, para liberar las vías excretoras (espasmolíticos, cura de diuresis, disolventes de ácido úrico, pequeñas dosis de estrógenos, etc.). Infiltración de esplácnicos y del pedículo renal (20 c. c. de novocaína al 1 por ciento).

c) Si no se ha precisado la causa de la anuria: inyección de acetilcolina (cloruro, 0'10 gr.), que puede repetirse a las ocho horas. Distensión de la vejiga a través de la sonda uretral, con suero fisiológico templado. Inyección endovenosa de novocaína (10 c. c. al 1 por ciento).

Segundo día. — Además de las normas generales ya señaladas, persistir con la administración de acetilcolina, novocaína endovenosa y la infiltración de esplácnicos y del pedículo renal (en el lado opuesto al día anterior).

Si se trata de un litiasis, insistir en las medidas tomadas para su tratamiento el día anterior, e intentar su extracción por vía endoscópica.

Tercer día. — Cateterismo ureteral endoscópico, con objeto de comprobar la permeabilidad de las vías excretoras y suprimir el reflejo inhibidor urétero-renal. Realizada esta práctica, en momento oportuno, da resultados sorprendentes. Conviene dejar el catéter permanente y utilizarlo para el lavado y distensión de la pelvis renal con suero salino caliente.

Si se trata de una litiasis, y las medidas ya tomadas para su tratamiento no han dado resultado positivo, extracción quirúrgica del cálculo (pielotomía, ureterolicectomía, etc.).

Cuarto día. — Insistir en la terapéutica prescrita. Exploración muy detenida del estado general del enfermo. Nueva determinación de elementos sanguíneos: urea, creatinina, cloruros, sodio, potasio. Controlar y regular cuidadosamente el equilibrio sodio-potasio. Persistir con la novocaína intravenosa e infiltración de esplácnicos y del pedículo renal. Aplicar toda la medicación conveniente, pero sin excesos, para mantener el buen estado general del enfermo.

Quinto día. — Es el momento oportuno para la intervención quirúrgica. Si la anuria no se ha resuelto en este tiempo, las lesiones renales aumentan, el estado general del enfermo empeora, las alteraciones metabólicas se agravan y el equilibrio químico del organismo empieza a ser inestable. No dejar pasar nunca este momento.

El objeto de la intervención es tratar la causa de la anuria. Si la causa no es desconocida, la intervención quirúrgica consiste en la decapsulación renal o en la nefrostomía, según las circunstancias del enfermo y los caracteres del riñón. Estas técnicas dan resultados sorprendentes. Intervención fácil para un cirujano adiestrado, rápida y poco traumatizante. En el momento actual de nuestros conocimientos, y dados los resultados excelentes, en frase de COUVELAIRE, no debe dejarse jamás morir a un anúrico sin haberle tratado quirúrgicamente.

Si la intervención se realiza demasiado tarde, aun cuando la diuresis se restablezca, hay el riesgo de que aparezca una oliguria progresiva, seguida de anuria irreversible.

Ante las anurias rebeldes

Cuando las medidas terapéuticas señaladas no han dado resultado, la acción médica debe encaminarse a mantener artificialmente el equilibrio químico normal del organismo.

En estos casos, en los que el enfermo se ha convertido en un urémico, no queda más recurso que el riñón artificial, la diálisis transperitoneal, la perfusión intestinal o la exanguino-transfusión.

De todos ellos, el más importante y en el que caben mayores esperanzas es el *riñón artificial*. Constituye un adelanto considerable en el tratamiento de las anurias reversibles, pero requiere, como todos los medios de depuración extrarrenal, oportunidad, prudencia y una cuidadosa atención del urólogo y del bioquímico. El riñón antificial consiste en suplir la acción filtradora del parénquima renal con un aparato cuyo elemento principal es una membrana de celofán, a través de la cual se hace pasar la sangre, para, después de la diálisis depuradora, introducirla de nuevo en el organismo.

La *diálisis transperitoneal* tiene por objeto inyectar intraperitonealmente una solución dializadora en perfusión continua, al mismo tiempo que con otro trócar se aspiran las sustancias de deshecho. El lavado peritoneal puede hacerse de forma continua o intermitente. Las soluciones propuestas son muy variadas, generalmente contienen CINa (del 8 al 18 por ciento), dextrosa (del 42 al 50 por ciento). Dosis pequeñas de heparina (1 mg. por mil c. c.) para evitar la formación de fibrina, y algún antibiótico como profilaxis de la infección.

La *perfusión gastrointestinal* se realiza con suero hipertónico, de composición adecuada a las exigencias químicas del organismo en cada momento, a través de una sonda introducida en estómago o hasta yeyuno. La técnica es sencilla, pero tiene el inconveniente de la absorción importante de líquidos y sales, lo que obliga a controlar y regular la hidratación y los electrólitos.

La *exanguino-transfusión* tiene por objeto renovar la sangre del enfermo, que contiene los elementos nocivos acumulados a causa de la anuria, por sangre normal. Esta técnica requiere la sangría y transfusión de gran cantidad de sangre. Es el método de elección en las intoxicaciones recientes por CO, en las hemólisis y en las diátesis sanguíneas.

* * *

Todas estas prácticas, tratamientos «de espera», son muy útiles para superar por algún tiempo las consecuencias de la intoxicación urémica, indicadas, por lo tanto, en las anurias reversibles; pero, desgraciadamente, de escasa eficacia en las anurias duraderas con graves lesiones del parénquima renal.

D) RETENCIÓN COMPLETA DE ORINA

Consideramos como retención completa de orina la imposibilidad de emitir la orina contenida en la vejiga, produciendo una distensión violenta de ésta y un cuadro clínico agudo, grave y muy doloroso. Queda así hecha la distinción con la retención completa crónica: retención pasiva, producida principalmente por falta de capacidad contráctil de la vejiga y sin alteraciones importantes de las vías excretoras terminales.

FISIOPATOLOGÍA

En las primeras doce horas, la vejiga distendida se contrae voluntariamente. Las contracciones van siendo más intensas y más frecuentes, hasta llegar a un límite a partir del cual la vejiga empieza a perder su capacidad contráctil. Sucede este hecho en las doce horas siguientes; pero para compensarlo en parte, siguen contrayéndose los músculos abdominales.

La fisiopatología de la retención completa y aguda de la orina se caracteriza por alteraciones del aparato urinario, del metabolismo hídrico y de los electrólitos, y por alteraciones cardiovasculares.

Alteraciones del aparato urinario. — La distensión de la vejiga produce una congestión intensa de este órgano, que alcanza progresivamente a los uréteres y al riñón; al sistema cava y al sistema porta, con la consiguiente repercusión en el aparato circulatorio y pulmonar.

En la vejiga y en las vías urinarias excretoras se produce una descamación epitelial, cuando la retención es muy intensa, transformándose en un órgano de reabsorción de las sustancias ya eliminadas por el riñón y de toxicidad superior a las retenidas en la sangre, forzando el trabajo renal al obligarle a eliminarlas de nuevo.

En el riñón, la presión intracanalicular produce un aplastamiento del epitelio de los tubos renales, alterándose también la función glomerular, con la consiguiente retención de los cuerpos precursores de la urea.

Alteraciones del metabolismo hídrico y de los electrólitos. — La reabsorción de sustancias tóxicas por las vías excretoras, y la insuficiencia renal, determinan retención ureica, importantes modificaciones del metabolismo hídrico y de los electrólitos, del equilibrio ácido-base y del metabolismo del potasio.

Se produce deshidratación, con disminución de líquidos extracelulares; hipocloremia, hiperpotasemia, y, en las fases más avanzadas, acetonemia y acidosis.

La hiperpotasemia se acentúa por la destrucción tisular, y la deshidratación e hipocloremia, por los vómitos repetidos.

En suma, la retención completa en fases avanzadas produce modificaciones del metabolismo hídrico y de los electrólitos; desequilibrio ácido-base; retención de cuerpos precursores de la urea; sulfatos ácidos y fosfatos; uremia, hipocloremia e hiperpotasemia. Si al cuadro clínico se añaden los vómitos y la destrucción de los tejidos, aumenta de una parte el grado de deshidratación y la hipocloremia, y de otra, la hiperpotasemia, la acetonemia, la acidosis y la uremia.

Alteraciones cardiovasculares. — La retención aguda produce congestión sanguínea, además del aparato urinario, en otros órganos, especialmente en el pulmón, hígado y bazo.

Se produce también taquicardia, arritmias e hipertensión, esta última por estímulo sobre los factores hipertensivos de la vejiga y, en fases más avanzadas, del riñón.

Clínica. — Puede aparecer bruscamente en un sujeto sin haber tenido ninguna alteración miccional, o, lo que es más frecuente, al final de un período de polaquiuria y disuria.

La retención completa aguda de orina se presenta con mayor frecuencia en el hombre, por afecciones prostáticas; pero retención completa no equivale a prostatismo; puede presentarse en todas las edades y en ambos sexos.

Cuando aparece la retención, el enfermo siente necesidad violenta de orinar intenta vaciar la vejiga, pero no lo consigue a pesar de grandes esfuerzos. Los deseos de micción se van acentuando, son dolorosos y producen una situación angustiosa. El enfermo cambia constantemente de posición, está intranquilo y se lleva las manos al hipogastrio.

Las contracciones que al principio se hacen con esfuerzos voluntarios, se producen después involuntariamente, con crisis muy penosas de agudización, entre fases de agitación y de agotamiento. No tarda mucho en aparecer un estado de postración, subdelirante, por agotamiento de dolor y como manifestación de la toxemia urinaria.

Si la retención se vence, el enfermo encuentra rápidamente el descanso y una sensación de bienestar, apareciendo una poliuria muy intensa. Por el contrario, si la retención no se resuelve, la agitación del enfermo aumenta, los síntomas de toxemia y uremia se acentúan y el enfermo muere entre los tres o cinco días. Otra eventualidad es que la orina acumulada a presión en la vejiga pueda dar lugar a una incontinencia paradójica por rebosamiento, y muy raro, que se produzca la rotura de la vejiga.

Actitud del médico ante la retención

La actitud del médico ante la retención es la que debe adoptarse siempre ante todo síndrome; es decir, aclarar cuáles son las causas que lo producen y actuar directamente sobre éstas. Pero cuando el síndrome adquiere tal intensidad que no sólo altera la función, sino que la impide, el médico debe actuar como si se tratase de una enfermedad grave y trascendente.

Tratamiento

Si la retención es completa, la actuación ideal del médico consiste, si este objetivo es posible, en tratar directamente la afección que la ocasiona. Si este ideal no puede conseguirse, resolver con rapidez la retención, sin perder tiempo, sintiendo la responsabilidad de que si no se actúa con eficacia, el pronóstico es fatal.

A) *Tratamiento etiológico*

Es el tratamiento ideal. Su orientación es tan variada como variadas son las alteraciones orgánicas y los trastornos funcionales susceptibles de producir la retención.

Tratamiento que puede ser médico, como la antibioterapia en una uretritis aguda congestiva o el tratamiento hormonal en una hipertrofia prostática incipiente; instrumental, tales como la dilatación en la estenosis congénita del cuello vesical o la extracción endoscópica de un cálculo; o quirúrgica, desde la cirugía reparadora de un traumatismo de la uretra-perineal a la prostatectomía radical en un cáncer de próstata.

B) *Tratamiento de la retención*

Para tratar la retención puede utilizarse el cateterismo uretral evacuador, la «talla vesical» y la punción de la vejiga.

1) *Cateterismo uretral.* — Debe iniciarse con una sonda de goma blanda (Nelatón) de calibre reducido; si la sonda encuentra dificultad o se dobla, puede reforzarse introduciendo en su interior una bujía fina. Si no se consigue vencer el obstáculo, emplear una sonda acodada o biacodada, de seda endurecida o de material plástico, o un mandril curvado introducido en la sonda de goma.

En ciertas retenciones, un simple cateterismo supera la retención completa y el enfermo vuelve a orinar, aun cuando, generalmente, queda en situación de retención incompleta. Si a pesar del cateterismo persiste la retención, hay que recurrir al cateterismo periódico o a la sonda permanente.

2) *Talla vesical.* — Cuando el cateterismo uretral resulta imposible por falta de permeabilidad de la uretra o del cuello vesical, debe recurrirse sin tardanza a la «talla» vesical, que consiste en hacer un ojal en la vejiga, previa incisión longitudinal suprapúbica, separación de los músculos rectos y rechazamiento del fondo de saco peritoneal.

Si es posible y el estado general del enfermo lo permite, debe tratarse en este acto operatorio la causa de la retención. Si este tratamiento etiológico no puede realizarse en este momento, hay que dejar transitoriamente una sonda en hipogastrio, hasta que se normalice definitivamente la permeabilidad de las vías urinarias interiores.

3) *Punción de la vejiga.* — Debe recurrirse a esta medida en último extremo, sólo cuando el cateterismo uretral resulta imposible y cuando la «talla» no puede realizarse.

Es una solución transitoria y no exenta de peligros. Colocado el enfermo en decúbito supino y desinfectada la piel, se hace la punción con una aguja de «raqui» o un trócar fino, sobre el borde superior del pubis y dirigida hacia abajo y adelante, con el fin de eludir el fondo de saco peritoneal. Al llegar a la pared de la vejiga se aprecia una ligera resistencia que cede fácilmente. Colocada la aguja en posición correcta, se aspira la orina. Terminado el vaciamiento, conviene introducir algún antibiótico, asimismo, a medida que se va retirando la aguja, para que quede infiltrada la zona de punción.

C) *Tratamiento de sus consecuencias*

En una retención completa y aguda, que se ha tardado en resolver, el médico no ha terminado su actuación aun cuando haya resuelto la retención y, al mismo tiempo, la causa que la ha producido. Debe tratar también las graves alteraciones que ocasiona una retención completa y aguda duradera.

Las consecuencias de la retención pueden manifestarse, como se ha señalado en la fisiopatología de la misma, en el aparato urinario o en todo el organismo. Las primeras tienden a regresar una vez que la retención ha desaparecido, pero debe ayudarse a esta regresión con los tratamientos adecuados. Pero las alteraciones generales, aun desaparecida la retención, pueden ocasionar la muerte del enfermo. Por esta razón hay que controlar las alteraciones del equilibrio químico y metabólico, en plena retención y después de superada, para corregirlas adecuadamente: uremia, deshidratación e hipocloremia, desequilibrio ácido-base, hiperpotasemia y, en fases más avanzadas, acetonemia y acidosis.

Si la retención ha sido muy prolongada, al suprimirla se produce una eliminación excesiva de líquidos y de electrólitos, que puede agravar la situación. En estos casos graves hay que aportar una ayuda complementaria al esfuerzo del riñón, insuficiente por sí mismo para normalizar el equilibrio químico después de la situación precaria producida por la retención.

E) TRAUMATISMOS

El aparato urinario puede responder al traumatismo con lesiones distintas, principalmente las contusiones, cuando no hay heridas de los planos superficiales, al menos heridas comunicantes con el órgano lesionado, o heridas cuando, además de en los órganos, existen lesiones comunicantes en los planos superficiales. Otra respuesta es a los grandes traumatismos generales, concretamente el síndrome de «cruhs» renal.

Traumatismo del riñón

Distinguimos las contusiones, las heridas y el síndrome de «crush» renal.

A) *Contusiones del riñón.* — Establecer el pronóstico de una contusión renal ofrece siempre dificultades. Si resulta habitualmente fácil diagnosticar la contusión renal, es muchas veces difícil apreciar su gravedad. Es difícil prever la evolución de un traumatismo renal. Existen casos que en el primer momento parecen graves y que posteriormente evolucionan favorablemente; y, por el contrario, otros en los que la primera impresión es de una lesión intrascendente, ratificada los primeros días por una recuperación rápida del enfermo, pero que se agravan en forma imprevista y súbita, ocasionando un desenlace fatal si no se actúa con rapidez y con destreza.

En principio, y por esta razón, el pronóstico debe ser siempre reservado, aun cuando todos los datos sean muy favorables. El traumatismo renal requiere hospitalizar al enfermo y tomar todas las medidas necesarias para intervenir en cualquier momento si fuera preciso, y prestar la máxima atención a las más pequeñas eventualidades que vayan presentándose en los primeros días. Sólo después de transcurrido un mínimo de tres semanas puede hacerse un pronóstico favorable, pero con las reservas de posibles complicaciones o secuelas ulteriores.

Datos que deben tenerse en cuenta para valorar la evolución y el pronóstico son: estado general del enfermo, evolución de la hematuria y del hematoma perirrenal, curva del pulso, variaciones de la presión arterial, el análisis de sangre, existencia de lesiones en otros órganos y las posibles afecciones sobreañadidas.

Indicaciones terapéuticas

No es fácil formular un plan general concreto de tratamiento, pues debe orientarse según las características de cada caso.

Como norma general, debe seguirse una conducta expectante si la situación del enfermo lo permite. Muchas contusiones curan espontáneamente.

Pero al mismo tiempo que este criterio de abstención, es indispensable una vigilancia atenta y prolongada, aprovechando el tiempo para reunir el mayor número posible de datos diagnósticos, muy útiles para decidir una rápida intervención si la evolución del proceso lo requiere.

Normas más concretas pueden señalarse teniendo en cuenta tres circunstancias: los casos benignos, los casos graves, las situaciones intermedias. ¿Qué hacer en estas circunstancias?

1.º *Tratamiento médico en los casos benignos.* — Si la hematuria no es muy intensa, aunque sea persistente, y si el hematoma perirrenal no tiene evidente tendencia al crecimiento, está indicado un tratamiento médico: inmovilización en cama, compresión suave con vendaje blando, bolsa de hielo en la zona afectada, administración de suero glucosalino, antibióticos y antisépticos urinarios, tónicos cardiovasculares, hemostáticos.

Si hay retención de orina, por haberse coagulado la sangre en vejida, sondaje muy cuidadoso con las máximas garantías de asepsia, y extraer los coágulos por lavado y aspiración.

2.º *Tratamiento quirúrgico en los casos graves.* — En realidad, como opina MARION, las indicaciones operatorias no deben basarse sobre la existencia de una lesión renal, sino sobre el hecho de que esta lesión provoque una hemorragia que ponga en peligro la vida del enfermo. Por esto, y como norma general, no debe intervenirse en el período inmediato al traumatismo. Antes es preciso poner los medios necesarios para recuperar al enfermo si está en estado de «shock» y vigilarlo atentamente si la situación es inquietante.

Las grandes hematurias persistentes, el aumento rápido y progresivo del hematoma perirrenal y la ruptura intraperitoneal, aconsejan la intervención quirúrgica inmediata.

Existe también indicación quirúrgica cuando el enfermo se agrava algunos días después del traumatismo. Aun cuando se haya recuperado el estado general del enfermo, debe intervenirse quirúrgicamente en las grandes hematurias secundarias, en el crecimiento rápido del hematoma perirrenal y ante el cuadro de un derrame uro-hemático intraperitoneal. En algunos enfermos, estas dos últimas incidencias se presentan por explosión de la cápsula perirrenal. Existe también indicación quirúrgica cuando se presenta fiebre elevada, leucocitosis, polinucleosis, etc., que revelan supuración del hematoma perirrenal.

3.º *Actuación de los casos intermedios.* — Seguir una conducta expectante, tratamiento médico adecuado a las circunstancias del enfermo, vigilancia atenta y disposición para intervenir quirúrgicamente y con rapidez si es preciso.

a) *Precozmente.* — Aun cuando la evolución anterior haya sido buena, la aceleración del pulso, el descenso brusco de la presión arterial, el aumento pro-

gresivo de la hematuria o del hematoma perirrenal o el dolor abdominal agudo con sospecha de lesión intraperitoneal, aconsejan la intervención quirúrgica inmediata.

b) *Pasados algunos días.* — Cuando el estado general no mejora y el enfermo se va agravando paulatinamente, y la presión arterial mínima va descendiendo, debe intervenirse, teniendo más en cuenta el aumento del hematoma perirrenal, signo de hemorragia interna, que la intensidad de la hematuria.

c) *Más tarde.* — A distancia del traumatismo hay indicaciones terapéuticas, si se presentan algunas de las complicaciones o secuelas antes señaladas. Indicaciones terapéuticas de tipo médico, por ejemplo en la nefritis tóxica o en la pielonefritis secundaria, o quirúrgico, como en la esclerolipomatosis, que compromete la función renal, o una hematonefrosis.

* * *

Cuando se requiera un *tratamiento quirúrgico*, la operación debe ser todo lo conservadora que sea posible. Líneas generales de la intervención son: lumbotomía, limpieza de coágulos, examen del riñón lesionado e intervención adecuada a las circunstancias del mismo.

La nefrectomía sólo debe practicarse en casos de absoluta necesidad. Está indicada en el aplastamiento total del riñón y en la roura irremediable del pedículo vascular. No es motivo suficiente el desgarro de alguna rama de la arteria renal; basta entonces con una ligadura, si es posible, o unos puntos de hemostasia.

Siempre que se pueda, debe conservarse el parénquima renal mediante la reconstrucción de este órgano. Puede hacerse por sutura de los distintos fragmentos del riñón o rodeando el riñón en diámetros distintos con cinta de catgut, que aproximan las superficies cruentas de las porciones fragmentadas. Pero, en frase de COUVELAIRE, «que el deseo de conservar no sobrepase el sentido común».

Cuando la destrucción está localizada a una parte del riñón, siendo el resto recuperable, nefrectomía parcial.

B) *Heridas del riñón*

Son menos frecuentes que las contusiones. Las heridas por instrumentos punzantes o arma blanca son muy raras. La mayor parte son heridas de guerra, por bala o metralla. Generalmente se acompañan de heridas de órganos vecinos.

Tratamiento. — Actitud expectante, cuidando la herida parietal, y vigilancia atenta del enfermo; si hay que operar, criterio conservador.

Aunque la herida sea pequeña, si aumenta el hematoma perirrenal o los signos de hemorragia interna, lumbotomía inmediata, para observar el alcance de las lesiones y hacer el tratamiento oportuno.

En caso de grandes heridas: amplio campo operatorio, limpieza de la celda renal de coágulos, e intentar la reparación del riñón, como en las contusiones. Si no hay posibilidad de reconstruir un riñón destruído o si las lesiones del pedículo vascular seccionado no pueden repararse, nefrectomía; si es posible, nefrectomía parcial.

Las grandes heridas lumbares requieren la reparación y sutura de esta zona anatómica.

Cuando existe infección prolongada hay que pensar en un cuerpo extraño que la mantiene, y proceder a su extracción.

La herida acompañada de lesiones torácicas debe tratarse por toracolaparotomía (FEY), que da campo adecuado para reparar las heridas del tórax y del riñón.

Como intervenciones secundarias, pueden señalarse: drenaje de una perinefritis, tratamiento de trayectos fistulosos, extracción de cuerpos extraños, etc.

C) *Síndrome de «crush» renal*

Grandes traumatismos extrarrenales, especialmente en las extremidades inferiores, producen una inhibición funcional del riñón, que puede ser absoluta: anuria y la consiguiente uremia.

En el síndrome de «crush» la descompensación renal aparece cuando la presión arterial es inferior a 10 mm. de Hg. Desequilibrio de la función renal, por el que disminuye la filtración glomerular. Se produce una intensa anoxemia local, mal funcionamiento del sistema tubular y, consiguientemente, anuria.

TRUETA cree que muchos de los fallos renales son por anoxia cortical. La alteración circulatoria causa un reflejo neuromuscular con isquemia, que disminuye la función excretora del glomérulo.

Tratamiento. — La transfusión sanguínea o infusión de plasma mejoran esta situación, pero la mejor solución la ofrece el riñón artificial, si no se han producido lesiones irreversibles del parénquima renal. En realidad, el tratamiento del síndrome de «crush» es el tratamiento de la anuria; pero, en este caso, el riñón artificial tiene una de sus indicaciones más eficaces. Debe actuarse con rapidez, pues la isquemia renal de cuatro horas produce la muerte.

TRAUMATISMOS DEL URÉTER

Las *contusiones* son raras; cuando se producen, suele ser en el uréter lumbar. Las *heridas* son más frecuentes, y no son las menos las operatorias, especialmente en la cirugía del recto y del aparato genital femenino.

Tratamiento. — Frente a las actitudes de hace algunos años (nefrectomía, ligadura del uréter seccionado, abandonarlo con un catéter ureteral, etc.), la cirugía ureteral reparadora y la aplicación de injertos intestinales permiten solucionar, prácticamente siempre, el problema planteado por el traumatismo.

El tratamiento depende del estado del uréter y de la zona lesionada. Tres posibilidades ofrece la cirugía reparadora: anastómosis urétero-ureteral, neoimplantación del uréter, o neouréter de sustitución.

La mejor ureterorrafia es la término-terminal elíptica. Requiere segmentos fácilmente desplazables, cabos sanos, buena vascularización y catéter ureteral tutor.

La nueva implantación del uréter puede hacerse en la pelvis renal o en el cáliz inferior. La implantación en vejiga conviene hacerla cerca del meato ureteral normal, a no ser que requiera tracción forzada, en cuyo caso es mejor abocarlo en la cúpula.

El uréter de sustitución, cuando el traumatismo produce destrucción de un segmento considerable, puede hacerse a expensas de la vejiga, con un colgajo rectangular tubulado (BOARI), o con segmentos intestinales: ileon, colon, apéndice, etcétera.

TRAUMATISMOS DE LA VEJIGA

La mayoría de los traumatismos vesicales se producen cuando por replección se transforma la vejiga en órgano abdominal.

Las simples *contusiones*, con lesiones parciales de la pared, suelen pasar desapercibidas. Los llamados *desgarros*, lesiones extraperitoneales de la vejiga, se producen por arrancamiento (sección de los ligamentos vésico-pubianos, penetración de un segmento óseo (fracturas pelvianas), o en ciertas intervenciones quirúrgicas (resección transuretral, tumores del cuello de la vejiga). Se reconocen por tumoración en hipogastrio, rara vez perineal; cateterismo fácil, con escasa evacuación de orina; tenesmo con imposibilidad de orinar; y, sin tardanza, los signos generales de infección. Las *roturas*, nombre aplicado habitualmente a las lesiones intraperitoneales, crean un cuadro muy grave: shock, dolor muy agudo, a veces sincopal; escasa orina sanguinolenta; estado nauseoso; pulso pequeño y rápido; defensa abdominal, y todos los signos de peritonitis.

Tratamiento. — Las *contusiones* curan fácilmente con la vejiga en reposo (sonda permanente).

Los *desgarros* requieren intervención quirúrgica: incisión subpubiana, si el desgarro es anterior, o perineal, si es posterior; limpieza del campo, regularizar los bordes y sutura. En el postoperatorio, sonda permanente.

Las *roturas* requieren rapidísima actuación: recuperar el estado general del enfermo, laparotomía inmediata, observación y limpieza de la cavidad peritoneal, reconstrucción de la vejiga, drenaje peritoneal y sonda permanente. El factor tiempo es fundamental en estos casos. Según NEGLEY, la mortalidad en las primeras doce horas es del 11 por ciento; en las segundas doce horas, el 22 por ciento; en el segundo día, un 43 por ciento.

TRAUMATISMOS DE LA URETRA

Las heridas por traumatismos desde el exterior son raras. Las *falsas vías*, por traumatismo endouretral en ciertas prácticas instrumentales e incorrectas, agravan la situación del enfermo. Se llama *rotura* al desgarro más o menos extenso del conducto uretral sin heridas de los tegumentos. Las más frecuentes, por caída a horcajadas, son de la uretra membranosa. Estas roturas, cuando son totales y extensas, crean el cuadro de mayor gravedad entre los traumatismos de la uretra.

Tratamiento. — Las heridas simples cicatrizan fácilmente sobre una sonda blanda. Si son de cierta importancia, sutura por planos. Si el desgarro es grande e irregular, producido generalmente por heridas de guerra, reparación plástica, con alguna de las técnicas de las roturas, y derivación de orina.

Las falsas vías pueden solucionarlas manos expertas, introduciendo con delicadeza una sonda adecuada (acodada, biacodada o con mandril) y dejándola a permanencia.

El tratamiento de las roturas es más complejo. Actuar tan precozmente como sea posible. Reanimación del enfermo si está en «shock». Perineotomía y, si las circunstancias del traumatismo lo permiten, uretrorrafia. Si ha transcurrido bastante tiempo y el hematoma perineal está infectado: derivación de orina y drenaje del hematoma. La reconstrucción de la uretra es aconsejable; en estos casos, dejarla para un segundo tiempo. La reconstrucción puede hacerse por restauración del término-terminal, cateterismo con aproximación de los cabos uretrales, reconstrucción espontánea sobre catéter permanente, intervenciones plásticas con la propia uretra, colgajos vesicales tubulados, injertos de intestino o arterias, y la reconstrucción sobre tubos de «teflón» o material plástico similar.

F) URGENCIAS ANDROLÓGICAS

La *torsión del testículo*, la *orquiepididimitis aguda* y la *parafimosis* son afecciones del aparato genital masculino que requieren tratamiento de urgencia.

Torsión del testículo. — Consiste en una posición anómala del testículo por torsión del cordón espermático. Se produce por excesiva longitud de éste o por ausencia del «gubernaculum». Motivado generalmente por traumatismos.

Provoca un dolor agudísimo, de aparición brusca, a veces sincopal, irradiado hacia el conducto deferente y a la región lumbar del mismo lado. Requiere tratamiento quirúrgico de urgencia; de otro modo ocasionará, por isquemia, graves trastornos en el testículo. La intervención consiste en: incisión siguiendo la dirección del conducto deferente, exposición del campo, corregir la torsión del cordón espermático, colocar el testículo en posición correcta y fijarlo a sus envolturas.

Orquiepididimitis aguda. — Puede ser metastásica, secundaria a ciertas infecciones o procesos generales (parotiditis, gripe, brucelosis); provocada por maniobras instrumentales (cateterismo uretral, dilataciones); por intervenciones quirúrgicas (resección transuretral, prostatectomía), o la llamada espontánea, con frecuencia manifestación de un proceso fímico.

El cuadro se inicia bruscamente con escalofríos, malestar general, estado nauseoso, fiebre elevada, y en el testículo, dolor, rubor y aumento de tamaño. El conducto deferente suele estar engrosado.

El tratamiento médico suele solucionar el problema, al menos de momento. Antibioterapia, corticoides, sulfamidas por vía rectal, calor local, elevación de las bolsas y, si el dolor es muy agudo, infiltración anestésica del cordón. De no formarse un absceso, no requiere intervención quirúrgica; pueden indicarla las recidivas frecuentes.

Parafimosis. — Es complicación de la fimosis cuando el anillo prepucial inextensible es de calibre reducido. Desplazado a la base del glande, forma una brida circular que dificulta la circulación de retorno, edematizando al glande y la mucosa prepucial, que aumentan considerablemente de tamaño. Si no se actúa rápidamente, la brida isquemiada se esfacela, iniciándose la necrosis en el fondo del surco y continuándose en los tejidos vecinos.

Debe intentarse siempre la reducción por maniobras manuales: presión suave sobre el glande para disminuir su volumen, e intento de reducir la parafimosis. Con los dedos índices y medios de ambas manos se impulsa el prepucio hacia adelante al mismo tiempo que los pulgares empujan el glande hacia atrás. La compresión suave con un vendaje y el empleo de hialuronidasa facilitan esta maniobra.

Si fracasa este tratamiento, debe hacerse la resección quirúrgica del anillo prepucial, con amplitud suficiente, y suturar el borde seccionado de la mucosa prepucial con la piel del miembro.

G) LAS «OTRAS URGENCIAS»

Y, finalmente, aun cuando no sea costumbre el estudiar estos temas, ¿por qué no aludir también a otras circunstancias de la patología urogenital que, de no actuar con rapidez, tendrán irremediablemente un desenlace fatal?

En el quehacer médico de cada día encontramos tantos de estos casos, que bien vale la pena fijar la atención en ellos. Unas veces es un enfermo con discreta

polaquiuria nocturna, al que se ha diagnosticado «cistitis» sin haber valorado la auténtica significación del cuadro clínico que presenta: manifestación primaria de un cáncer de próstata. Otras veces es una hematuria microscópica a la que no se concedió importancia hasta que apareció una hemorragia intensa, y un detenido reconocimiento revela un hipernefroma renal. O una dureza en el testículo, a la que, por no producir dolor alguno, no se le ha valorado como merece hasta que casualmente se observa una velocidad de sedimentación elevada, diagnosticando, tras un estudio minucioso, un teratoma insospechado.

Estas observaciones, y otras semejantes, desgraciadamente tan frecuentes en la clínica, las confirman las estadísticas sobre diagnóstico precoz. Cito, a título de ejemplo, algún dato sobre el cáncer de próstata. Según CAMPBELL, cuando en estos enfermos se diagnostica clínicamente el cáncer, sólo en un 5 por ciento de los casos está circunscrito en la glándula prostática.

Es preciso conceder mayor importancia al «síndrome mínimo», signo avisador de una enfermedad en marcha. Detectar el mal desde un principio es la base de un tratamiento eficaz. Hoy, que disponemos de tantos y tan excelentes medios de diagnóstico, es preciso avivar la intuición clínica en este sentido, sin negligencia alguna, pues si, como he señalado al principio de este trabajo, urgencia es aquello que insta a una pronta actuación y remedio, ¿no exigen también estas «otras urgencias» una actuación pronta y un remedio que sólo será eficaz si se aplica precozmente?

RESUMEN

Se pasa, con una finalidad marcadamente práctica, una amplia revista a todas aquellas alteraciones que por su carácter interno, apremiante y grave, en forma alarmante para el enfermo y para quienes le rodean, instan a una pronta actuación para su rápido remedio.

El tratamiento, siempre que las circunstancias lo permitan, debe ser esencialmente etiológico, pues nada puede tratarse bien sin saber de qué se trata.

Con este criterio se exponen los cuadros motivalos por: hematuria intensa, dolor agudo, supresión de la secreción renal; la retención completa de orina, los traumatismos graves y heridas; las urgencias andrológicas: como torsión aguda del testículo, epididimitis aguda y parafimosis; y, finalmente, otras urgencias, que pueden ser orientadoras de procesos graves.

En todos ellos se describen las características y soluciones posibles, teniendo presente que en las urgencias intervienen: el factor lesión, el factor enfermo, el médico, la terapéutica y el tiempo; siendo preciso valorar la importancia del cuadro, las posibilidades y límites de las medidas terapéuticas y el que sean aplicadas en el momento adecuado.

Domicilio: P.º Independencia, n.º 18, Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN

FIBRINOGENEMIA EN GERIATRÍA

POR

PEDRO OLIVA MENDOZA

LIMA (PERÚ)

WILLIAM HEWSON, en 1749, fue el primero que, en el trabajo intitulado «An experimental inquire in to the properties of the blood», escribió que «agitando la sangre fresca con una bagueta, se recoge una sustancia que se le adhiere» y que el resto de sangre permanece flúida. Esta sustancia química es el fibrinógeno.

En el Perú estudió, en 1939, las variaciones cuantitativas del fibrinógeno en diversos procesos morbosos, JORGE MANRIQUE, quien simultáneamente practicó la reacción de Takata; en 1941, JULIO PONS MUSSO investigó fibrinógeno en la enfermedad de Carrión; en 1949, JULIA GÓMEZ, usando la técnica de Biuret, cuantificó fibrinógeno en sujetos aparentemente sanos y enfermos; y LIDIA CASTRO LÓPEZ estudió la fibrinogenemia en hepatopatías.

Este trabajo, que estudia las variaciones cuantitativas del fibrinógeno sanguíneo en personas de edad avanzada, consta de las siguientes partes: en la primera refiero las comprobaciones que se han hecho sobre la materia; en la segunda parte describo la técnica que seguí para determinar fibrinógeno en la sangre; en la tercera, las investigaciones que realicé y la interpretación de los resultados, para terminar con conclusiones y bibliografía.

Mi gratitud 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 (Perú), por sugerirme el tema y orientarme adecuadamente; al doctor Carlos Urquiaga, jefe del Departamento de Geriatría del Hospital «Santo Toribio de Mogrovejo», por las facilidades que me brindó para llevar a cabo el trabajo; al doctor Tobías Zorrilla, que gentilmente me brindó su laboratorio para efectuar la investigación, y a la Q. F. señorita Ada Villanueva, hemeroteca ria de la Facultad de Farmacia de Lima, que me asesoró en la apreciación matemático-estadística de los resultados.

FIBRINOGENEMIA EN GERIATRÍA

El fibrinógeno es proteína plasmática que interviene en forma primordial en el fenómeno de la coagulación sanguínea.

El estudio del fibrinógeno en personas de edad avanzada, en relación con la arteriosclerosis y ligado a la coagulación sanguínea, ha proporcionado datos importantes para explicar la patogenia de esta enfermedad, ya que, según DUGUID [4], el depósito de fibrina en el endotelio de arterias y venas sería la etapa fundamental de la arteriosclerosis.

Existe estrecha relación entre coagulación sanguínea y metabolismo graso, pues la hiperlipemia alimenticia, por ejemplo, acelera momentáneamente el proceso de coagulación. También cuando hay aumento de fosfolípidos en la sangre, la coagulación se acelera. Por otra parte, la fibrinólisis es inhibida por kilomicrones de la linfa y también por los lípidos que contienen ácidos grasos saturados. Así, pues, la presencia de fibrina endógena, aunque sea en pequeñas cantidades, desempeña papel en la producción de arteriosclerosis, aunque no sea un factor indefectible, para determinar su aparición.

Como el tema de fibrinogenemia y geriatría no se ha estudiado en el Perú, me propuse investigarlo, y el resultado de las cuantificaciones se expone a continuación.

TÉCNICA PARA DETERMINAR FIBRINOGENEMIA

La investigación se efectuó en personas cuyas edades fluctuaban entre 50 y 90 años, de los dos sexos, del Hospital «Santo Toribio de Mogrovejo», de Lima (Perú), usando sangre venosa tomada de la vena cefálica del antebrazo. Extraje 5 c. c. de sangre, que se transfirió inmediatamente a frasco que contenía como anticoagulante citrato de sodio al 4 por ciento, en la proporción de un quinto de su solución. Con agitación suave, se mezcló todo, evitando la coagulación de la sangre; en seguida centrifugué a 3.500 revoluciones por minuto, para separar elementos figurados del plasma, y con pipeta *ad hoc* se transfirió el líquido sobrenadante (plasma) a tubo de prueba limpio y estéril, para determinar fibrinógeno.

La técnica que seguí para cuantificar fibrinógeno es la de Parjentev y Raferty [7], que emplea sulfato de amonio, que produce bastante enturbiamiento en el suero por actuar sobre el fibrinógeno; la cantidad de fibrinógeno se aprecia con fotocolorímetro, usando como blanco solución salina normal.

La calibración del patrón de fibrinógeno se hizo con «pool» de plasma de personas de edad media y aparentemente sanas, usando micro-Kjeldall para la apreciación cualitativa en miligramo por ciento; de ésta se tomaron alícuotas de 50, 100, 150 y 200 mg. para 100 c. c., y se confeccionó la curva de calibración, usando el fotocolorímetro Evans y filtro verde de 500 mu.

Para el cálculo de las cifras absolutas de concentración de fibrinógeno sanguíneo usé el sistema de factores conocidos.

$$\frac{\text{Concentración patrón}}{\text{Apreciación patrón}} = F$$

El factor que hallé para el fibrinógeno, según técnica de Kjeldall, en el «pool» de plasma de personas de edad media y aparentemente sanas, fue de 0'25, que usé para el cálculo de las cuantificaciones que hice.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que obtuve se exponen a continuación:

FIBRINOGENEMIA EN HOMBRES

N.º	NOMBRE	EDAD Años	DIAGNÓSTICO	FIBRINOGENEMIA
				212'50 mg. por ciento
1	H. P.	73	Cerebrosclerosis	225 » » »
2	M. A.	55	Artritis crónica	237'50 » » »
3	D. D.	50	Artritis crónica	243 » » »
4	E. F.	64	Cerebrosclerosis	250 » » »
5	J. A.	64	Cerebrosclerosis	250 » » »
6	P. O.	?	Cerebrosclerosis	250 » » »
7	C. A.	70	Cerebrosclerosis	269 » » »
8	V. A.	60	Cerebrosclerosis	275 » » »
9	J. M.	55	Bronquitis crónica	300 » » »
10	A. S.	70	Bronquitis crónica	
11	J. I.	57	Reblandecimiento subcortical. Arteriosclerosis	325 » » »
12	R. O.	75	Cerebrosclerosis	350 » » »
13	S. W.	67	Reblandecimiento silviano sup. derecho	356'25 » » »
14	S. T.	61	Reblandecimiento capsular	375 » » »
15	R. R.	77	Cerebrosclerosis	400 » » »
16	C. L.	78	Bronquitis crónica	575 » » »

El análisis estadístico de los resultados obtenidos en sujetos de sexo masculino dio los siguientes coeficientes:

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
305'87 ± 7'25	28'08 ± 5'12	9 %	212'50 - 575

FIBRINOGENEMIA EN MUJERES

N.º	NOMBRE	EDAD	DIAGNÓSTICO	FIBRINOGENEMIA
				212'50 mg. por ciento
1	P. P.	53	Diabetes	212'50 » » »
2	C. M.	60	Hemiplejía izquierda	212'50 » » »
3	J. F.	69	Colecistitis crónica calculosa	212'50 » » »
4	L. B.	83	Cerebrosclerosis	218'75 » » »
5	M. R.	76	Bronquitis crónica	225 » » »
6	E. A.	50	Diabetes	225 » » »
7	R. M.	59	Hemiplejía izquierda	231'50 » » »
8	J. P.	60	Cerebrosclerosis	231'50 » » »
9	C. F.	64	Cerebrosclerosis	231'50 » » »
10	F. P.	68	Oligofrenia	231'50 » » »
11	R. C.	70	Hipertensión arterial. Diabetes	231'50 » » »
12	I. L.	86	Senilidad	237'50 » » »
13	J. C.	75	Cerebrosclerosis	243 » » »
14	O. D.	88	Cerebrosclerosis	250 » » »
15	V. A.	62	Cerebrosclerosis	

N.º	Nombre	Edad	DIAGNÓSTICO	Fibrinogenemia
16	M. A.	53	Hipertensión arterial	250 mg. por ciento
17	E. M.	64	Cerebrosclerosis	250 » » »
18	F. F.	67	Cerebrosclerosis Hipertensión arterial	250 » » »
19	C. L.	65	Hemiplejía	250 » » »
20	D. H.	70	Oligofrenia	250 » » »
21	J. H.	76	Cardiosclerosis	262'50 » » »
22	B. A.	61	Hipertensión arterial	275 » » »
23	C. B.	69	Hemiplejía derecha, con afasia global	275 » » »
24	O. M.	53	Bronquitis crónica	287'50 » » »
25	I. Y.	67	Hipertensión arterial. Amaurosis	300 » » »
26	J. C.	65	Reblandecimiento cerebral	312'50 » » »
27	P. P.	61	Senilidad, amaurosis	325 » » »
28	A. H.	54	H pertensión arterial, amaurosis	350 » » »
29	J. L.	60	Bronquitis crónica	350 » » »
30	S. F.	52	Reblandecimiento cerebral	362'50 » » »
31	M. N.	62	Reblandecimiento cerebral	381'50 » » »
32	N. F.	90	Cerebrosclerosis	387'50 » » »
33	I. R.	57	Melancolía de involución	400 » » »
34	F. G.	83	Reblandemiento protuberancial	625 » » »

El análisis estadístico de los resultados obtenidos en mujeres dio los siguientes coeficientes:

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
284 ± 1111	64'8 ± 7'8	22 %	212'50 - 625

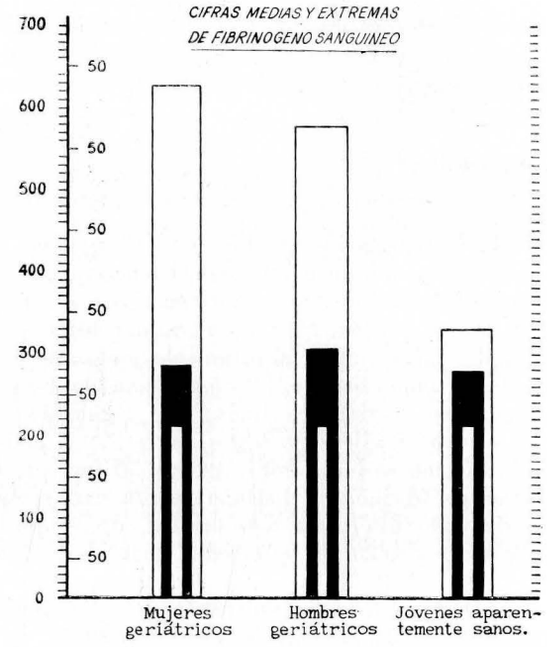
FIBRINOGEMIA EN SUJETOS APARENTEMENTE SANOS

Número	Nombre	Edad	Fibrinogenemia
1	A. C.	28 años	215 mg. por ciento
2	R. C.	24 »	228 » » »
3	J. C.	33 »	235 » » »
4	P. R.	25 »	275 » » »
5	S. T.	19 »	280 » » »
6	N. V.	26 »	288 » » »
7	J. H.	31 »	298 » » »
8	L. I.	40 »	318 » » »
9	M. N.	32 »	324 » » »
10	K. N.	25 »	379 » » »

Las cifras estadísticas de los resultados obtenidos en aparentemente sanos, cuantificando fibrinógeno sanguíneo, son las siguientes:

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
279 ± 8'03	24'1 ± 5'67	8'6 %	215 - 329

En el histograma que sigue se representa, en forma gráfica, las cifras medias y extremas de fibrinógeno sanguíneo en enfermos con procesos morbosos geriátricos y en jóvenes aparentemente sanos:



Los grupos de frecuencia de las comprobaciones que efectué cuantificando fibrinogenemia en geriátricos se presentan a continuación:

FIBRINOGENEMIA	N.º de casos
210 - 269 mg.	21
270 - 329 »	6
330 - 389 »	5
390 - 449 »	1
450 - 509 »	0
510 - 569 »	0
570 - 630 »	1

Comparando las cifras estadísticas medias de fibrinogenemia en los dos sexos, de sujetos de edad avanzada, y adaptando el test de Fisher, se obtuvo:

Sexo	Media ± E. st.	Dif. st. ± E. st.	T(n+n¹)--2	P	% de diferencia
16 hombres	305'87 ± 7'25	21'84 ± 13'25	T 48	entre 0'10	7'17
34 mujeres	284 ± 11'11		1'64	entre 0'20	

Comparando la cifra media de fibrinogemia en pacientes geriátricos, con las personas jóvenes aparentemente sanas, se obtuvo el siguiente coeficiente:

	Media ± E. st.	Dif. st. ± E. st.	T(n+n¹)—2	P	% de diferencia
Geriátricos 16	905'87 ± 7'25	26'87 ± 10'89	T 24 2'48	0'02	8'78
Ap. sanos 10	279 ± 8'03				

Antes de intentar la interpretación de los resultados, debo expresar que me propuse cuantificar fibrinogenemia en sujetos con edades que fluctuaban entre los 50 y 90 años, sin someterlos a alimentación normocalórica ni normolipídica, como recomiendan CASASSA, BORIO y MACOTTA [2] para evaluar los resultados en función de la alimentación; todos presentaban clínicamente síntomas de arteriosclerosis. Los resultados que obtuve cuantificando fibrinogenemia en treinta y cuatro mujeres con procesos morbosos geriátricos fueron los siguientes: en veintidós, el fibrinógeno sanguíneo estuvo en cifras normales, entre 270 a 350 mg. por ciento; en las restantes, el fibrinógeno se halló entre 390 y 630 mg. por ciento. En dieciséis hombres, las cifras de fibrinógeno hallado fueron casi semejantes a las del sexo femenino, no existiendo diferencia significativa, desde que su probabilidad de error estuvo entre 0'10 y 0'20. El promedio general de fibrinogenemia, sin separar los por sexos, fue de 305'87 ± 7'25, que, comparado con el promedio de fibrinógeno en sangre de aparentemente sanos de edad media, obtenido por MARINA SOUSA PEIXOTO [10], de Lima, dio diferencia de 26'87 ± 10'81, con probabilidad de error de 0'02. El ligero aumento de fibrinógeno sanguíneo en pacientes con procesos morbosos geriátricos sería reacción inespecífica del organismo frente a enfermedades crónicas, como bronquitis, etc.

En efecto, en los sujetos geriátricos con bronquitis crónica, las cifras de fibrinógeno estuvieron aumentadas en relación con las que se aceptan como normales, llegando hasta 575 mg. por ciento. El aumento de fibrinógeno se puede interpretar como reacción del organismo humano frente al proceso infeccioso bronco-pulmonar por estreptococos, estafilococos y neumococos, ya que, según BENCECRY y ROMÁN [1], aumenta el fibrinógeno en las enfermedades estreptocócicas por acción de exotoxinas, que, actuando sobre el colágeno, producen la despolimerización del ácido hialurónico, llevando consigo aumento de fibrinógeno en la sangre, que llega muchas veces a 800 ó 900 mg. por ciento. El aumento de fibrinógeno en los sujetos estudiados lo considero como independiente de la arteriosclerosis, es decir, como hecho sobreagregado.

En los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial y arteriosclerosis, las cifras de fibrinógeno no estuvieron aumentadas. En los casos de diabetes sacarina no hubo hiperfibrinogenemia.

Los dos casos de oligofrenia tampoco ofrecieron aumento de fibrinogenemia.

Como el fibrinógeno es proteína que coagula específicamente por acción de la trombina; como es proteína de tipo lineal, fibrilar, desde el punto de vista estructural, en contraste con la albúmina y las globulinas, que son esferoproteínas, con mayor o menor asimetría, se ha sugerido que al fibrinógeno le correspondería no sólo participar en la coagulación sanguínea, sino que representaría una ultra-

estructura o armazón en el líquido sanguíneo, en el que estarían incluídos los elementos figurados en la sangre. Según PITTONI [8], esta estructura del fibrinógeno le conferiría gran viscosidad, que tiene valor en la hemodinámica circulatoria.

Las variaciones del fibrinógeno sanguíneo en la senectud, que comprobé, fueron insignificantes en términos generales, debiendo expresar, al poner término a la investigación, que se ha tratado de encontrar relación entre arteriosclerosis y fibrinógeno en el plasma, porque se ha vinculado el síndrome bioquímico de la arteriosclerosis y la fibrinogenemia, ya que se ha individualizado la «miocardosis disproteínica» por alteración metabólica.

Las comprobaciones que he realizado no permiten vincular las variaciones cuantitativas de fibrinogenemia con alteraciones bioquímicas propias de la vejez, debiendo sostenerse que el aumento o disminución de fibrinogenemia resulta de agresiones «estressantes» experimentadas en el curso de la vida.

CONCLUSIONES

1.ª Se cuantificó fibrinogenemia en cincuenta sujetos con edades comprendidas entre 50 y 90 años de edad, con síntomas de arteriosclerosis.

2.ª En treinta y cuatro mujeres, el fibrinógeno se presentó en concentración normal; en veintidós, entre 210 y 350 mg. por ciento, y en diez fluctuó entre 390 y 630 mg. por ciento.

3.ª La concentración en dieciséis hombres fue semejante a la del sexo femenino, sin diferencia significativa, ya que su probabilidad de error es de 0'1 a 0'20.

4.ª La fibrinogenemia en pacientes con procesos morbosos geriátricos es mayor que la de sujetos aparentemente sanos; la diferencia fue 26'87 ± 10'81: el porcentaje, 8'78, y su probabilidad de error, 0'02.

5.ª Los pacientes geriátricos que presentaban además procesos infecciosos ofrecieron fibrinogenemia con cifras mayores que las que se consideran normales.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo las variaciones cuantitativas del fibrinógeno sanguíneo en personas de edad avanzada.

Comienza por un resumen informativo sobre las comprobaciones realizadas en esta materia en distintos procesos mobosos. Describe a continuación la técnica seguida para la determinación de fibrinógeno en la sangre humana, según método de Parjentev y Raferty con sulfato de amonio.

Expone en una tercera parte los resultados obtenidos en cincuenta sujetos con edades comprendidas entre los cincuenta y noventa años, comprobando que la fibrinogenemia en pacientes con procesos morbosos geriátricos es mayor que la de sujetos aparentemente sanos, cifra que se incrementa además en aquellos pacientes con procesos infecciosos.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima (Perú).

CLINICA Y LABORATORIO
NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963

POLINEURITIS RECIDIVANTES

POR EL

DR. IGNACIO DE GISPERT CRUZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS Y DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA DE LA CLÍNICA MÉDICA UNIVERSITARIA B.

BARCELONA

En el transcurso de los últimos años hemos visto modificarse el concepto de las polineuritis, que en un buen número de casos ha ido sustituyéndose por el de polineuropatía. Con ello se van diferenciando el concepto infeccioso e inflamatorio del tóxico, tanto o más frecuente. También han aumentado considerablemente los conocimientos etiológicos de esta afección, tanto en el grupo infeccioso como tóxico. En el grupo infeccioso los avances en el conocimiento de los virus han permitido clasificar una serie de polineuritis que denominábamos primitivas o de origen desconocido. En el grupo tóxico la aparición de nuevas sustancias medicamentosas o empleadas en industrias diversas han dado lugar a los cuadros neurológicos más diversos, entre los que se cuentan las polineuropatías.

Se han descrito últimamente polineuritis por mononucleosis infecciosas (RENTschick, PETERS y otros), vacunación antirrábica (MC. INTIRE, RODRÍGUEZ ARIAS), parotiditis (BARRAQUER, PORTER y PALLIS), enfermedad de Hodkins, enfermedad de Behcet, etc. Entre las de origen tóxico, desde las debidas a diversas sulfamidas e hidrázidas (KEEPING, BIEHL y WILTER) hasta el insecticida DDT, diversos herbicidas, ortocresilfosfato (más de diez mil casos en Marruecos), tricloretileno, cloranfenicol, talio, sales de oro (CANNON), etc.

En el grupo de polineuropatías por trastornos del metabolismo, carenciales y por causas diversas a menudo imperfectamente conocidas, pueden citarse, entre otras, las debidas a la periarteritis nudosa, lupus, diabetes, porfiria (WEHRLE), arteriosclerosis, afecciones hemorrágicas, pelagra, beriberi, cáncer, amiloidosis (BERTRAND y colaboradores, MONSAT y POUSSAINT), gota, afecciones gástricas, hepatógenas (MUHLER), etc.

Existe, finalmente, el grupo de las polineuritis denominadas idiopáticas o primitivas, cuyo origen desconocemos y en las que se discute el factor etiológico toxiinfeccioso y el factor alérgico, aunque es posible que en algún caso puedan ir asociados ambos. Muchas de éstas cursan sin fiebre y con moderados fenómenos generales, pero pueden provocar paraplejías y cuadriplejías y más excepcionalmente parálisis de los nervios craneales o cuadros ascendentes mortales tipo Landry. Las polineuritis recidivantes pueden incluirse en este grupo y se consideran como tales aquellas que se repiten a intervalos durante el transcurso de meses o años. Para calificarlas de esta manera requieren como condición que se repitan en forma de nuevos brotes después de una curación completa o casi completa.

KRUCKE, de Francfort, ha intentado una clasificación de las polineuritis sobre una base histopatológica. Entre las polineuropatías (no inflamatorias) admite tres grupos de lesiones: degeneración neuronal, desmielinización y polineuropatía intersticial, aunque son frecuentes las formas mixtas.

Polineuropatías. — En el primer grupo con degeneración neuronal las alteraciones se encontrarían en toda la célula nerviosa propagándose de una manera centrípeta. Así sucede claramente con el beri-beri, alcoholismo, intoxicación arsenical y polineuropatía carcinomatosa. En esta última no deberían existir metástasis en el nervio.

En el grupo desmielinizante el ejemplo típico lo constituirían la intoxicación por el plomo y la polineuropatía postdiftérica, faltando signos inflamatorios en el nervio, y siendo excepcionales en el sistema nervioso central. Al lado de fibras sanas se encuentran otras con evidentes alteraciones de tipo degenerativo.

El ejemplo típico del tercer grupo es la degeneración amiloidea del nervio periférico con atrofia muscular, debilidad motora e insuficiencia cardíaca. Los depósitos de sustancia amiloidea se encuentran en el interior del nervio y en las paredes vasculares. Pueden afectarse además ganglios raquídeos, cordones posteriores y sistema nervioso central.

Polineuritis. — Se distinguen por la precoz aparición de procesos inflamatorios con exudación e infiltración en el intersticio del nervio periférico, mientras que los trastornos parenquimatosos y reacciones tisulares serían más tardías. En contraste con las encefalitis, en las afecciones inflamatorias del nervio periférico se desconoce casi siempre el agente causal. En la lepra, ricketsiosis, enfermedad del sueño y otras, se produce con relativa frecuencia la inflamación del nervio periférico. La gran porción de polineuritis de agente causal desconocido se consideran, de una manera bastante empírica, provocadas por virus. Algunas, sin embargo, se sabe que son provocadas por el virus del herpes simple, mononucleosis infecciosa, zona. En algunos de estos casos, a las lesiones antes citadas se añaden lesiones encefalíticas con cuerpos de inclusión que también pueden localizarse en el nervio periférico.

La *sintomatología* de las polineuritis recidivantes ofrece las características generales de las polineuritis: aparición, casi siempre bastante rápida, de parestesias seguidas de paresia, que al cabo de pocos días se transforma en parálisis. Es muy frecuente la ausencia de fiebre, tal como sucede en nuestras observaciones, pero los signos generales en forma de gran postración, malestar e inapetencia son constantes. La presentación de la parálisis puede ser rapidísima y de gran intensidad, o bien de una manera lenta, precedidas a menudo de algias o parestesias. Se afectan casi siempre primeramente las piernas, aunque pocas veces de una manera completamente simétrica, siendo a menudo las únicas extremidades paralizadas. En casos muy graves sigue la parálisis de las extremidades y músculos de la región cervical. Es el momento en que si el proceso ha evolucionado con rapidez ha de temerse la parálisis ascendente mortal.

La exploración neurológica da disminución o abolición de los reflejos tendinosos y osteoperiósticos. Sólo excepcionalmente en las primeras horas y sobre todo si existen algias intensas puede observarse una exaltación de los reflejos rotulianos y aquileos. Algunos de estos casos de exaltación transitoria de reflejos se ha explicado por una participación del sistema nervioso central.

No siempre la evolución es tan rápida y bien definida, sino que existen formas subagudas y hasta crónicas en que el cuadro definitivo polineurítico puede tardar semanas en presentarse.

Lo característico de los *trastornos motores* en el período de estado es la simetría, aunque pueden subsistir pequeñas diferencias en su distribución e intensidad. Ante una polineuritis unilateral, excepcionalmente posible, habrá que eliminar siempre la posibilidad de otros procesos, especialmente poliomielitis.

En las polineuritis recidivantes los trastornos motores pueden variar considerablemente a cada nuevo brote. De una manera general, puede admitirse que tienen tendencia a disminuir en intensidad, aunque hayan podido observarse excepcionalmente recidivas mortales. La localización de las parálisis puede asimismo variar a cada nuevo brote, pero lo más corriente es que se afecten predominantemente las mismas regiones, generalmente las extremidades inferiores. Al lado de ambos pies, péndulos que recuerdan la polineuritis sulfamídica, vemos otros casos en que se repiten los accesos de cuadriplejía, que hacen temer cada vez por la vida del enfermo.

Como característica de las formas recidivantes habría que señalar que al paso que las parálisis pueden remitir o disminuir con gran rapidez, las atrofias musculares pueden subsistir durante mucho tiempo. Ello contribuye a la posible confusión con determinadas formas subagudas de las distrofias musculares y sobre todo con la esclerosis lateral amiotrófica y atrofia muscular mielopática, ya que en estas polineuritis no son excepcionales las contracciones fibrilares musculares. Se ha señalado incluso la presencia de temblor de tipo intencional, como en una de nuestras observaciones, en la cual, en pleno retroceso de las parálisis, aparecen grandes oscilaciones en los movimientos de las manos y antebrazos, coincidiendo con los intentos de movimientos, y que persisten durante más de un año entre la primera y segunda crisis polineurítica.

La participación ocular en las parálisis recidivantes sería poco frecuente. De los treinta y dos casos recopilados por AUSTIN, sólo en uno se afecta la motilidad ocular con diplopia en las dos recaídas, afectando motor ocular externo y recto superior. En el enfermo de LE RUMEAU se produce también diplopia transitoria, y en el segundo y tercer brote de la enfermedad de un paciente de ROSSOLIMO existía parálisis de motor ocular externo y debilidad de la reacción pupilar. En un paciente de sesenta años de TARASTIS y LANZY, la primera recidiva, a los cuatro años, va acompañada de complicaciones oculares paralíticas (ptosis y estrabismo).

Tampoco es frecuente la participación de otros pares craneales, entre los cuales sólo se contarían el séptimo y décimo. En uno de nuestros pacientes se producen durante varios meses parestesias en la cara, pero sin parálisis.

Los *trastornos sensitivos* son los generales de las polineuritis, aunque pueden existir diferencias considerables en los diversos brotes. Aunque en general han de considerarse los trastornos motores como el elemento esencial sintomático, los trastornos objetivos y subjetivos de la sensibilidad en mayor o menor grado pueden considerarse como constantes. Es posible incluso que las algias y parestesias dominen el cuadro con trastornos motores muy limitados. En las formas paraplégicas la presión en los troncos nerviosos o en las masas musculares de las piernas son intensamente dolorosas. Igualmente se provocan dolores, a veces agudísimos, por las maniobras de elongación. Así, en nuestra observación, en que la maniobra de Lassegue da resultados tan positivos que se piensa en una ciática por hernia discal. En otra observación, las parestesias y algias se repiten a cada nuevo brote de una manera similar, hasta tres en total. A veces en lugar de verdaderas algias acusan estos pacientes sensación de malestar y verdaderas hiperestesias que recuerdan las de la polineuritis alcohólica.

En cuanto a los trastornos objetivos de sensibilidad al lado de casos en que se afectan globalmente en mayor o menor grado todas las formas de la sensibilidad, existen otros con sólo hipostesias o hipoalgesias, que con frecuencia adoptan más una distribución troncular que radicular. A menudo contrastan la intensidad de las algias con las limitadas zonas de hipostesia, a veces con una distribución bastante irregular. En las extremidades inferiores es muy frecuente la participación de los últimos dermatomas lumbares y primeros sacros, con zonas de anestesia o hipostesia en la región anteroexterna de los pies. En uno de nuestros pacientes esta hipostesia persiste al cabo de cuatro recidivas en el transcurso de varios años.

Los trastornos tróficos y de secreción serían poco frecuentes en estas formas de polineuritis, si se exceptúa la atrofia muscular, que en algunos casos puede, por su intensidad, prestarse a confusiones diagnósticas. A veces, los trastornos tróficos se reducen a ligeras modificaciones de la coloración de la piel, con alteraciones de la temperatura local. Son excepcionales el *glossy skin* y las retracciones tendinosas. Sólo en los casos graves y de larga duración se observarían los trastornos de crecimiento y desarrollo de las uñas. En la observación de BINGEL, las recidivas se producen con alopecia.

Cabe señalar un hecho sobre el que han insistido BANWARTH, REISNER y SPIEL, AUSTIN y otros: la hipertrofia de los troncos nerviosos, verdadera neuritis intersticial parecida a la neuritis hipertrófica de DEJERINE. Los troncos nerviosos se palpan duros y engrosados, hecho que se observaría predominantemente al cabo de varias recidivas.

Entre los exámenes complementarios, el examen de líquido cefalorraquídeo da siempre, o casi siempre, resultados anormales, sobre todo, aumento de la cifra de proteínas, que suelen seguir el curso clínico de la enfermedad. A cada nuevo brote, nueva tendencia a la disociación albuminocitológica. Se ha observado también cierta relación entre la intensidad de esta disociación y la proximidad de las lesiones predominantes al tronco, aunque dista mucho de ser un hecho constante. Las alteraciones de líquido cefalorraquídeo parecen responder favorablemente al tratamiento con los corticosteroides.

Aunque por razones ajenas a nuestra voluntad no pudo practicarse electromiografía, la impresión de los casos revisados es que los resultados son los generales de las polineuritis. En cambio, los exámenes eléctricos corrientes nos fueron útiles para el pronóstico, ya que, en una forma grave rápidamente ascendente, la ausencia de reacciones degenerativas fue constante en todos los brotes. No sucedió así en otra paciente, en que la parálisis de los músculos extensores del pie, con reacciones degenerativas, se prolongó durante meses.

La siguiente observación que se resume corresponde a un paciente que presentó tres recidivas de intensidad variable, entre 1957 y 1962.

CASO N.º 1. José V., de 51 años, casado, con dos hijos sanos. No antecedentes familiares ni personales de importancia.

La enfermedad empezó con hormigueos en las extremidades inferiores, aunque parece fue precedida de unos días de malestar general y cefalalgias, que se atribuyeron a una gripe. Pocos días después, las parestesias se extienden a las extremidades, con notable disminución de la fuerza. A los quince días, y en pocas horas, quedan completamente paralizadas las extremidades inferiores, estableciéndose al día siguiente una cuadriplejía total. La parálisis respeta, sin embargo, los pares craneales, notando solamente en la cara intensas parestesias. La cuadriplejía, según nos refiere el paciente, era tan intensa, que no podía ni siquiera llevarse la comida a la boca, con inmovilidad completa de las piernas. No se produjeron trastornos de esfínteres, así como tampoco trastornos de la sensibilidad apreciables para el paciente.

Permanece en este estado durante un mes, aproximadamente, pasado el cual, y coincidiendo con un tratamiento eléctrico, comienza a mejorar lentamente. Se recupera parcialmente, llegando a poder andar con dificultad al cabo de dos meses.

Primera recidiva o recaída, al cabo de este período. Vuelve a acentuarse la debilidad motora, quedando de nuevo cuadripléjico, aunque sin la intensidad de la primera vez, pues todavía conserva algunos movimientos de la porción distal de las extremidades. En esta situación nos es trasladado para ser reconocido por nosotros.

Estado actual. — Motilidad: cuadriplejía fláccida casi completa, ya que todavía puede flexionar los dedos de la mano con fuerza muy escasa. Flexión y extensión del codo, imposibles. Los brazos permanecen inmóviles, pudienlo solamente realizar algún movimiento de elevación de los hombros.

Abolición de reflejos tendinosos y osteoperiósticos de las cuatro extremidades. La atrofia es acentuada especialmente en las manos, recordando la atrofia muscular mielopática. Sensibilidad: masas musculares y troncos dolorosos nerviosos algo dolorosos a la presión, especialmente en antebrazos y pantorrillas. Reflejos plantares, normales.

A pesar de la gravedad de los trastornos motores, que hacen temer una parálisis ascendente, por reacciones eléctricas sólo se obtiene una disminución general de la excitabilidad, pero sin reacciones degenerativas. Con las reservas que son de suponer, y pasado el período de invasión, se establece un pronóstico relativamente favorable, prescribiéndose un tratamiento a base de corticosteroides y electroterapia. A los dos meses flexiona manos y brazos con alguna fuerza, empezando a elevar el dedo gordo derecho. A los cuatro meses ya puede vestirse, con dificultad. Al cabo de un año puede asistir a una boda, apoyado en un bastón.

Desaparece el paciente y al cabo de tres años vuelve a comparecer en hombros de su hijo, en plena recidiva. Este nuevo brote ha ocurrido después de una hemorragia nasal muy intensa sufrida unos días antes, con anemia aguda acentuada, que se soluciona en quince días. El cuadro clínico, similar a los anteriores, ofrece, sin embargo, menor intensidad, pudiendo considerarse resuelto este episodio a los tres meses.

La observación que sigue, de carácter benigno, sufrió hace dos años un episodio similar al actual, así como el cuadro clínico que presenta al ser reconocido, en febrero del 56.

CASO N.º 2. — Juan M., de 30 años, casado, con cuatro hijos sanos. Sin antecedentes familiares de importancia. Sufre frecuentes resfriados. Refiere que siempre le han encontrado la presión sanguínea muy baja.

Los tastornos se iniciaron hace cinco semanas, por debilidad en las extremidades inferiores: «Las piernas no me llevaban». Se le duermen los brazos, pero conserva la fuerza. Aunque camina con alguna dificultad, puede, si es preciso, prescindir de apoyarse en el bastón. Tres o cuatro días antes de los primeros síntomas parece que tuvo algunos escalofríos y algunas décimas de temperatura, habiendo permanecido en cama dos días. Refiere que hace dos años estuvo un par de meses en la misma forma, restableciéndose por completo al cabo de este tiempo.

Estado actual: la marcha es aparentemente normal, pero le cuesta subir la escalera, fatigándose extraordinariamente. No existen parálisis propiamente dichas, pero sí una disminución global de la fuerza en las cuatro extremidades, sobre todo en las inferiores. Además de las citadas parestesias, en los brazos se comprueba una disminución de la fuerza de presión con el dinamómetro.

Sensibilidad. — Algunos dolores en la región cervical y en la región posterior de la pierna. Por la presión, reacción dolorosa en músculos y troncos nerviosos de los antebrazos y extremidades inferiores, especialmente en la porción distal. Le es difícil permanecer sentado con las piernas estiradas. Signo de Lassegue, bilateral.

Sensibilidad objetiva. — Trastornos de sensibilidad superficial, si se exceptúa una ligera hipostesia en los bordes externos de ambos pies. En cuanto a las sensibilidades profundas, sólo algunas zonas en las piernas, con abolición de la sensibilidad vibratoria.

Reflejos rotulianos simétricamente muy disminuídos. Aquíleos abolidos en ambos lados.

Exámenes complementarios. — Presión arterial, 10-5; sangre, normal; reacciones eléctricas, normales. Se establece en unos dos meses.

Al cabo de un año, nuevo brote, con características parecidas al anterior, pero con la particularidad de presentar intensas algias en brazos y piernas. También se han presentado los trastornos después de una supuesta gripe, con malestar general, pero sin fiebre. Con un tratamiento a base de prednisona, vitamina B_1 y electroterapia, se resuelve el proceso en unos dos meses.

El tercer enfermo que se describe fue intervenido por una supuesta ciática discal en los comienzos del primer brote, habiendo presentado tres recidivas entre 1957 y 1962.

CASO N.º 3. — Carmen C., de 24 años, casada, con un hijo. Refiere que hace dos años presentó intensos dolores en ambas piernas, con gran disminución de fuerza y los pies «colgantes». Fue intervenida, colocándosele además un injerto en la región lumbar. A pesar de la intervención, se acentuó la parálisis de los pies, restableciéndose sólo al cabo de muchos meses.

Hace cinco meses, nuevos e intensos dolores, flaqueándole las piernas y, sobre todo, los pies, que no podía levantar. Tampoco podía mover los dedos. Sensación de acorchamiento en los pies.

Estado actual. — Mujer de estatura baja y muy delgada. Al caminar destaca claramente el «stepage» con ambos pies, péndulos simétricamente. Abolición de reflejos rotulianos y aquíleos. Zona de hipostesia en el borde externo de los pies y en la región sacra, en forma de silla de montar. Signo de Lassegue bilateral, y con troncos nerviosos y masas musculares de las piernas dolorosos a la presión. Líquido cefalorraquídeo normal, así como los exámenes radiográficos de columna vertebral.

A pesar de la parálisis acentuada de los músculos de la región anterior de la pierna, no se obtienen reacciones eléctricas degenerativas.

Se restablece lentamente durante un año, que puele considerarse prácticamente curada. El primer signo de restamblecimiento fue la recuperación de la extensión del dedo gordo.

Segunda recaída, en octubre de 1959. Nuevas crisis dolorosas, con pérdida de fuerza y caída de los pies. Los trastornos van acentuándose hásta desarrollar el mismo cuadro clínico que dos años antes, si bien se restablece con mayor rapidez (unos tres meses).

La tercera recidiva se produce en noviembre del 61. Después de un parto de un niño muerto de ocho meses, vuelve a desarrollar el cuadro polineurítico, aunque las parálisis no son tan acentuadas como en los brotes anteriores. Ha ido mejorando rápidamente.

RESUMEN

La posibilidad de nuevos brotes más o menos tardíos habrá que tenerla siempre en cuenta ante una polineuritis, independientemente de la intensidad de la misma. El número de recidivas es muy variable y no podemos asegurar nunca si nos encontramos ante el último brote. De todas maneras, se observa en general una disminución en la gravedad a cada nuevo brote. Ello no constituye, sin embargo, una regla absoluta, ya que pueden darse casos mortales a la tercera o cuarta recidiva.

En la mayoría de los casos revisados y en los que se describen, se ignora la etiología del proceso, si bien, a menudo, parece existir un período prodrómico de tipo infeccioso, con frecuencia calificado de gripal.

Se desconoce asimismo la causa de por qué se producen estas recidivas en ciertas polineuritis y en otras no, así como la variabilidad en los períodos de repetición, en los que no se observa orden alguno.

Se describen tres observaciones de gravedad diversa, con varias recidivas en vaios años. Como terapéutica se emplearon corticosteroides, vitaminoterapia y electroterapia.

BIBLIOGRAFÍA

AUSTIN.—*Brain*, junio 1958.
BANWARTH.—*Arch. Psych. Nervenkrank*, 115, 566. 1943.
BECKER.—*Deutsch. Z. Nervenheilk*, 175, 1, 14. 1956.
BERTRAND y colab.—*Rev. Neurol.*, mayo 1961.
BINGEL.—*Deutsch. Z. Nervenheilk*, 121, 47. 1931.
BLANKE.—*Nervenarzt*, 16, 8, 354. 1943.
KRUCKE.—*Deutsch. Z. Nervenheilk*, noviembre 1959.
LINQUETTE y colab.—*Press. Med.*, 1.084.
MONSAT y POUSSAINT.—*Neurology*, junio 1962.
REINER.—*Wiener Z. Nervenheilk*, 5, 388. 1952.
ROGER.—*Rev. Neurol.*, 96, 169. 1957.
ROUQUÉS.—*Rev. Neurol.*, 79, 203. 1947.
STÜCKE.—*Nervenarzt*, 18, 328. 1947.
THOMAS, A.—*Rev. Neurol.*, 1, 650. 1931.
WIECK.—*Deutsch. Z. Nervenheilk*, agosto 1951.

Dirección: Lauria, 74, 2.º. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963

ESTRUCTURAS MENTALES

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

DADO nuestro dualismo de materia y pensamiento, un conjunto funcional en el que concurren las leyes de la materia y la energía, una existencia diversificada por esencias irreductibles entre sí, por sus naturales funciones, es lógico reconocer por el principio de unidad individual que existe una conexión o nexo de carácter dinámico que justifique dicha unidad.

Sobre ese principio de unidad o de correlación apuntan los apasionantes estudios y trabajos de la moderna disciplina psicoanalítica, cuyo interés sube de punto cuando trata de investigar la naturaleza humana en su doble dimensión material y espiritual; la primera, como realidad cósmica sujeto de una fenomenología transitoria inmanente, finalista, inconsciente; y la segunda, sujeto de otra fenomenología consciente, reflexiva y trascendente.

La ciencia psicoanalítica trata de investigar las causas que informan nuestras manifestaciones, tanto actuales como potenciales, que nos constituyen como seres racionales, puesto que el hombre por naturaleza se desenvuelve con vivencias trascendentes. El hombre vive dentro del hombre, desde que comenzó a hacer historia, y máxime en la actualidad, en que lo social y lo funcional ocupa el primer plano de nuestras formas de vida.

Esta ciencia nueva ha fijado sus puntos de mira, en lo que se debe entender como principio intrínseco de movimiento, en fuerzas, en impulsos, con los grados cuánticos de sus manifestaciones, como elemento informante de la unidad viviente, capaces de determinar sentidos y direcciones a nuestros sistemas voluctivos y racionales; por lo tanto, no existe teoría psicoanalítica que no posea su fundamento dinámico como principio de nuestra inmanencia vital.

Sea cualquiera la acepción que queramos dar a una palabra para explicar lo viviente en sí, razón vital, impulso vital, líbido, como postulado de una voluntad universal al modo junguiano, o líbido, como fuerza pansexualista, al modo freudiano, en todos los casos tenemos que recurrir a términos que nos ilustren como principio de causalidad de nuestras vivencias anímicas.

Para FREUD, el concepto de líbido es tomado en la acepción de principio energético por cuya dinámica nuestras funciones psíquicas responden a manifestaciones de impulsos sexuales; para ADLER, la dinámica psíquica responde a factores que impulsan nuestro instinto de sociabilidad y orientación. Para JUNG, la dinámica

psíquica responde a la vinculación entre lo consciente y lo inconsciente, y que bajo el concepto de líbido, al modo freudiano, lo considera como principio energético entre ambos polos antagónicos; esta acepción es análoga al criterio de SCHOPENHAUER, el de la voluntad universal como principio de energía y vitalidad en el universo.

Puesto que nos informan dos términos irreductibles en género y especie formales y funcionales, se impone necesariamente el concepto de un límite o frontera entre ambos que los separen; ahora bien, ¿puede existir separación allí donde existe unidad de materia y forma o unidad individual?; lógicamente sí; ónticamente no, puesto que existe nexo, correlación, unidad individual, aunque nosotros no alcancemos el objetivarla. En esta disyunción está comprometida nada menos que la teoría del hombre.

Por otra parte, somos muy dados en nuestras teorías científicas a las divisiones dicotómicas, como día, noche, masculino, femenino, finito, infinito, placer, dolor, etc., como representaciones sensibles y empíricas de nuestra razón sobre las cosas y sus fenómenos; este dualismo informante, por exigencia de nuestra sensibilidad, es un impedimento para valorar aquello sustantivo del ente que se trate.

Lo vital comprende grados, modos, niveles, esferas que sobrepasan el mundo sensible; lo vital apunta a un más allá y a un más aquí, especie de entelequia exhaustiva que pone la relación atributiva de lo indeterminado con lo determinado. Dados dos términos lógicos o proposiciones, es necesario otro que lo relacione; esto es silogizar, y todo razonamiento, como se sabe, lleva implícito un silogismo; por esta necesidad de nuestro pensar, la psicoanalítica, que trata de estudiar al «hombre natural», rechaza toda dicotomía, todo dualismo formal, porque deja sin fundamento nuestra naturaleza, viéndose en la necesidad de crear un ente de relación causal, como agente inductor y en cierto modo informante de esos cuadros clínicos que estudia la psiquiatría.

Este ente de relación psicoanalítica, esta ciencia sitúa en el subconsciente como entidad delimitante y fronteriza, lugar común donde depositamos toda la ropa sucia de nuestra mente, nos desvía insensiblemente de aquello propio o funcional de la misma. Si el subconsciente es aduana o frontera de un lado, o si el subconsciente es además una sistemática de magnitudes dinámicas de los actos racionales, decididamente me reservo el concepto en que todos los fenómenos obedecen al general de que ontológicamente la potencia es anterior al acto en lo particular, y al de que el acto es anterior a la potencia en el orden universal o ideológico. Según esta directriz, en los individuos y más concretamente en sus funciones físicas y mentales, por principio evolutivo o temporal, nuestra mente de inconsciente pasa a consciente, por tránsito de la potencia al acto siempre que exista una «dynamis» proporcionada, relegando los subconscientes a una categoría de función de específica rememoración más o menos sensibilizadora y eficiente de todo acaecer mental; la correlación entre el subconsciente y el consciente es un tanto relativa, puesto que el subconsciente como tal no es otra cosa que manifestación de un inconsciente, como lugar potencial de estímulos de nuestra «ánima» vegetativa; tanto es así, que en el subconsciente domina el factor vegetativo, medular, elemental, genésico, nutritivo, o sus correlativos animales.

Por lo tanto, teóricamente admitimos en nuestra mente funcional estados evolutivos o potenciales de indeterminación operativa que se transforman en actos racionales, en determinación conceptual o ideal, por cuya dinámica ya informada razonamos y discurrimos,

Siendo así que lo inconsciente actúa potencialmente, por estímulos llamémosles rebajados o vegetativos y que se determinan actualmente sobre el mundo consciente por principios de asociación aferente o eferente, tendremos por acto creador las series vivenciales con sus dominancias recíprocas como objetividades actuales y observables. El que el polo vegetativo domine al racional, o viceversa, depende de muchos factores, todos ellos condicionados por ambiente, cultura, educación, herencia, y por disposición natural y temperamental, etc., en virtud de los cuales la psique está influenciada por su natural energía dinámica (líbido), con tanto poder endógeno como exógeno, extra o introvertido.

Ontológicamente, la potencia y el acto es una correlación lógica de las cosas; y como nosotros somos una realidad, lo cosificado individual y vital para una mente que conoce, por acto reflexivo, el yo total, asimismo lo reconocemos como sujeto potencial y como sujeto actual en sus múltiples manifestaciones físicas y psíquicas; por dicha correlación entre la potencia y el acto mental debemos entender también lo que se conoce por principio de asociación de nuestras esferas dinámicas determinantes de la multiplicidad de vivencias anímicas, según las compulsiones específicas de cada esfera vital, como ahora veremos, puesto que cada sistema orgánico reacciona por propios estímulos fisiológicamente condicionados.

Esfera inconsciente o potencializadora

La razón en sí del mundo cosmovegetativo responde al orden de los fenómenos, al principio causal de las series vivientes. Poco puede decirme esta razón de los mismos, si no es que tiene su fundamento en aquellas leyes por las cuales explicamos teóricamente, las que rigen en la materia y la energía en su devenir elemental de formas y funciones, actos y potencias, en que se resuelven los seres vivos. Asimismo, que nuestra frágil armadura histológica sirve de soporte a un organismo, uno, continuo, indivisible, a un ser individualizado dotado de una función pensante o racional.

Es sabido que el sistema neurovegetativo representa nuestra «conciencia inferior» como sujeto de proyecciones cosmoinstintivas, aquellas naturales, las propiamente necesarias de la condición inmanente de todo ser vivo con su correspondiente razón finalista.

Su determinismo elemental responde en todos los seres a principios de nutrición, reproducción, desarrollo y conservación en virtud de los cuales existen géneros, especies, clases, familias, etc., y sobre dicho determinismo no podemos predicar otros atributos que aquellos concedidos por experiencia física y psicológica. Sabemos de esta entidad, que está condicionada por factores determinantes de impulsos, tendencias, inclinaciones, en virtud de los cuales los individuos tienden a satisfacer de modo instintivo aquellos objetos más convenientes a sus naturales necesidades. Desde esta fenomenología nuestra condición racional se verá siempre mediatizada o atrapada por exigencias dinámicas de difícil control, con sus naturales conflictos anímicos.

El inconsciente como tal constituye un sistema compulsivo en sí, un indeterminado potencial, especie de conciencia germinal o primigenia, exenta de formas intencionales con el suficiente dinamismo, para determinaciones racionales adecuadas a sus órdenes compulsivos o dictados inmanentes. Ante esta realidad, ante la incógnita de su ser fisiológico, nuestra razón reconoce dichos componentes compulsivos, los que enmarcan el cuadro de nuestro complejo vegetativo, instancias

solemnes del fatalismo vital, aquello apetecible para su naturaleza, como hambre, sed, líbido, genitalis, en aquello que conjunta en vista de una finalidad corpórea; no es extraño que el psicoanálisis extraiga de los postulados vegetativos sus más espectaculares corolarios teóricos; en ello no veo motivo de escándalo ni disputas doctrinales, porque vivir es ser con todas sus grandezas y miserias; no tenemos ningún derecho a poner razones allí donde la naturaleza ha colocado las suyas, porque sus designios están más allá de nuestra mente más o menos condicionada por las sutilezas y abstracciones que pueda formular.

El inconsciente como entidad compulsiva y sujeto de nuestra determinabilidad, como objeto a nuestra consideración, carece de límites; por lo tanto, sobre él no podemos formular otra cosa que posibilidades o modos interrogativos; ¿qué operaciones o actos observables debemos referir a nuestra realidad corpórea instrumentada en sintonía con las leyes cosmovegetativas? Esos apartados que signamos como instintos, tendencias, inclinaciones, especie de gravitación horizontal, con sus contrastes escalares, tanto en las formas monocelulares como en las policelulares, hasta alcanzar en lo humano su más alto grado de diferenciación por la razón, son manifestaciones de un fondo emocional que conmueven nuestros sistemas, en razón de totalidad vegetativa y racional, en aquellas magnitudes proporcionadas a sus objetos, los propios vegetativos y los propios racionales. Nuestro principio unitario es el que nos determina de las tendencias inferiores, objetivándolas racionalmente, según módulos o principios, unas veces, creando reflejos condicionados que regulan lo compulsivo vegetativo elemental en vista de una finalidad preestablecida racionalmente.

Al lado de la vivencia anímica vital y enfrente, objetivamos la vivencia anímica mental, en cuyas interferencias o interdinamismos definen nuestra persona en psicotipos diferenciados, en esa ciencia psicoanalítica cuyo porvenir está lleno de promesas.

Ambos componentes polares, desde el punto de vista de función inmanente y teológica, se manifiestan como movimientos específicos *sui géneris*, en los que cabe admitir mecanismos duales, es decir, instancias que pudiéramos catalogar en sus modos emocionales por responder a estímulos vitales, nutritivos, sexuales, temperamentales; y otras instancias, que pudiéramos catalogar en objetivaciones racionales más o menos abstractas, la del conjunto afectivo, con sus correlatos sentimentales más o menos asimilados intelectivamente y que nos mantienen en sucesivos estados tensionales que traducimos en esas dinámicas que llamamos ansiedad, angustia, malestar y otras situaciones de emergencia, como problemas de estados neurósicos.

Por resultado de este dualismo dinámico, nuestro ser total reacciona a estímulos de vertiente física y de vertiente psíquica o racional, con sus respectivos coeficientes emocionales de origen objetivo y de origen subjetivo, cuya valoración y distinción se impone en cada caso, tanto en la casuística psicopatológica como para definir esos estados de extra e introversión que a mi parecer arrancan de la disposición o temperamento, de la «dynámis» neurovegetativa su poder compulsivo innato.

Llegados aquí, ¿podemos admitir frontera donde no hay frontera entre el inconsciente y el consciente? Lo uno indivisible no admite otra frontera que aquello artificioso que concebimos como tal, o sea, un ente de razón; ¿será esto, lo subconsciente, un lugar común para situar entes desde los cuales nos permitimos vestir nuestras imágenes con los trajes más sutiles y fantásticos?

Esfera consciente racional o actualizadora

Como dijo el clásico, «el hombre es una cosa que piensa». En efecto, reflexionamos, razonamos, pensamos, pero ¿cómo razonamos y pensamos? Esa es la alternativa de nuestra naturaleza. ¿Qué parte de ella interviene en nuestros pensamientos y en qué grado razonamos, si desde nuestro ser vegetativo, si desde nuestro ser psíquico por antonomasia? El caso es que nuestra lógica o función intelectiva se pliega acomodándose a ambas potencias, porque indivisas las dos concurren en nuestro sistema racional físico y metafísico; unas veces, desde la materia pesada y gravitante, otras, desde la simple realidad aparente de las cosas, otras, desde lo espiritual, alado, perfectivo y ejemplar, cuyas dimensiones y perspectivas tienen sus prosélitos y detractores con sus dogmas y principios, afirmaciones y negaciones, en fin, ese firmamento constelado de luces y sombras en eterna controversia de principios; esa es nuestra naturaleza racional.

Esquemáticamente consideramos tres naturalezas racionales con sus específicas vivencias anímicas en nuestra función mental.

a) Hemos dicho anteriormente que nuestro sistema neurovegetativo funcionalmente está condicionado por dinámicas de amplia relación cosmoinstintiva, las cuales determinan actos de finalidad vital con todas sus necesidades y exigencias. Estas fuerzas determinan fenomenologías que enmarcan la totalidad, confiriéndonos conjuntos que traducimos como vivencias afectivas o sentimientos, modos peculiares, que siendo reconocidos conscientemente carecen del rango de lo racional en su nivel de claridad y distinción, ni mucho menos el del libre albedrío.

Ahora bien, situados en este nivel primario de simple naturaleza por correlación de funciones reguladas, exigencia natural del principio de unidad individual, nuestras afecciones actúan potencialmente como elementos de información, con sus signos y umbrales positivos y negativos, sobre la esfera racional en aquella medida ponderable como más necesaria al principio de finalidad.

Las afectividades o sentires actúan como potencia de un pensar individualizado personal y propio, diríamos egocéntrico, cuando la función racional es sometida a sus naturales exigencias, haciendo excepción relativa en esas múltiples formas racionales en las que ésta adopta estilos y maneras más o menos disfrazadas de simbolismos, leyendas o fantasías idealistas.

La condición potencial de nuestros sentires, posibilita a nuestra razón para un pensar potencial y actualizado bajo los signos más contradictorios, los cuales nos servirán de base para una toma de posiciones racionales, que cada cual interpreta libremente. Esta disparidad de juicios, nacidos de que cada persona tiene un específico concepto del universo, parten de los modos afectivos que por su indistinción y variaciones alteran nuestros corolarios racionales.

Sabida es la variedad de tipos racionales; nominalistas, conceptistas, clásicos y románticos, sentimentales e ingenuos. En todas esas variedades lo potencial neurovegetativo y lo actual intelectivo es el nexo que los conexiona con las correlaciones dominantes en cada tipo funcional. Esas cualidades con sus gamas de expresión se resuelven en un infinito de dinámicas formales, las que hay que reconocer que obedecen a disposiciones o idiosincrasias, que unas veces se manifiestan en la edad infantil, otras son producto de reflejos condicionados unidireccionados, con los que se trata de crear sistemáticas habituales; cuando no, la dinámica mental se divide en formas rutinarias de formas gregarias y colectivas de tipo arcaico. En todos los casos, lo humano es una objetividad indiferenciada frente al cosmos y diferenciada racionalmente, en cuya trascendencia nuestra razón se ornamenta con las fantasías más ideales que puede concebir.

b) Sobre esta elementalidad funcional, al lado y concomitante con esta función, situamos como esfera derivada de nuestros sistemas específicos de percepción sensible, aquello inteligible metodológico referido a nuestras posibilidades de impresión con su proyección adecuada de abstracción, o sea, que nuestro intelecto es una dinámica que se proyecta sobre las sustancias o cuerpos, como objeto propio de las ciencias naturales y experimentales, en su doble condición realista o concreta e ideal o abstracta, que constituye el fundamento de las ciencias físico-matemáticas, cuyos módulos nos proporcionan un mundo de ideas claras y distintas, privativas de esta esfera o modalidad racional. Esta función específica responde a nuestro consciente reflexivo y voluntario, a lo racional por antonomasia, deduciéndose de su operación que el orden y conexión de nuestros conceptos es idéntico al orden y conexión de las leyes que rigen los cuerpos naturales. Esto prueba que nuestros sistemas racionales guardan un paralelismo, o mejor son proyecciones identificadas con aquella «quididad» sustantiva de la fenomenología del cosmos. Esta dinámica mental ocupa lugar preferente en orden a nuestras actividades racionales, puesto que es el fundamento del progreso científico.

Esta esfera, con su específica función, está bien delimitada por sus operaciones analítico-sintéticas, objeto esencial de la lógica inductiva y deductiva, comprensiva por sus imágenes representativas, el mundo de la sensibilidad en esos modos interpretativos en que se resuelve la teoría del conocimiento en sus dos primeros modos o grados de abstracción.

Ahora bien, si lo indicado hace referencia a su objeto propio, a su ser en sí, delimitado, lógico, intelectivo, no podemos sustraernos en toda consideración mental a aquello correlativo informante de las diversas funciones racionales. En este sentido nuestras vivencias nos ofrecen sistemáticas doctrinales de culto y trascendencia naturalista, materialista, o vivencias hedonistas, eudemonistas, o interpretaciones materialistas de la historia o de otra naturaleza, según valoraciones objetivo-subjetivas, cuyas variedades nos ofrecen el poder fascinante de la razón con sus maravillosas e infinitas perspectivas.

Esta dinámica lógico intelectiva por sí, condiciona todos nuestros sistemas de adaptación al cosmos estructurando formas y modos vitales evolutivos en el tiempo, que son la razón del progreso material de la humanidad (líbido sciendi).

Mas no para en esto su función, por cuanto afectan sus modos nuestras vivencias por sus conexiones inferiores de tipo emocional, de un lado, y de otros, nos permite descubrir panoramas objetivo-sujetivos de horizontes sin límite de realidad, el maravilloso poder fascinante de nuestra razón, el mundo trascendente de lo uno, verdadero, lo bueno y lo bello, eslabones de áurea universalidad.

c) Sobre nuestros modos lógico intelectivos, superándolos, nuestra mente, en un alarde de conciencia reflexiva, se adentra en objetividades de validad universal o trascendente, por las que el entendimiento se potencia regulando sus propios conceptos como objetos valorables, creando imágenes perfectivas, imágenes modelos o paradigmáticas; lo *arquetípico*. Esta función superior es la más elevada de nuestra mente racional; en ella culmina nuestra conciencia en sus modos de manifestarse; por ella nos situamos ante un supraconsciente de tipo ejemplar, más allá de la lógica objetiva y realista, en un mundo metalógico de validez *per se* de las formas y funciones, aquello que vale en sí mismo, como síntesis de nuestro ser total, lo uno individual o cosmorracional.

Digo cosmorracional por cuanto esta esfera ultrarreflexiva posee la virtualidad de afectar, circunscribiéndo, tanto los conjuntos derivados de nuestro inconsciente vegetativo, como los que implican la esfera lógico-intelectiva, por lo que su cons-

ciencia es conciencia de la totalidad; y siendo así, esta suprafunción crea en nosotros una dinámica de valoración de estímulos en que la razón de lo afectivo y la razón de lo objetivo lógico se implican y transcienden en valoraciones de los objetos y del sujeto, tanto física como metafísicamente. Su esquema lineal es el del círculo, o sea, el del «eterno retorno», el de las valoraciones sucesivas con sus avances y regresiones; el devenir heraclíteo; desde esta esfera estructuramos formas, esencias, valores, etc., lo que equivale a decir que su ser es institucional; hacemos arte, poesía, ciencia, religión, política, economía, humanismo en una palabra, eso serio que es la conciencia o acto de ser en sí especie de «participación mística entre el objeto y el sujeto», síntesis de formalismos los más variados, donde cada dinámica tiene su color con objetividades simbólicas, unas, místicas, otras, las más, quiméricas, rectificables en el tiempo, fantásticas casi todas; ese mundo oscuro y brillante a la vez de la intuición intelectual, lo que tiene de racional y no racional, en que nuestra alma recorre caminos divinos, humanos y demasiado humanos.

Ahora bien, es corolario obligado de lo expuesto, que reconocidas estas zonas o esferas, cada una con sus objetos y métodos propios específicos, el principio de unidad nos obliga a una dinámica impersonal en virtud de la cual la razón por idiosincrasia personal carga su acento reflexivo sobre una u otra zona, o también sobre una sistemática intercalar, dando ocasión a complejos racionales más o menos definidos. Por todo ello, tenemos que contar en todos los casos con unidades energéticas somáticas y psíquicas, fuerzas impulsoras, potenciales y actuales, simples y combinadas, endógenas y exógenas, como elementos de participación funcional, las cuales nos determinan como tipos psíquicos diferenciados racionalmente, en cuya sistemática asociativa, en el hombre corriente, domina la ley de lo estimativo en sus proyecciones generales (líbido trascendi).

Estimar no es otra cosa que poner en ejercicio el empirismo inconsciente como principio, para una valoración posterior; amar, odiar, simpatizar y despreciar son exponentes vegetativos de fondo espontáneo, cuyos imponderables no alcanzan nuestra razón, por lo que no podemos explicar racionalmente aquello irracional que nos informa. A pesar de todo, añadimos: nuestro principio de unidad individual nos compromete en las más serias hipótesis de trabajo.

RESUMEN

Se consideran distintos niveles dinámicos de actividad mental, desde aquellos que fundamentan nuestra condición natural de inmanencia vegetativa de expresión nutricia y genética, pasando por otro nivel cuyo dinamismo potencia nuestros modos racionales, en sus líneas de movimientos preconscientes y subconscientes, para llegar a una actualización o esfera de consciente racional que resume nuestra condición pensante.

Dirección: General Franco, 66, 1.º. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

LOS RECIÉN NACIDOS, *por los doctores* LUCIANO DE LA VILLA RODRÍGUEZ, ANTONIO FUERTES BELLO y ENRIQUE DE LA VILLA MARTÍN CEREZO. *Prólogo del profesor* C. LAGUNA SERRANO. *Un volumen (24 por 17 cm.) de 339 páginas, con 61 figuras; encuadernación en tela. Precio: 340 pesetas. Editorial Paz Montalvo. Antonio Maura, 13. Madrid, 1963.*

Los recién nacidos, he aquí el título de algo que ocupa el afán de cada momento y de cada pediatra y puericultor. No debería desperdiciarse nunca el consultar, releer cada día todo lo que se escriba sobre esta parte importantísima de la Pediatría.

El capítulo de los recién nacidos es tan extenso que la obra sería de muchos tomos y culminaría en el fárrago de toda una bibliografía molesta y abrumadora, que no nos sacaría de la necesidad con que consultamos muchas veces los libros pensando resolver un problema que nos resultaba difícil o confrontar nuestro criterio con el de los demás sobre una preocupación diagnóstica, clínica, terapéutica, que no nos dejaba tranquilos.

Después... cuando hemos visto que, efectivamente, lo nuestro y aquéllo son iguales, se parecen o coinciden, Dios nos permite seguir tranquilos el curso del proceso o del diagnóstico o pronóstico que nos atosigaban.

O nos permite modificar buscando el éxito mejor y salvando responsabilidades, de lo que nos angustiaba en los momentos difíciles.

O es en estos momentos cuando queremos que nos hablen *claro*, que nos digan la *verdad*. Y la verdad no es la recopilación de datos, de opiniones, de bibliografía sin fin sobre lo que estudiamos, sino que la verdad es el resumen de todos esos, el haberlos aplicado y el poder decir claramente lo que encontramos cuando nuestra experiencia nos llevó por el camino de esta gran verdad que es hacer de la Medicina el trabajo de cada día con su obra de cada momento.

Este libro *toca* una serie de capítulos sobre *el recién nacido* y los resuelve, los pone al día, les da la claridad exacta de cada inquietud y nos calma resolviéndo, con la experiencia de sus manifestaciones, los problemas que sobre los mismos podamos tener o ratificando la que nosotros teníamos. Nos habla contándonos las penas de sus fracasos y la alegría de sus éxitos en la clínica que vivió más de veinte años en un servicio de recién nacidos.

Por esto no consiste todo en leer la frondosa y abundantísima bibliografía sobre el recién nacido y sus problemas.

Lo importante es digerir esta lectura, asimilarla y después aplicarla y decirnos lo que pasó cuando su empleo tuvo lugar, para que nuestra experiencia tenga la suma de toda esta hermosa experiencia de los otros, a fin de que la labor de equipo culmine en el mejor éxito.

Se busca resolver, sobre todo, peligros como el *congénito*, en todas sus gamas, para encaminarse hacia la resolución de la mortalidad en los primeros días de la vida, a reducirla al máximo, y lo que los autores están consiguiendo en sus servicios con su trabajo constante, estamos seguros que lo van a conseguir *indirectamente* a través de su libro, de una forma *pasiva*, con el bálsamo hermoso de sus enseñanzas didácticas y bien llevadas. Se trata de un bello grano de arena que puede hacer mucho en pro del problema de la mortalidad infantil, cada vez mejor y más resuelto.

Los principales capítulos de la obra, por eso, tratan de la fisiopatología neonatal, exploración. Malformaciones congénitas. Sobremadurez. Hipoxia. Síndrome hipóxico neonatal. Patología respiratoria. Traumatismo obstétrico. Síndrome hemorrágico del recién nacido. Ictericias neonatales. Infecciones neonatales. Cuidados inmediatos y pautas generales del tratamiento. Bibliografía.

De lo que no cabe duda, leyendo este libro, es de que en el mismo rezuma la sensatez que cuenta lo vivido y que procura ser lo más didáctica posible ayudando siempre a poner las cosas en claro.

Se echa de menos un índice alfabético. Seguramente los autores pensaron en la limitación de los temas y por esto no lo pusieron. — ANTONIO MALLÓU LABRADOR.

INDIVIDUALIZACIÓN. LA PSICOLOGÍA PROFUNDA DE CARL GUSTAV JUNG,

por JOSEF GOLDBRUNNER. *Colección «Psicología, Medicina, Pastoral», número 31. Un volumen (20 por 14 cm.) de 244 páginas; rústica. Precio: 71 pesetas. Ediciones Fax. Zurbano, 80. Madrid.*

JUNG, psicólogo disidente de Freud, en su dilatada vida de trabajador infatigable, creó en su contacto con miles de enfermos fundamentalmente neurósicos un cuerpo de doctrina personalísima, recogida en centenares de publicaciones, sintetizadas magistralmente en la presente obra. La originalidad del libro radica solamente al final, el resto, la casi totalidad de las doscientas y pico páginas, acusa el matiz del discípulo o del enamorado de las concepciones jungianas, que propala la obra del maestro, aireándola, como dándola a conocer en forma resumida e inteligible hasta para el no versado en psiquiatría y psicología.

Lo que más nos gusta de la presente publicación, es su estilo fácil, flúido, sencillo de asimilar, dominando la lógica de la trabazón, aclarada con casos demostrativos, tan escogidos que a veces rozan lo falaz. Lo que nos parece más endeble es el servilismo a Jung, hasta en concepciones discutibles o equivocadas, y además, quiéranlo o no los psicoanalistas íntegros, el que con frecuencia cimentan sus construcciones en las fantasías tan ligadas a las personalidades neuróticas y en su propia sugestibilidad muchas de sus afirmaciones parecen auténticos frutos de su imaginación, que corre por cauces preconcebidos y que dan la impresión de que serán barridas o arrinconadas por el vendabal de la crítica o pulverizadas por la acción demoledora del tiempo.

Mucho debe, sin duda, la psicología y psiquiatría a Jung y, por ejemplo, sus descubrimientos sobre el inconsciente colectivo se aceptan por todas las escuelas, pero no es menos cierto que muchas de las aseveraciones de Jung estaban ya consignadas por autores, incluso no médicos, muy anteriores, y su mérito consistió en redescubrirlas y darlas a la publicidad. Lo original y lo extractado del acerbo de la Humanidad por el célebre maestro suizo tendrá oportunidad el lector de conocerlo o rememorarlo a través de la elegante prosa de Goldbrunner, si se quiere exponiendo las teorías del maestro quintaesencialmente, digeridas, sin la hojarasca capaz de ensombrecer las auténticas pepitas de oro que se deslizan por el manantial jungiano, pero también sin la crítica fecunda que señala el camino certero y resalta el error, capaz de convertirse en espejismo para el iniciado en psicología y psiquiatría.

En la que puede considerarse como segunda parte de la obra, se da un giro distinto a la cuestión, y sin atacar o oponerse a Jung, Goldbrunner poda su doctrina, no la rectifica, pudiéramos decir la acomoda a la dogmática católica apostólica romana, consiguiendo convertir el libro que enjuiciamos en enteramente ortodoxo, donde el censor nada ha tenido que tachar, concediendo el placet para su publicación bajo las normas y moral eclesiástica. Es, por lo tanto, obra recomendable y acorde con la doctrina papal, auténtico mérito, si tenemos en cuenta que el maestro suizo en sus concepciones religiosas y teosóficas no comulgaba con tales creencias, como se desprende de continuo en sus escritos, quizá adaptables al espíritu protestante y constantemente imbuído en un sentido teológico orientalista, sobre el que confiesa sus filias y a veces hasta su pasión.

La editorial Fax, como es normativo en ella, hace una edición pulcra y perfecta, debiéndole de agradecer vierta a nuestro idioma temas tan interesantes, de polémica si se quiere, que al hacer vibrar las conciencias, es capaz de fortalecer las fuentes de la fe y espirituales, en un ansia de perfección.— LUIS DEL CAMPO.

OTITIS DEL LACTANTE. *Publicación de la Sociedad Valenciana de Pediatría. Un folleto (20 por 12 cm.) de 195 páginas, con numerosas figuras. Editado por Sucesor de Vives Mora. Hernán Cortés, 8. Valencia, 1962.*

LA medicina de «equipo» tiene su culminación hoy, de forma que lo importante es el conocer el todo para poder llegar a la parte, a lo que tiene que resolver el problema inmediato del momento crucial; sobre todo si este momento crucial es la salud, la vida y la posible tara, la secuela fatal para el niño mal tratado, mal comprendido en su aspecto patológico, en su momento evolucional del proceso, que puede repercutir en su salud.

No se puede olvidar nada, no se puede desperdiciar ningún detalle, para poder conseguir la mejor profilaxis de cada complicación, la más perfecta terapéutica de cada momento a través del más exacto diagnóstico.

La *otitis del lactante*, siendo en el niño un proceso general, es un proceso muchas veces *oculto*, la mayoría de las veces *latente*. Esto lo sabemos todos los *pediatras*. Pero quizá se haya también exagerado este punto. Muchas veces, hay una forma de «quitarse» de encima el problema del niño febril, que grita que está inquieto, que no duerme, que devuelve y que padece una enteropatía, y el pediatra no se molesta más, lo envía al especialista de oídos para que este practique una *miringotomía*, y que, mientras tanto, se vaya resolviendo un problema sin diagnosticar. De esto conocemos todos muchos casos. Como antes conocíamos todo lo contrario, es decir, el caso del niño con su proceso intestinal y febril que tenía una etiología *otítica* y que seguía enfermo, expuesto a la dispepsia aguda, al síndrome tóxico, porque el médico o el especialista descuidaron la búsqueda de su verdadera etiología.

Este problema de cada día, que hoy se inclina en la balanza a favor del exagerado número de miringotomías que se practican, la mayoría de las veces de una manera «exageradamente egoísta» por parte del pediatra, como una contemporización más, en una insensata forma de demostrar a los padres que se le hace «*algo*» al niño, que no se le abandona, para que éstos «nos dejen tranquilos», tiene consecuencias clínicas e inexactitudes que no deben admitirse nunca si se es un buen pediatra, si se presume de pediatra y se pretende tener la conciencia tranquila en este sentido.

Para poder llegar a saber de una forma exacta todo lo que esto entraña, para llegar a conseguir el llevar la pediatría por sus cauces exactamente científicos, perfectamente morales y bellamente dignos, es para lo que la Sociedad Valenciana de Pediatría se reunió en completa sesión científica, recogiendo la clínica, la terapéutica, toda la patomorfología de este interesantísimo proceso con la asistencia y aportación de puericultores como Martínez Costa, que estudia la «Nosografía, fisiopatología, clasificación y situación actual del proceso; Andani Porcar, estudiando la «Clínica pediátrica de la otitis del lactante; Lola Vilar Gallego, estudiando «La otitis del lactante en función de la pediatría integral y de las repercusiones generales que pueda tener este proceso»; Vicente Giménez hace un estudio de las «Normas de puericultura para su prevención».

Por otro lado, los *otorrinos* también aportan su estudio de forma que resulte exahustivo el éxito conseguido, y así nos encontramos con el trabajo del profesor Jaime Marco, de Granada, en su comunicación sobre «La otitis del lactante en la nosografía y morfopatología otológicas. Concepto, frecuencia, clasificación y situación», y el del doctor R. Vilar-Sancho Altet, sobre «Tratamiento en otorrinolaringología de la otitis del lactante».

Pero el folleto no se conforma con dar algo sin vida, algo que pasó como una serie de comunicaciones aportadas magníficamente por los estudiosos de un problema vital, por serlo de cada día, sino que late en el mismo la vida inquietante, la amenidad seductora del capítulo final, como broche a este problema lleno de inquietudes, titulado «El auditorio pregunta...», verdadero acierto, en el que no falta la intervención solicitada por el coordinador doctor Martínez Costa de un *radiólogo*, y este fue el doctor Nogués Pelayo, que se ocupó de contestar a la pregunta que se le dirigió sobre la «Importancia diagnóstica de la radiología en la otitis».

Un folleto, en fin, muy bien editado, completo, vivo, latente, en el que se resuelve, poniéndolo al día, nada menos que el problema capitalísimo del *Síndrome otítico* del niño, aunque este no tenga fin para el estudioso ni para el estudiante de la clínica pediátrica de los procesos agudos y de los crónicos en general, ya que forma parte de cada diagnóstico diferencial y de cada solución terapéutica. — ANTONIO MALLÓU LABRADOR.

CURSILLO DE CLÍNICA HIDROLÓGICA DEL REUMATISMO (ARTROSIS), *bajo la dirección del doctor* A. CASTILLO OJUGAS. *Un volumen de 109 páginas; rústica. Editado por la Facultad de Medicina. Madrid, 1962.*

COMO indica su título, se recogen las lecciones dictadas en dicho cursillo, por una serie de profesores con actividades destacadas en el campo de la reumatología y con prestigio personal suficiente, para dar al conjunto un gran valor, por la puesta al día de los interesantes temas tratados.

Han colaborado en el cursillo los doctores Pallardo Peinado, Grinda López-Dóriga, Borrachero del Campo, Pozuelo Escudero, Schüller Pérez y Vaquero González.

La labor de coordinación y dirección ha corrido a cargo del doctor A. Castillo-Ojugas, y bien merece ser felicitado por el éxito alcanzado al reunir más de setenta médicos cursillistas. — SERAL.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963
REVISTAS

EXTRANJERAS

APARATO DIGESTIVO

NASIO, J., y GALÍNDEZ, R. — «ANOMALÍAS DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES». *«La Semana Médica, n.º 11, 2 agosto 1962. Buenos Aires.*

LA facilidad de diagnóstico de las anomalías de la vesícula y de las vías biliares, por ser órganos eminentemente quirúrgicos y visibles radiológicamente, explican la multitud de trabajos sobre este tema.

En el que nos ocupa, los autores clasifican las anomalías sobre una base anatómica, considerando su número (ausencias, duplicidades, etc.), su tamaño, su localización (vesículas izquierdas), su forma (lobuladas, tabicadas, diverticulares), de medios de fijación y tejidos heterotópicos que puedan presentarse.

Sobre esta base se hace el estudio detallado de cada caso, con sintomatología, datos radiológicos, pronóstico y posible tratamiento. — ECHEVERRÍA VICENTE.

SEMINARIO VARONA, M. — «EL CÁNCER PRIMITIVO DE HÍGADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS». *«Anales de la Facultad de Medicina de San Marcos», t. XLIX, núms. 3-4. Lima (Perú).*

ESTE trabajo es el resumen de una tesis que se basa en el estudio de cuarenta y nueve casos de cáncer primitivo de hígado, del cual se deducen consideraciones sobre las posibles cirunstancias etiopatogénicas que presentaron, la sintomatología, aspectos radiológicos, laboratorio, resultados de una u otra terapéutica, etc.

Es un estudio bastante completo, muy ordenado y documentado, y del que pueden obtenerse provechosas enseñanzas para la clínica. — ECHEVERRÍA VICENTE.

CATITA, A. — «CANCRO DO ESTÓMAGO». *«Jornal do Médico», n.º 1.034, noviembre 1962. Lisboa.*

DESPUÉS de unas consideraciones sobre el angustioso problema del cáncer gástrico, ya que solamente un diagnóstico precoz puede, en no todos los casos, conseguir que la cirugía sea de alguna eficacia, el autor se limita, con muy buen criterio, a tratar de aquello que puede constituir una esperanza con vistas a este diagnóstico precoz, y así se ocupa, con cierto detenimiento, de la radiología, citología, gastroscopia, gammagrafía y de la fotoscopia y radiocinematografía, dedicadas estas últimas a un diagnóstico en exámenes periódicos colectivos. — ECHEVERRÍA VICENTE.

FAUVERT. — «MODALIDADES EVOLUTIVAS DE LAS HEPATITIS VIRALES» *(Modalités evolutives des hepatites virales). «Le Concours Medical», n.º 43, octubre 1961. París.*

SE trata del resumen de una conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de París, el 13 de diciembre de 1960, en la que se hace una revisión no muy profunda de la epidemiología, síntomas y diagnóstico y tratamiento de las hepatitis viriásicas. — ECHEVERRÍA VICENTE.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

RODRÍGUEZ, O.- «LA DERMATOLOGÍA EN MÉJICO. SUS ORÍGENES». *«Dermatología», vol. V, n.º 2, págs. 123-128, junio 1961. Méjico.*

ES el primero de una serie de artículos sobre el origen y desarrollo de la Dermatología en Méjico. Se supone que los conocimientos que sobre esta rama de la Medicina existían en Europa fueron llevados a Méjico por los conquistadores. La Escuela de Medicina fue fundada en 1823, aunque desde 1735 había existido el Colegio Real de Médicos y el de Cirujanos. Los primeros trabajos dermatológicos de que se tiene noticia datan de mediados del siglo pasado: en 1842 se publica en el periódico de la Sociedad Filoiátrica el trabajo de Ladislao de la Pascua: «Elefantiasis de los griegos». Otros trabajos dermatológicos fueron: «Soriasis curada por la vacuna» y «Lesiones tróficas de la piel», de Bandera; «Estudio sobre la lepra», de Reyes; «Niguas», de Andrade, y «Cuerno de la piel», de Ortega,

así como el opúsculo sobre el «mal de San Lázaro» o «Elefantiasis de los griegos», de Lucio. En 1888 solamente dos de los doscientos treinta y dos médicos graduados en la Escuela Nacional de Medicina atendían enfermos de la piel, y en 1897 aparece el primer estudio estadístico sobre enfermedades de la piel, de González-Urueña. — FELIPE VARA SANTOS.

RAMÍREZ-VALDÉS, G. — «PANORAMA DERMATOLÓGICO DE AGUASCALIENTES». *«Dermatología», vol. VI, n.º 1, págs. 47-70, marzo 1962. Méjico.*

EL autor hace una revisión histórica de la Medicina en Aguascalientes desde 1685, en que se concede autorización para la fundación del primer hospital, hasta la actualidad, en que se cuenta con el Hospital Civil, el Hospital de los Ferrocarriles, el Instituto Mexicano del Seguro Social y dos sanatorios.

Referente a la Dermatología, expone los datos de mil setenta y siete casos nuevos vistos en la consulta del I. M. S. S. en dos años, encontrando que los padecimientos psiconeurológicos y los reaccionales son los más abundantes, siguiendo las micosis superficiales; y, en cambio, hubo escaso número de sífilis y tuberculosis.—FELIPE VARA SANTOS.

RODRÍGUEZ, O., y SAÚL, A. — «LA DERMATOLOGÍA EN MÉJICO. LA ENSEÑANZA». *«Dermatología», vol. V, núms. 3 y 4, páginas 251-256, diciembre 1961. Méjico.*

EN este segundo capítulo de la historia de la Dermatología en Méjico se trata de la enseñanza al estudiante de Medicina en la capital de la República. La primera cátedra se establece en 1902, siendo el primer profesor el doctor Angel J. Rodríguez, a quien sucedió el doctor Cicero; luego, el doctor González Urueña, y más tarde, los doctores González Horrejón y Latapí.

Se mencionan las aportaciones que estos dos últimos médicos dieron a la enseñanza.

En la Escuela Médico Militar, la clase se inició en 1920, con el doctor Vicente Ramírez, y en la Escuela Superior de Medicina Rural, en 1940, con el doctor Roberto Núñez Andrade. — FELIPE VARA SANTOS.

COTTINI, G. B., y RANDAZZO, S. D. — *«Dermatología. Revista Mexicana», volumen VI, núm. 1, págs. 43-46, marzo 1962. México.*

CON motivo del estudio de un caso, un hombre con lesiones exclusivamente en las uñas (fragilidad, coloración gris verdosa y escamas en el surco subungueal), que aparecían cuando el paciente iniciaba su trabajo en una bodega de limones, los autores hacen los estudios complementarios que demuestran que el proceso es producido por Penicillium glaucum, y comentan que aunque este hongo se considera no patógeno, en algunos casos ha demostrado capacidad para atacar los tegumentos. — FELIPE VARA SANTOS.

ENDOCRINOLOGÍA

MARIGIO, S. — «LA DIABETES MELLITUS.» *(Il Diabete Mellito.) «Min. Med.», 54, 1, 1, 1963. Torino.*

SE trata este artículo que comentamos de una revisión para el médico práctico realizada por uno de los diabetólogos de más experiencia de la escuela italiana, y si nos detenemos en su lectura es, no tanto por lo que dice (puesto que se trata de una revisión general dedicada especialmente al médico práctico), sino por la manera de exponer sus datos. En las treinta y siete páginas del trabajo, se revisa de una manera ágil, amena, con dibujos llamativos, claros e incluso graciosos en muchas ocasiones, todo el complejo problema de la diabetes, desde las cuestiones epidemiológicas y fisiopatológicas hasta las referentes al diagnóstico y enjuiciamiento de los enfermos. Discute las normas necesarias para el control, y señala la manera de manejar la insulina y los fármacos hipoglucemiantes junto con la dieta.

La fácil lectura del trabajo, nos impide darnos cuenta de la profundidad de su contenido y de los problemas que evita y simplifica al lector. Aunque, como decimos, no se trate de un trabajo original, sino de una revisión, en la que faltan las citas, pues la bibliografía se recoge al final en conjunto, es un buen modelo de cómo debían ser las revisiones de conjunto, para resultar útiles y agradables. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MULLER, P., y otros (Estrasburgo). — «HIPOPLASIA OVÁRICA: VARIEDADES CLÍNICAS, PROBLEMAS ETIOPATOGÉNICOS Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS» *(L'hypoplasie ovarienne: variétés cliniques, problèmes étio-pathogéniques et possibilités thérapeutiques). «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», n.º 2, febrero 1963. París.*

PRIMERAMENTE definen y describen la hipoplasia genital. A continuación hacen la distinción clínica en: primero, forma severa, vecina al síndrome de Turner, cuyo diag-

tóstico diferencial exponen: segundo, una forma leve, que diferencian del síndrome de Stein-Leventhal, y tercero, una forma media, de la que exponen un caso.

Como síntomas constantes de hipoplasia ovárica señalan: tasa normal de F. S. H., ausencia de ovulación y tendencia negativa de la cromatina sexual a despecho del tipo femenino indiscutible.

Como síntomas variables, los que reflejan la actividad foliculínica del ovario. Por consiguiente, la función estrogénica, prácticamente nula en la forma severa, casi normal en la ligera, más o menos marcada, según los seceptores, en la forma media.

En la etiopatogenia señalan como responsable al hipotátamo, que por vía nerviosa se transmitiría a los ovarios, los cuales no responderían a las excitaciones de las gonadotrofinas hipofisarias.

Las posibilidades terapéuticas son escasas; sólo los ciclos artificiales tienen éxito, pero es sólo un tratamiento sintomático que no puede ser seguido del establecimiento de ciclos menstruales espontáneos. Es posible que los nuevos medicamentos con acción sobre el sistema nervioso central, como las hidantoínas bromadas, puedan proporcionar una ayuda interesante. — J. RIVERA.

PLASSE (Marsella). — «TRATAMIENTO LOCAL POR HIDROCORTISONA DE LAS VAGINITIS MICROBIANAS Y PARASITARIAS» *(Traitement local par l'hydrocortisone des vaginites microbiennes et parasitaires). «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», número 12, págs. 831-834, diciembre 1962. París.*

CUANDO una enferma tiene prurito y sensación de quemazón en genitales, acude presurosa en busca de remedio. Si bien hay que calmar cuanto antes estas molestias, es preciso proceder a un tratamiento adecuado.

Hacer una investigación cuidadosa en busca de la etiología exacta, y mientras, aliviar.

Resume sus treinta observaciones y concluye que tiene una impresión muy favorable, en particular en lo que concierne al prurito, o sea, el síntoma más penoso. El flujo disminuye y a veces desaparece.

Cree, pues, que el tratamiento local con hidrocortisona en forma de óvulos secos es muy útil, bien como tratamiento de espera hasta conocer el diagnóstico etiológico, bien como complemento una vez puesta en evidencia la etiología. — J. RIVERA.

BURTHIAULT, R. (Lyon). — «ABORTOS INVOLUNTARIOS DE REPETICIÓN» *(Les avortements involontaires à répétition). «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», n.º 12, págs. 825-830, diciembre 1962. París.*

INSISTE en la necesidad de tener la certeza del aborto por una previa reacción positiva de embarazo o un análisis de los restos.

En distintos apartados estudia: las causas precoces, el estado normal de la mucosa uterina, el estado de la madre, las causas mecánicas y las causas hormonales.

Concluye afirmando que: primero, toda mujer que haya presentado con certeza por lo menos dos abortos involuntarios, debe, necesariamente y antes de un nuevo embarazo, sufrir los exámenes necesarios destinados a precisar en la medida de lo posible la o las causas de los abortos, permitiendo así instaurar, si fuese necesario, un tratamiento profiláctico; y segundo, ante un nuevo embarazo es indispensable buscar las anomalías o insuficiencias hormonales que puedan existir, prescribiendo la terapéutica apropiada.

Finaliza aconsejando comprensión y confianza hacia la enferma en estos casos.—J. RIVERA.

LÉVY, G., y otros. — «INTERÉS PRÁCTICO DE LA COLPOCITOLOGÍA AL FIN DEL EMBARAZO» *(Intérêt pratique de la colpocytologie en fin de grossesse). «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», n.º 2, páginas 196-180, febrero 1963. París.*

EXPONEN la forma de hacer la toma del producto, su coloración y examen, señalando las distintas imágenes según las épocas del embarazo.

En presencia de una extensión con las características de «antes del término del embarazo» hay el 83 por ciento de oportunidades de que no se desencadene el parto en los tres días siguientes a la toma.

Cuando se observa una extensión con las características de «a término de gestación», el parto sobreviene en los tres días próximos en el 85 por ciento de los casos, y el desencadenamiento tiene éxito en el 84'5 por ciento de los casos, sin alterar el pronóstico fetal, sin perjuicio para el feto.

En presencia de una extensión con las características de «pasado el término», es preciso desencadenar el parto, incluso hacer cesárea en los raros casos en que los medicamentos fracasen.

La colpocitología tiene un gran valor de orientación. Los resultados deben ser confrontados con los demás elementos clínicos y fisiológicos antes de tomar una decisión terapéutica. — J. RIVERA.

APARATO RESPIRATORIO

GRAZIOLI, C.; MERLO, G., y MONTEVERDE, A.—«ESTUDIO CLÍNICO DE OCHO CASOS DE BISINOSIS, CON PARTICULAR REFERENCIA A LOS ASPECTOS BRONCOGRÁFICOS Y BRONCOSCÓPICOS DE LA ENFERMEDAD.» *(Studio clinico di 8 casi di bissinosi, con particulare riguardo agli aspetti broncografici e broncoscopici della malattia.) «Minerva Medica», 51, 1, 41. 1960. Torino.*

LOS autores revisan las características de la patología respiratoria profesional en los trabajadores del algodón, a consecuencia de la acción del polvo sobre el tracto respiratorio, y señalan después el cuadro clínico, funcional y broncoscópico de ocho enfermos de bisinosis en estado avanzado.

Consideran como elemento de particular interés las lesiones bronquiales bajo forma de espasmos difusos, compresiones linfoglandulares múltiples, alteraciones del dibujo broncoalveolar que señalan una grave afectación, en todos los pacientes, de la actividad ventilatoria, comprobada por los estudios espirográficos.

Los autores señalan que el problema de la bisinosis debe ser considerado por las sociedades de seguros como una enfermedad que ocasiona grave invalidez y que debe considerarse entre las profesionales que deben ser indemnizadas.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

ENDARA (Quito). — «PERSONALIDAD Y EGO.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», vol. X, número 39, págs. 351-372. julio-septiembre. Casa de la Cultura Ecuatoriana. 1962. Quito.*

EL profesor Endara señala la dificultad de precisar concretamente el concepto de personalidad y hace un bosquejo histórico de los esfuerzos realizados por los investigadores desde las más rémotas épocas, en un intento de adentrarse y explicar su contenido, límites y proyecciones, que llevaron a los clásicos a considerar como una función aislada de la mente humana. Precisa el momento actual en el enfoque de lo que es, y para dar a su trabajo una forma didáctica, considera pueden dividirse a las escuelas que la estudian en dos grandes grupos: Las orientadas psicoanalíticamente y las de orientación no analítica. Con lujo de detalles va pasando revista a las figuras preeminentes mundiales de los tiempos contemporáneos, que pueden afiliarse a unas u otras escuelas, haciendo gala de documentación envidiable y de erudición poco común, extractando distintos puntos de vista, resumiendo conceptos, reproduciendo fielmente determinadas opiniones, para que el lector pueda hacer su propia composición de lugar merced a su encomiable tarea de darle semidirgido todo aquello que hasta el presente ha merecido el honor de ser reproducido y analizado. — LUIS DEL CAMPO.

NARANJO y E. DE NARANAJO (Quito).— «SOBRE CRECIMIENTO Y REPRODUCCIÓN. INFLUENCIA DE DROGAS PSICOTRÓPICAS.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», vol. X, núm. 39, págs. 259-276, julio-septiembre 1962. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.*

LOS autores han realizado una serie de experiencias en su laboratorio con ratones, para ver de confirmar las observaciones y deducciones de diversos investigadores, quienes afirman que ciertas drogas tranquilizantes aumentan el apetito y exaltan la apetencia sexual al actuar sobre diversas zonas del lóbulo temporal. Emplean en sus experiencias diversos fármacos psicotropos y comprueban que, efectivamente, es dable confirmar aquellas tesis e incluso comprobando que tales efectos son más marcados o acentuados con unas drogas que con otras, encontrando personalmente una relación de mayor a menor bajo la siguiente escala: clorpromazina, promazina, hidroxina, benacticina, perfenazina, cuyos valores respectivos expresados cuantitativamente serían: 2'6, 2'0, 1'6, 1'4, 1. En cambio, utilizando la nialamida, inhibidora de la monoamino-oxidasa, de efectos anorexiantes, observaron fenómenos contrarios con respecto a los ratones testigos, es decir, como consecuencia de la menor alimentación más escaso desarrollo somático y peso. Por todo ello, aun cuando el número de sus experiencias son limitadas por el escaso número de animales empleados, y así resultan sus deducciones exiguas, cabe, no obstante, deducir que los fármacos psicotropos producen polifagia y, como consecuencia, aumento del peso, al tiempo que las hembras de los animales del laboratorio parían antes, aproximadamente una semana, siendo sus crías normales y sin taras en su proyección posterior. — LUIS DEL CAMPO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 447 - TOMO LXXV
JUNIO 1963
SECCIÓN VARIA

HAGIOGRAFÍA PATOLÓGICA

LA ÚLTIMA ENFERMEDAD DE LA MÍSTICA DOCTORA DE ÁVILA

POR EL

DR. JUAN PAULIS PAGÉS

DE LAS SOCIEDADES CUBANA, ESPAÑOLA Y FRANCESA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

BARCELONA

En pleno apogeo las solemnes jornadas españolas del Año Jubilar Teresiano, promulgado por S. S. el Papa Juan XXIII, en el cuatricentenario de la Reforma de la Orden de la Sacratísima Virgen María del Monte Carmelo [1], nuestra senecta mano empuña trémula el bolígrafo para glosar con discreta y reverente prosa un punto concreto de la compleja polipatía que aquejó de por vida la Santa Madre Teresa de Jesús, carmelita descalza de plurales y excelsas virtudes.

Tales fueron ellas que, al hilo de los días, un formidable orador sagrado, imaginativo y patético, JAIME-BENIGNO BOSSUET, pudo escribir, con evidente acierto, que la Mística Doctora de Avila «fue una criatura que vivió en la tierra como si hubiese vivido en el cielo». A exaltar, con fervores de admiración cristiana, la figura cumbre y señera de la Santa Andariega de Castilla, se enderezan estas páginas pregoneras del esclarecido talento de la incomparable escritora clásica española.

1. BOSQUEJO BIOGRÁFICO

No están de acuerdo los hagiógrafos contemporáneos acerca del lugar en que naciera, el 28 de marzo de 1515, la que es hoy, en gracia a su acrisolada y sabia fe católica, excelsa Patrona de España.

Mientras unos dan por seguro que ocurrió el natio en una rica propiedad situada en el interior del amurallado recinto de la breve, pulcra y señorial villa abulense, otros afirman que fue en una finca rústica de Gotarrendura, pintoresca aldehuela situada a cuatro leguas escasas de Avila de los Caballeros.

Fueron sus venturosos padres el hidalgo castellano don Alonso Sánchez de Cepeda y la noble dama doña Beatriz Dávila y Ahumada.

Poco se sabe de cómo transcurrió la infancia de esa hermosa niña a la que se puso por nombre Teresa.

[1] En 1562, S. S. el Papa Pío IV aprobó la Reforma del Carmen propuesta por la Madre Teresa de Jesús, la cual consistía, en suma, en devolver a la Orden la primitiva observancia de las reglas austeras que seguían los primitivos eremitas del Monte Carmelo.
Consúltese, para mejor ilustración, «Regla y Constituciones» de los PP. Camelitas Descalzos.

Su madre, que tomó en propia mano la delicada misión de enseñar a leer y escribir a la pequeña, era mujer muy instruída que había cobrado gran afición a los libros de la época.

Los más amenos entre ellos solía leerlos en voz alta a sus hijos, que los escuchaban con verdadero deleite.

Mostraba predilección doña Beatriz por aquellos volúmenes en los que sus autores solían relatar con apasionado estilo los crueles martirios que inflingían los infieles a los misioneros y por aquellos otros de insólitas aventuras corridas por apuestos y esforzados caballeros andantes, desfacedores de toda suerte de entuertos.

Fruto de la sugestión que ejercieron esos libros en la mente impresionable de Teresa, fue su fracasado intento de huir a tierras de morería, cuando contaba siete años, para que los enemigos de nuestra religión «la descabezaran por Cristo», y el haber escrito a sus dieciséis abriles un fantástico libro de caballería que, parece ser, dejaba tamañito al tan popularizado «Amadis de Gaula», engendro nacido de la calenturienta imaginación de un escritor anónimo.

Temiendo Teresa que, al declararse autora de ese novelesco manuscrito, las gentes la creyeran marisabidilla e hicieran burla de ella, soltándose a placer las lenguas de aspid, propuso la escritora novel a su hermano don Rodrigo —caballero diestro en el manejo de las armas— que aceptara la colaboración, poniendo la firma junto a la suya.

Así lo hizo.

Posteriormente, nadie ha conseguido saber a ciencia cierta dónde fue a parar el manuscrito de ese infortunado libro de Teresa de Cepeda, cuya desaparición lamenta la posteridad.



SANTA TERESA DE JESÚS, GRABADA EN BOJ POR UN ARTISTA ANÓNIMO. REPRODUCCIÓN AUTORIZADA A «CLÍNICA Y LABORATORIO» POR EDITORIAL SUBIRANA, DE BARCELONA, PROPIETARIA DEL DIBUJO.

Empero, importa tener en cuenta que simultáneamente con esos apetitosos bocadillos literarios sacados de las alacenas de los inquietos caballeros andantes, otros platos de mejor adobo espiritual se ofrecieron al delicado paladar de la Santa en ciernes.

* * *

Corría a la sazón el año 1531. Teresa había cumplido dieciséis años. Advertidos sus padres de que —como nos ha dejado escrito Fray Silverio de Santa Teresa, O. C. D., en el prólogo de la cuarta edición de las obras completas de nuestra Santa— «sus gracias naturales eran muchas y la viveza de su ingenio la hacían ídolo de la noble juventud avilesa», decidieron formalizar su ingreso como pen-

sionista en el Convento de las Madres Agustinas de Gracia, renombrado centro educacional, situado a extramuros de la villa, donde recibían intrucción las muchachas de la rancia nobleza destinadas a contraer ventajoso matrimonio.

Dirigía a la sazón ese aristocrático colegio abulense doña María de Briceño, «religiosa muy aventajada en virtud, de extraordinario talento y de agradable y exquisito trato», que tuvo a gala estudiar a fondo el carácter de la nueva educanda y ocuparse personalmente de ella.

No tardó la experta directora en poner en conocimiento de los padres de Teresa que sus acariciados proyectos iban a resultar fallidos. Porque pudo observarse que a poco de residir Teresa en «Las Agustinas» ya dio pruebas palmarias de su inteligencia despierta y de su exaltado fervor cristiano.

Así lo atestiguaban las edificantes conversaciones que sostenía con sus condiscípulas la estudiosa hija de los Cepeda, hidalgos de muchos pergaminos, pero de escasos doblones.

* * *

Importa tener en cuenta que, en «Las Agustinas», se preparaban para el mundo hijas de nobles señores de vieja solera castellana cuyas preocupaciones de orden espiritual eran muy distintas a las de Teresa de Cepeda, la que, para no desentonar de sus compañeras de pensionado, hubo de esforzarse en aprender las finas maneras de conducirse con las gentes de noble rango y ensayar las protocolarias reverencias en boga en los regios salones.

Es más; para no ser blanco de las burlas de sus condiscípulas, tuvo que soportar, con resignada paciencia, la tabarra de sus insulsas conversaciones, que casi siempre versaban sobre los vestidos de relumbrón que imponía la moda, los peinados, dichos «de buen ver» y el entretenimiento de la cara con las «mudas para el rostro», y las «aguas de resplandor», así como con otros ungüentos más caros y codiciados, que «fabricaban» en el íntimo secreto de la rebotica algunos «apotecarios» de la coronada villa. Las manos de Teresa de Cepeda —las mismas que, años después, cosían e hilaban a la perfección y preparaban sabrosos condumios y dulces exquisitos que «se comían solos»— recibían algunas mañanas los cuidados de una experta colegiala que le aderezaba y pulía las uñas, aplicándole sahumerios y baños hasta que, de puro limpias, daban reflejos.

Teresa de Cepeda —según nos la describe la Madre María de San José, C. D., en su «Libro de las Recreaciones»— era «muy hermosa y de mediana estatura, antes grande que pequeña. Su rostro era de tal suerte que no se puede decir fuese redondo ni aguileño. La frente, ancha; las cejas, de color rubio oscuro y algo arqueadas. Los ojos, negros, vivos y redondos, no muy grandes, mas muy bien puestos. La nariz, redonda y disminuída hasta igualar con las cejas, formando un apacible entrecejo. Gruesa más que flaca y en todo bien proporcionada. Tenía muy lindas manos, aunque pequeñas».

En un manuscrito de la época y de autor anónimo que nos fue dable hojear en la «*boutique d'antiquités*» de un viejo judío parisiense, pudimos leer: «Con ser Teresa de Cepeda de harta hermosura, jamás se pagó de ella». «Tenía un andar airoso.»

Recordándola, ese biógrafo desconocido, en sus días de pensionista en el Colegio de «Las Agustinas», destaca de su indumentaria «una saya de paño anaranjado, ribeteada con terciopelo negro» que, suponemos, le sentaría muy bien.

¿Tuvo Teresa aspirantes a su blanca mano?

Por dos veces, unos muchachos de hidalga prosapia, se dirigieron a don Alonso de Cepeda para pedirle la mano de su hija Teresa y ofrecerle en arras las más ricas joyas salidas de los obradores de los más famosos orfebres españoles del siglo XVI.

Pero también otras tantas renunció Teresa de Cepeda a la cuantiosa fortuna que sus pretendientes ofrecían aportar al matrimonio.

Pudo la noble damita abulense ver ricamente ensortijados su dedos con anillos de oro y brillante pedrería incrustada, pero su claro y entero juicio le impidieron avenirse con esa ridícula y vulgarísima ostentación humana, incompatible con su espíritu selecto y sus relevantes virtudes cristianas.

Y llegado el momento de elegir entre el amor terreno y el amor divino, Teresa de Cepeda decidió tomar en celestial desposorio el nombre de Jesús. ¡Ahí es nada ser esposa espiritual del glorioso Mártir del Gólgota y sublime Redentor de la Humanidad!

* * *

He aquí, al correr de esta lacónica biografía, algunos hitos que importa no pasen desapercibidos.

A mediados de 1532, o sea, al año y medio de residir Teresa de Cepeda en el Colegio de las Madres Agustinas de Gracia, hubo de abandonar el internado porque —escribe la Madre Teresa de Jesús en su autobiografía— «dióle una gran enfermedad» —cuyo carácter no especifica, y es la primera que registramos— «que hubo de tornar en casa de su padre».

El P. Emilio María de Santa Teresita, O. C. D., en unas notas discretísimas sobre la patología de la Madre Teresa de Jesús, insertas en la «Biblioteca de Autores Cristianos», atribuye un «origen neurótico» a estos y otros trastornos orgánicos —«paroxismos»— que acusaba la joven en sus mocedades.

Con el propósito de que se restableciera de ellos, su padre la envió unos días a casa de su tío don Pedro, que residía en Hortigosa.

Este virtuoso caballero dio a leer a su sobrina Teresa el «Tercer Abecedario», del célebre franciscano Fray Francisco de Osuna [2].

Libro que, más tarde, fue de gran provecho a la religiosa, pues le sirvió de guía mística y le enseñó a practicar con tino la oración mental.

Medio adecuado que tienen las almas para comunicarse con Dios una vez recogidas.

A seguido, la joven Teresa pasó larga convalecencia en la casa solariega de su hermana doña María, casada con don Martín de Guzmán, residentes en Castellanos de la Cañada, aldehuela situada en los confines de la provincia de Salamanca.

Allí gustó Teresa las delicias del campo. Su permanencia en aquel hogar austero, le permitió tomar sobradas horas de meditación antes de decidirse por el mundo o el claustro.

---

[2] El «Abecedario espiritual», de Fray Francisco de Osuna, es conocido vulgarmente por «El abecedario», porque cada capítulo comienza por una letra correlativa de nuestro alfabeto.

Preconiza el citado franciscano la «oración de recogimiento», porque la considera un «advenimiento del Señor al ánima».

Los más destacados escritores místicos del Siglo de Oro —Zárate, Orozco, Santa Teresa de Jesús, el Beato Juan de Avila y San Juan de la Cruz— coinciden en que esta oración eleva a lo más alto el ánima» y permite «adorar a Dios en espíritu y verdad tal cual es El».

2. Toma de hábito

Su decisión no se hizo esperar.

Teresa de Cepeda tomó el hábito el 2 de noviembre de 1535, en el Monasterio de la Encarnación de las Madres Carmelitas de Ayates, situado al norte de Avila, en las afueras de sus impresionantes murallas. Contaba al vestirlo cerca de veintidós años de edad.

Profesó al año siguiente, y «poco después cayó tan mala que se temió por su vida».

Como no se guardaba clausura papal en dicho Convento, don Alonso de Cepeda, su padre, de acuerdo con la Priora, decidió trasladarla a su casa para dar facilidades al médico que debía asistirla.

En vista de que pasaban los días y el galeno abulense no daba con el remedio que convenía a la enferma, don Alonso, de conformidad con la Priora, condujo a su hija a Becedas, villorrio a quince leguas al Oeste de Avila, donde residía «una curandera de mucha fama en toda clase de enfermedades».

Como dicha «saludadora» solía verse desbordada por «numerosa y rica clientela», no comenzó a tratar a la ex claustrada, según «sus maneras», hasta primeros de abril de 1538.

La «terapéutica» que «la entendida mujer de Becedas» empleó en el caso de la Madre Teresa de Cepeda, consistió en administrarle todos los días un purgante drástico, hasta dejarla con los huesos y la piel.

Tan mal parada la vio su atribulado padre, que —como veremos en un próximo capítulo— dispuso su inmediato regreso a Avila. Una vez aposentada, don Alonso llamó en consulta a varios reputados médicos para que la examinaran con detenimiento.

* * *

A duras penas consiguieron éstos que recobrara Teresa de Cepeda parte de la salud perdida.

Estimulada la sufrida carmelita con su gran fervor religioso, reingresó en el Monasterio de la Encarnación dispuesta a proseguir la obra que, con la ayuda de Dios, se proponía realizar.

Casi nada se sabe de lo que, en realidad, fue la vida conventual de Teresa de Cepeda, de los veinticinco a los cuarenta y cinco años, en que permaneció en dicho Monasterio.

Algunos escritores teresianistas, generalmente bien informados, aseguran que durante esos veinte años de edificante monjío, se ejercitó, la Santa en ciernes, en la recoleta práctica de la oración mental, y merced a ella llegó a conseguir un alto grado de perfección cristiana.

3. La reforma teresiana

El Monasterio de la Encarnación albergaba ciento treinta religiosas de clausura mitigada, entre las cuales era difícil mantener una disciplina severa, porque —como ha escrito Teresa de Jesús— «muchas mujeres son siempre malas de gobernar».

Reparando en ello Teresa de Cepeda, y también en otros «defectos» que sería prolijo enumerar, pensó seriamente en «restituir la Orden del Carmen a su primitiva pureza y perfección de vida».

Porque en la Encarnación se tenía muy en cuenta el rango social de las claustrales, y esas «distinciones» estaban reñidas con el espíritu ascético de las solitarias del Monte Carmelo, es que la Santa Madre, animosa y resuelta, decidió llevar a cabo la acariciada reforma. Y un buen día, interrumpiéndose la edificante plática que tenía en su celda con su sobrina moza doña María de Cepeda y de Ocampo [3], exclamó ésta:

—Pues vámonos las que estamos aquí a otra manera de vida más solitaria, a manera de ermitañas.

Dispuesta la noble religiosa a tomar parte personalmente en el proyecto y a financiarlo, le ofreció al punto mil ducados de su legítima para contribuir a la fundación de un nuevo Monasterio.

La Reformadora, con no menos entusiasmo, prometió vender todas las alhajas que le habían correspondido en herencia a la muerte de su madre, para con el producto comprar la campana que tañería en la futura morada carmelitana.

A mediados de 1561, la Madre Teresa de Cepeda y su íntima amiga doña Guiomar de Ulloa —que también aportó sus ducados— compraron una casita, «tosca y sin labrar», situada en el Arrabal de Levante de Avila y en el punto denominado Barrio de San Roque. Así «Teresa la ensoñadora» pudo ver convertidas en realidad sus ilusiones de niña, cuando jugaba a construir monasterios.

Los de ahora ya no serían de mentirijillas, sino de verdad, con monjas auténticas de carne y hueso, dotadas de almas sensibles y bien dispuestas a vivir unidas a Dios por la oración.

4. El Monasterio de San José

Admitida y autorizada por S. S. el Papa Pío IV la Reforma del Carmen, según la propugnaba nuestra hagiografiada, y con la oportuna licencia del Obispo de la Diócesis, Monseñor Pedro González de Mendoza —hijo del Duque del Infantado—, la Madre Teresa de Cepeda pudo inaugurar en Avila, el 24 de agosto de 1562, día de San Bartolomé, su primer Monasterio de Carmelitas Descalzas, bajo la advocación del Patriarca San José [4].

Aconteció esa venturosa efemérides en un risueño amanecer, turbado por el sonido estridente de un campanillo agujereado de tres libras escasas de peso, que una simpática monjita echó al vuelo y que sembró la alarma y la emoción en el aún durmiente vecindario avilés.

Los curiosos —en este caso «pertinentes» y no «impertinentes»— que abandonaron la cama sobresaltados para vestirse presurosos y lanzarse a la calle en busca del campanillo desconocido que armaba tal bullanga, se encontraron con la agradable sorpresa de la minúscula capilla de un convento recién nacido a la vida cristiana.

Sus puertas se hallaban abiertas de par en par y «los curiosos pertinentes» se asomaron al interior de aquel nuevo templo del Señor, ocupado en parte por gentes que estaban en el secreto de aquel milagro que acababa de realizarse.

¿Quiénes son —se preguntaban los recién llegados— esas cinco mujeres que se encuentran en el primer banco, vestidas de jerga parda, basta y grosera, con los pies descalzos —así andaban los apóstoles— y cubierta la cabeza con un velo de aspecto funerario?

---

[3] En religión, Madre María Bautista.

[4] El último Monasterio de Descalzas fundado por la Madre Teresa de Jesús fue el 19 de marzo de 1562, en Burgos, seis meses antes de librar su alma al Señor.

Por contraste, llevan en sus manos el escapulario de la Virgen del Carmen y una capa blanca, símbolo de virginal pureza.

Se trata de cinco religiosas que apetecen una mejor vida espiritual. Una de ellas nos es bien conocida.

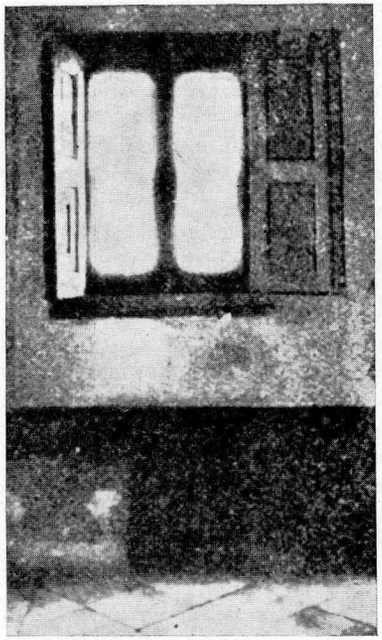
Su nombre nos resulta familiar. Pero... a partir de esta fecha histórica, lo cambiará por el de Teresa de Jesús.

También harán lo propio las cuatro hermanas en Cristo que la acompañan. Olvidando sus ilustres apellidos nobiliarios, se llamarán en adelante Ursula de los Santos, Antonia del Espíritu Santo, María de la Cruz y María de San José.

«Sobre estas cuatro columnas —escribe el P. Heliodoro del Niño Jesús, C. D.— levantó Teresa de Jesús el colosal edificio de la Reforma carmelitana.»

* * *

Teresa de Jesús, esa Santa doncella española, que —escribe el Rvdo. Padre Bilbao Arístegui, Pbro.— «supo volcarse en caridad hacia las lacerías y quebrantos del prójimo», la sabemos ahora recluída tras una doble reja de madera con varillas muy cerradas y espesas que la separan del mundo.



VISTA INTERIOR DE LA HUMILDE CELDA QUE LA MADRE TERESA DE JESÚS OCUPÓ DE 1564 A 1567 EN EL PRIMER MONASTERIO DE CARMELITAS DESCALZAS DE SAN JOSÉ, FUNDADO POR ELLA EL 24 DE AGOSTO DE 1562, EN AVILA DE LOS CABALLEROS. SENTADA LA GENIAL REFORMADORA EN EL DURO SUELO DE ESE INCÓMODO HABITÁCULO Y TENIENDO POR MESA UN POYO DE PIEDRA ADOSADO A LA PARED, ESCRIBIÓ, A PETICIÓN DE FRAY DOMINGO BÁÑEZ —CÉLEBRE TEÓLOGO DOMINICO—, «CAMINO DE PERFECCIÓN», UNO DE SUS LIBROS MÁS RENOMBRADOS. (ARCH. FOT. DE J. PAULIS PAGÉS)

Desarrolla la fundadora su intensa vida espiritual entre la oración en el coro, en las ermitas, en las oficinas y en la celda.

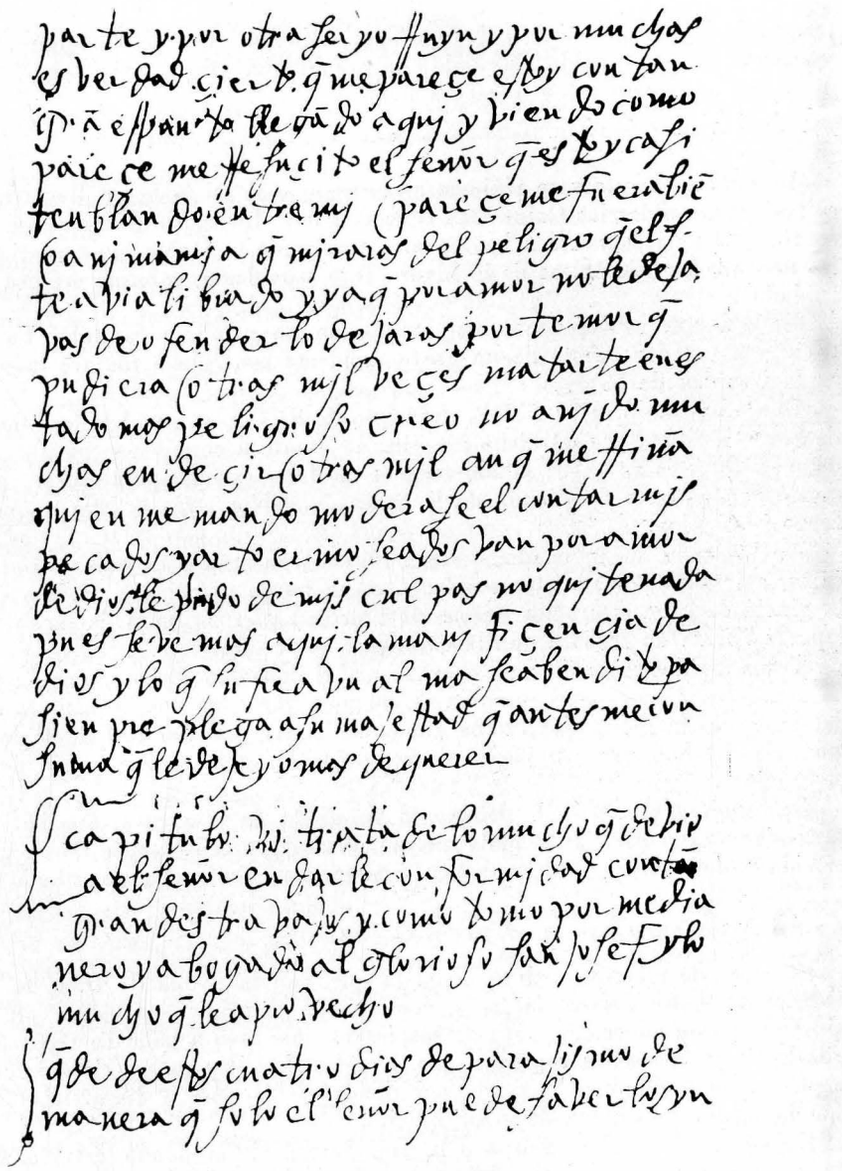
Aposentos exiguos, pero cabales para vivir, con todo rigor, la existencia carmelitana.

A imitación de los primitivos solitarios del Monte Carmelo, también Teresa de Jesús ora por igual en el trabajo, cuando maneja la rueca y el huso, que al punto de remendar alpargatas, zurce hábitos o habérselas con pucheros y sartenes, porque «también entre ellos anda el Señor». Es la suya una vida de abstinencia, de mortificación y de prolongados ayunos.

Los quehaceres de Teresa de Jesús suelen ser idénticos todos los días. Después de los rezos en comunidad, barre la santa casa, lava la ropa, su escudilla y su cubierto de madera y torna a la celda —fría, húmeda y minúscula—, y sentada sobre el enlosetado y apoyando «sus papeles» en un voluminoso poyo junto a la ventana, escribe sus cartas, sus versos y su autobiografía.

Teresa de Jesús llega en sus meditaciones a un tan alto grado de arrobamiento místico y de sincera expresión de amor y dolor divino, que su figura humana se transforma en un ser inmaterial viviente que digérase aletea suspendido en el aire.

Entre los éxtasis impresionantes y prodigiosos de Teresa de Jesús, que registra con áureos caracteres la Mística Carmelitana y han pasado a la posteridad, des-



FOTOCOPIA DEL FOLIO XVII DEL MANUSCRITO ORIGINAL DE LA AUTOBIOGRAFÍA DE LA SANTA MADRE TERESA DE JESÚS, OBTENIDA POR EL FOCOCOPISTA OFICIAL DE LA FAMOSA BIBLIOTECA ESCURIALENSE, DON JOSÉ DE PRADO, PREVIA AUTORIZACIÓN ESPECIALMENTE CONCEDIDA POR EL RVDO. P. FRAY FLORENCIO ALVAREZ, PRIOR DEL REAL MONASTERIO DE SAN LORENZO DEL ESCORIAL (PP. AGUSTINOS), A QUIEN SIGNIFICAMOS NUESTRO SINCERO RECONOCIMIENTO. EN ESE GRANDIOSO MONUMENTO DÓRICO, DE PURO ESTILO HERRERIANO, TENIDO POR LA OCTAVA MARAVILLA DEL MUNDO, Y QUE UN REY (FELIPE II) MANDÓ CONSTRUIR EN 1563 PARA QUE SIRVIERA DE ADMIRACIÓN Y ASOMBRO A LAS VENIDERAS GENERACIONES, SE CONSERVAN CUATRO LIBROS MANUSCRITOS ORIGINALES DE LA MÍSTICA DOCTORA DE AVILA. A SABER: «LA VIDA», «CAMINO DE PERFECCIÓN», «MODO DE VISITAR LOS CONVENTOS» Y «FUNDACIONES». TAMBIÉN SE GUARDA LA ESCRIBANÍA DE LA SANTA.

taca el de la Transverberación [5], en el que, «libre su alma del remolque del cuerpo y ausente de su contenido, está toda ella prendida en Dios». «Tan prendida y unida a El que se sienten como una cosa indivisa.»

* * *

El restringido y severo régimen alimenticio —si así podemos llamarle— a que se hallan sometidas las Carmelitas Descalzas del Monasterio de San José de Avila, se ajustaba perfectamente a las austeras Reglas de la Orden, pero desentonaba de las necesidades fisiológicas de la Madre Teresa de Jesús, enferma crónica de algún cuidado.

De sus enfermedades nos ocuparemos en un próximo capítulo. En éste nos limitaremos a dar cuenta de un grave accidente ocurrido a nuestra hagiografiada en la Navidad de 1577.

Escribe a este propósito el P. Francisco de Ribera, en su libro intitulado «Vida de Santa Teresa», que en dicho día «iba la Madre a completas con una luz en la mano, y después de haber subido toda la escalera, estando para entrar en el coro, quedó como presto desatinada de la cabeza y volvió atrás y cayó y quebróse el brazo izquierdo».

No hallando, de momento, quien pudiese «concertarle el brazo», por guardar cama, a la sazón, una mujer residente en un burgo próximo a Medina que tenía la gracia de «concertar» los huesos de brazos y piernas fuera de juego, hubo de esperar Teresa de Jesús a que la curandera se restableciese.

Transcurridos unos días, se presentó en el convento dicha mujer acompañada de una robusta moza que aprendía el oficio, y entre las dos «comenzaron a tirar del brazo de la Santa que estaba añudado», hasta que dio «un estallido la choquezuela del hombro», en medio de insoportables dolores que sufrió sin chistar la religiosa.

Refiriéndose el citado P. Ribera al resultado de esta cura, escribe: «Duróle harto tiempo que casi no lo pudo menear, y en fin; quedó manca de él, y en toda su vida pudo vestirse, ni desnudarse, ni ponerse un velo sobre la cabeza.

5. Amigos y enemigos de la reformadora

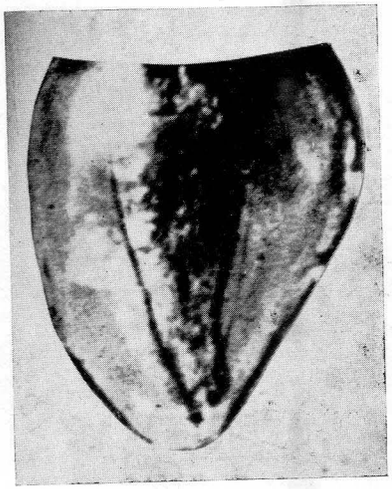
Empresa de tal envergadura como la que, con la ayuda de Dios, se propuso realizar la Madre Teresa de Jesús, contó desde el primer momento con la ruda oposición de un adocenado coro de suspicaces, que tuvo a gala discrepar del buen criterio de las personas sapientes que, con los destellos de su clara inteligencia, se ofrecieron a iluminar la senda por donde se disponía a discurrir el alma de aquella religiosa sedienta de amor infinito.

Empero no le faltó asistencia a la gran reformadora cuando, a través de abrojos y zarzales, emprendió el sublime camino de la santidad.

Entre las nobles damas de sosegado entendimiento que ofrecieron franca y leal amistad a Teresa de Jesús y le brindaron su protección, generosa y solícita, mencionaremos a doña María Enriquez, Duquesa de Alba, a doña Luisa de la Cerda, hija del Duque de Medinaceli, a doña Juana Lobera y a doña Guiomar de Ulloa, que le dio albergue, durante cierto tiempo, en su casa de Avila.

Como esta señora vivía próxima a la iglesia de San Gil, regentada por los Padres Jesuítas, todas las mañanas acudían ambas amigas a ese templo para oír misa y comulgar.

En el número de esclarecidas personalidades que animaron entusiastas a la Madre Teresa de Jesús a que prosiguiera la reforma sin desmayo, incluiremos a Fray Jerónimo Gracián de la Madre de Dios, Superior Provincial de la Orden Carmelitana de Castilla; a los que fueron sus confesores, y andando el tiempo Santos, P. Francisco de Borja, S. J., y Fray Pedro de Alcántara, erudito franciscano; al excelso poeta místico y también Santo Fray Juan de la Cruz, C. D.; al P. Francisco de Ribera, uno de los primeros y principales biógrafos de la reformadora; a Fray Domingo Báñez, Regente del Convento de Padres Dominicos de Valladolid; al P. Diego de Cetina, S. J.; a Fray Luis Beltrán, O. P.; a Fray García de Toledo, O. P., que le aconsejó escribiera la segunda relación de su vida, y en fin, al Maestro Gaspar Daza, Pbro., que ofició la primera misa celebrada en el Monasterio de Carmelitas Descalzas de San José, en Avila de los Caballeros.



Fotografía especialmente obtenida del corazón incorrupto de Santa Teresa de Jesús. Puede observarse a simple vista, a la izquierda del grabado, la fina cicatriz lineal consecutiva a la divina herida de la tansverberación que produjo en la noble entraña de la mística abulense, el dardo del querubín enviado por Dios. Esta reliquia se venera en el Convento de Carmelitas Descalzas de Alba de Tormes.
(Arch. Fot. de J. Paulis Pagés)

En cabeza de los seglares que protegieron a la Madre Teresa de Jesús en momentos cruciales para su santa obra, figuran S. M. el Rey Felipe II, el Duque de Alba y los médicos de cámara del monarca escurialense, doctores don Luis Lobera y don Juan Fragoso.

Sin embargo, ciertas gentes obcecadas que, por haber perdido la brújula de la espiritualidad, vivían a ras de tierra, supusieron una quimera el nuevo apostolado de Teresa de Jesús.

Y las personas advertidas pudieron ver con desconsuelo cómo grandes y diabólicas influencias se ponían en juego para intimidarla y malograr su abnegada empresa.

* * *

Los enemigos solapados se trazan un plan para decapitar la obra ingente de la reformadora y lo ponen en práctica.

Primero, acuden en protesta al Corregidor, y más tarde apelan a la Corte. Se concitan para perderla y abren diligentes las espitas de la calumnia y de la murmuración para asfixiarla.

Las «bien calzadas» llaman despectivamente «monja corretona» a «la hermana descalza», que era siempre la primera en acudir a maitines y la última en ausentarse del coro.

[5] Juan Lorenzo Bernini —célebre escultor italiano del siglo XVII—, manejando la gubia con sin igual destreza, ha hecho hablar los bloques de mármol extraídos de las canteras de Carrara, al reproducir la escena de «La Transverberación», en la que contemplamos un hermoso querubín dirigiendo una flecha a Santa Teresa de Jesús, que arrobada, erguida la cabeza y cerrados los ojos, pone su visión interior en lo infinito. Puede admirarse esta espléndida obra de arte en la iglesia de Nuestra Señora de la Victoria, sede Provincial de la Orden de Carmelitas Descalzos de Roma.

Poco importa que sabios varones estimen que Dios y la razón están con ella.

Los aparentes puritanos fingen escandalizarse porque una mujer, y por añadidura monja, discurre sobre cosas de tejas arriba, que suponen que tan sólo deben prevalecer de tejas abajo.

Teresa de Jesús vivió en el siglo de la obsesión heterodóxica. Religiosos y seglares se espiaban mutuamente los escritos para enviarlos, a la menor duda, a los censores del Santo Oficio.

La Madre Teresa de Jesús también se hizo «sospechosa de heterodoxia», y algunos de sus admirables manuscritos, entre ellos su magnífica autobiografía y su gran libro, doctrinario y capital, las «Moradas», que —según el profesor doctor Luis Morales Oliver— fue «escrito por inspiración divina y redactado por obediencia», cayeron en manos de la Inquisición.

Lamentable coyuntura histórica esa de 1559, en la que algunos frutos lozanos del frondoso árbol de la mística española escaparon de justeza de la pira y del «Indice del inquisidor Valdés» merced a la discreta, oportuna y providencial intervención de S. S. el Papa Gregorio XIII, a quien recordaremos siempre con gran respeto.

6. El sayal y la toga

No es ésta la primera vez en el decurso de nuestro Siglo de Oro que las gentes de humanidades, que viste indistintamente el humilde sayal carmelitano o la flamante toga universitaria, conviven en las aulas y se codean en los cenáculos literarios.

Díganlo si no aquellos famosos maestros, alcalainos y salmanticenses, formados en las cátedras de nuestras Universidades clásicas, que alternaron, durante esos áureos años, con los más geniales humanistas y sesudos teólogos que, obedeciendo a un supremo designio, surgieron de nuestros principales cenobios. Y acontece que cuando en las aulas escolásticas de Salerno, en Italia, comienza a darse en forma poética la enseñanza de la Medicina y la innovación docente consigue algún adepto en los estudios médicos de Alcalá de Henares y Salamanca, nace tras la doble reja de la clausura carmelitana la poesía mística agenciada por el prodigioso talento de la seráfica Madre Teresa de Jesús y la fogosa imaginación del sutil poeta Juan de Yepes —en religión Fray Juan de San Matías, antes de capitanear la Reforma Teresiana con el nombre de Fray Juan de la Cruz[6]—, cuyo celebrado «Cántico espiritual» es una maravillosa exaltación lírica del amor a Dios.

Durante el período plástico de esa universalmente ponderada escuela española de espiritualidad giran a su alrededor las figuras cimeras de los excelsos moralistas y profundos pensadores Fray Luis de Granada —dominico, de portentosa cultura y elocuente orador sagrado— y Fray Luis de León —notable filósofo agustino, que profesara cátedra en Salamanca—, los cuales consiguen acrecer el valor ascético de nuestro misticismo en el siglo XVI aportando nuevos caudales de sabiduría al Renacimiento hispano.

[6] Don Juan de Yepes era un noble castellano de muy buenas letras, en cuyo escudo campeaba la leyenda «Antes quebrar que doblar». Siendo fraile carmelita, frecuentó con gran aprovechamiento los Estudios de Salamanca.

Se supone que entró en la Orden de la Virgen del Carmen por la devoción ternísima que profesaba a la Reina del Cielo. Ya sacerdote y cuando se dirigía a la Cartuja del Paular, se encontró en Medina del Campo con la Madre Teresa de Jesús —«la robadora de corazones»—, que le propuso la Reforma del Carmelo, haciéndole fundador de la Descalsez Carmelitana en Duruelo, burgo de unos veinte vecinos con una casucha en ruinas que sirvió de mísero albergue a los fundadores del convento.

Acompañaba a Fray Juan, que era de muy pequeña estatura, su corpulento Prior, Fray Antonio de Heredia.

Aludiendo, en cierta ocasión la fundadora a esa histórica entrevista, dijo con el gracejo en ella peculiar: «ya cuento, desde hoy, con fraile y medio para el primer convento de Descalzos».

Renacimiento que, como sabemos, tuvo más tarde, entre nosotros por genial impulsor y afortunado intérprete al gran filósofo Luis Vives.

A ese cuantioso caudal literario de nuestro Siglo de Oro aportó la Madre Teresa de Jesús los refulgentes destellos de su preclara inteligencia.

Durante su permanencia en el que fue un día beaterio carmelitano de Avila, dióse a leer —entre otros libros valiosos que son archivo de sana sabiduría— el «*De libero arbitrio*», de Erasmo, cuyas páginas proclaman la excelencia de la oración mental; la «*Summa theologiae*», de Santo Tomás de Aquino; el «*Vita Christi*», del célebre cartujo Fray Ludolfo de Sajonia; el «*Ondi filia*», del Beato Juan de Avila, y las «*Exercitia spiritualis*», de San Ignacio de Loyola.

Fruto de esas serenas lecturas y de sus profundas meditaciones monacales, fueron —aparte su aleccionadora y magnífica autobiografía— sus obras incomparables «Camino de perfección», «Las Moradas», «Exclamaciones del alma a Dios» y «Las fundaciones», entre las más leídas y popularizadas.



Médicos de la época teresiana —*phisicos* del siglo XVI—, tal como aparecen indumentados en una de las ilustraciones del libro del Dr. Luis Lobera de Avila «Banquete de Nobles Caballeros» (1530), del que se hizo, en 1542, una reedición bajo el poético título de «Vergel de Sanidad». Reproducción artística amablemente facilitada por el Seminario de Historia de la Medicina Española de la Universidad de Salamanca.

En fin, la portentosa imaginación de Teresa de Jesús —que sintió intensamente el estro poético, exaltado por su misticismo de finos arrobos— nos ofrece un ramillete de treinta y una poesías, tan bellas como las que comienzan así: «Véante mis ojos», «Vivo sin vivir en mí» y «¡Oh, hermosura que excedéis a todas las hermosuras!».

Roca herencia teresiana que, con espiritual señorío, ha legado a la posteridad ese espléndido y sonado siglo XVI, en que San Ignacio de Loyola creó el Colegio Romano —hoy Universidad Gregoriana[7]—, institución modelo conocida en todas las latitudes como portaestandarte de la cultura.

[7] Tomó el nombre de S. S. el Papa Gregorio XIII por haber consolidado este Pontífice dicho centro docente incrementando su eficacia didáctica.

7. Conmemorativo patológico

Compartimos el criterio del malogrado profesor doctor Roberto Novoa Santos, que fue catedrático de Patología General en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, cuando afirma en su libro «Patografía de Santa Teresa de Jesús» que «ningún patólogo, en el momento presente, puede realizar con todo el rigor técnico exigible un análisis clínico de esa Santa», que, por otra parte, fue «un personaje espléndido e incomparable de la mística española».

Ante la imposibilidad material en que nos hallamos de poder estudiar, con discreta objetividad e inexcusable cordura, el intrincado caso clínico de la Madre Teresa de Jesús, limitaremos nuestro cometido médico al relato sucinto del conmemorativo patológico conocido de la iluminada Reformadora del Carmelo, que por su dedicación constante a la obra ingente que se había propuesto llevar a feliz término, llegó a perder su preciosa salud.

Ahora bien, teniendo en cuenta la notoria influencia que ejerce lo psíquico sobre lo somático y viceversa, no es descabellado suponer, en el caso de la Madre Teresa de Jesús, que muchos de los alivios circunstanciales que, sin intervención de los «phisicos», experimentó la religiosa en el curso de algunas de sus crueles dolencias, se debieron a un efecto corporal de las oraciones místicas que solía practicar en su celda.

Arrobos y coloquios que alcanzaron las cimas más elevadas de la espiritualidad.

* * *

¿Qué hombre de letras no conoce la autobiografía de Teresa de Jesús? Leyendo ese libro, aleccionador y magnífico, que destaca entre los mejores de nuestro medievo, llaman la atención los continuos y a veces tremendos sufrimientos que de los diecisiete a los sesenta y siete años, muy cumplidos, padeció la reformadora.

Enfermedades seriamente contraídas por esa escritora castellana de finos talentos que, en sus enfervorizados éstasis, unía secretamente su alma a Dios.

Molestas dolencias que se exacerbaron e hicieron crónicas a causa de la vida ascética y sobria de oraciones y sacrificios a que se entregaba la ejemplar carmelita descalza.

Persistentes e inquietantes sufrimientos orgánicos que consta se agravaron a su paso por las villas de Alba de Tormes, Burgos, Palencia, Pastrana, Salamanca, Toledo y Valladolid, todas ellas comprendidas en el extenso periplo fundacional de los nuevos Carmelos reformados.

La Madre Teresa de Jesús alude con frecuencia en sus manuscritos a «los males corporales que la apretaban».

Y con especial mención, a los grandes y continuos «dolores incomportables» que aquejaba y que —nos cuenta la Santa— «la atenazaron de los pies a la cabeza».

«Aguijonazos» que, por ir acompañados de «encogimiento de nervios», temía la religiosa que acabaran por dejarla tullida.

Asimismo se lamentaba la hija escogida del Carmelo, de sus «frecuentes desmayos», de los crueles rigores de su «mal de corazón», de sus persistentes «ruidos de cabeza», de sus «cuartanas», que le desataban la fiebre y, en fin, de que se sentía molestada por «zumbidos de oído» y «destilaciones de garganta».

Fauces que, de vez en vez, se le agarrotaban y le hacían sufrir lo indecible.

Toda esa complicada y confusa sintomatología que presentaba la Madre Teresa de Jesús contribuyó a desorientar a los «phisicos» que en distintos trances patológicos le prestaron diligente asistencia facultativa.

«Phisicos» que, en su mayoría, procedían de los famosos Estudios de Medicina de Alcalá de Henares y Salamanca.

Antañones centros docentes que, en el mapa universitario europeo del siglo XVI, mantuvieron con digna rivalidad con los Reales Colegios de Medicina de Salerno, Montpellier, Oxford, Bolonia y París, los cuales tenían el pregonado prestigio de ser escuelas médicas cosmopolitas.

De los «phisicos» que, de 1537 a 1582, visitaron a la religiosa abulense, pocos nombres han llegado a nosotros.

Se justifica plenamente que conservaran discretos el anonimado aquellos «phisicos» de Avila que, en 1537, fueron llamados en consulta por don Alonso de Cepeda para que visitaran a su hija Teresa —maltrecha de «los duros y muy raros tratamientos» a que la sometiera aquella entremetida curandera de Becedas—, y que, después de «entretenido examen», la declararon «hética-tuberculosa-sin esperanza de remedio». Pero... ¿y los otros que le prodigaron sus cuidados?



Camarín del altar mayor de la Iglesia Santuario de Alba de Tormes, con el sepulcro que guarda los restos mortales de Santa Teresa de Jesús, en una doble urna cerrada con nueve llaves. Regalo de los reyes Don Fernando VI y su esposa Doña Bárbara de Braganza, el día que adoraron, en la histórica villa ducal, las reliquias de la insigne Fundadora de la descalza carmelitana.

8. Los médicos de la Santa

Una búsqueda ahincada nos ha permitido conocer los nombres y la personalidad científica de alguno de ellos.

Los citaremos ajustándonos al orden cronológico con que fueron requeridos para visitar a la Madre Teresa de Jesús.

En 1549 se instala en Avila el doctor Vega, «phisico muy entendido», que figurará más tarde en el «Catálogo de Médicos ilustres y dotísimos», editado en 1551, en Valladolid, por el doctor Luis Lobera.

Pero no es hasta transcurridos trece años de ejercicio profesional en la vieja ciudad castellana que el doctor Vega pone en tratamiento, en 1562, a nuestra gloriosa carmelita.

En 1569, el doctor José Aguilar; en 1570, el doctor Francisco Núñez [8], hijo, y en 1572, el licenciado López de Ubeda, asisten en Toledo a la fundadora.

López de Ubeda, médico y literato, es autor de una novela picaresca que lleva por título «La pícara Justina», la cual aventaja a todas las obras de ese género, exceptuando «El lazarillo de Tormes», de pluma desconocida.

---

[8] Su padre, médico del mismo nombre y apellido, cursó estudios en el Real Colegio de Medicina de Montpellier, y tuvo por maestro al médico aragonés Juan Falcón de Sariñena, que de 1529 a 1542 fue Decano de esta reputada escuela hipocrática medieval.

En 1570, el licenciado Juan Bravo, «phisico» de gran prestigio que regentó de 1577 a 1610 la cátedra de Medicina de la Universidad de Salamanca, fue requerido de urgencia para que, como médico de cabecera de la Madre Teresa de Jesús, remediara el «acerbo dolor de corazón» que la inquietaba.

Dolor precordial que, posiblemente, no era otra cosa que una manifestación subjetiva de los accesos de «angina de pecho» que, al parecer, sufría la mística castellana.

En 1580, el doctor Jacobo de Hitero [9], hijo, visita a la religiosa de unas «calenturillas» que le habían comenzado a dar a su llegada a Palencia.

En 1582, el licenciado Antonio Aguiar, que se había instalado en Burgos, cura a nuestra monja descalza de una «destilación a la garganta», motivada por «la aspereza del tiempo y los rigurosos fríos» que hacían en la región burgalesa en aquel invierno crudo y nevoso.

Sabedor Fray Jerónimo Gracián, O. C. D., que la Madre Teresa de Jesús se trasladaba a Burgos en deplorable estado de salud, hizo llegar a manos de ésta una cordialísima carta de presentación para su gran amigo don Antonio Aguiar, a quien tuvo por condiscípulo en la Universidad complutense.

Una vez hubo reconocido el «phisico» Aguiar a la bienaventurada mujer y tomado buena nota de las varias e incurables enfermedades que padecía, se compadeció de ella y tomó al punto la decisión de constituirse en su «protector y brazo derecho» para que fundara el Carmelo de Descalzas de Burgos.

* * *

Capítulo aparte merecen los esclarecidos doctores don Luis Lobera, de Avila, y don Juan Fragoso, de Toledo, figuras destacadas del renacimiento médico-quirúrgico español y eminentes tratadistas de la época, los cuales en circunstancias perentorias y en momentos distintos de la vida traginada de la Madre Teresa de Jesús, tuvieron que preocuparse de su salud harto precaria [10].

El doctor Lobera, protomédico de S. M. el Rey Carlos V, había nacido en Avila a fines del siglo XV y tenía íntima amistad con los Cepeda y Ahumada, progenitores de nuestra venerada Santa alavesa.

Estudió Medicina en Francia, donde eligió por «*patrón*» —maestro— a un tal Bertucio.

De regreso en España, ejerció su profesión en Ariza, pero muy pronto se ausentó de esta villa al ser nombrado médico de cámara del antecitado monarca, en cuya compañía se le ve realizar continuos y prolongados viajes por Europa.

Como su piadosa hija, doña Juana Lobera, entrañable amiga y protectora de la Madre Teresa de Jesús, se compadecía mucho de ella; en varias ocasiones se dirigió por carta a su buen padre, don Luis, pidiéndole consejo y remedio para la religiosa enferma.

Ni uno ni otro le faltaron cuantas veces lo solicitó doña Juana, la cual, por su gran cariño hacia la Reformadora, tomó el hábito en 1570 en el Convento de San José, de Avila, con el nombre de Ana de Jesús.

[9] Su padre, médico del mismo nombre y apellido, cursó estudios en el Real Colegio de Medicina de Montpellier, y tuvo por maestro al médico aragonés Juan Falcón, de Sariñena. que, de 1529 a 1542, fue Decano de esta reputada Escuela hipocrática medieval.

[10] Para conocer la biografía completa de estos famosos médicos, remitimos al lector a las siguientes publicaciones monográficas del Seminario de Historia de la Medicina Española de la Universidad de Salamanca. Profesor doctor Luis S. Granjel: «Luis Lobera de Avila», Salamanca, 1959. Doctor Francisco Sánchez Capelot: «La obra quirúrgica de Juan Fragoso», Salamanca, 1957.

Examinando el «Epistolario de Santa Teresa de Jesús», que reúne cuatrocientas cincuenta y siete cartas conocidas hasta el día, hallamos una fechada en Toledo, el 28 de mayo de 1569, que perteneció a la colección particular del Marqués de Piedras Albas, dirigida a doña Juana Lobera [11], en la cual puede leerse lo que sigue:

«La gracia del Espíritu Santo sea con vuestra merced, doña Juana, y páguela el haberse curado de mandarme el libro de Cirujía que el señor Luis Lobera, vuestro buen padre, escribió. Yo le quería para un cierto amigo cirujano, bienhechor de esta santa casa, y así que se le dí, se holgó mucho y hubo gran contentamiento, porque él lo había buscado harto, para mercarlo en Alcalá y aquí en Toledo, donde ahora ya no los hay por hacer tiempo que los vendieron todos, por ser el libro de Cirujía mejor escrito en estos reinos, según dicen todos. Vuestra merced me tiene muy obligada, porque ya he sabido que con la limosna del libro hizo la del óleo a mis hermanas de esa Ciudad.»

¿Para qué cirujano amigo y bienhechor de las Descalzas de Toledo había solicitado ese interesante libro de cirugía la Madre Teresa de Jesús?

La respuesta creemos encontrarla en un concienzudo trabajo del antecitado Marqués de Piedras Altas, inserto en el «Boletín de la Real Academia de la Historia», LXVIII, página 131, Madrid, 1915, al admitir este ilustre historiador la posibilidad de que fuese el destinatario el doctor Juan Fragoso.

* * *

El doctor Fragoso, primer cirujano de S. M. el Rey Felipe II, y celebrado autor de un libro de «Cirujía Universal», prestó en Toledo asistencia facultativa a la Madre Teresa de Jesús durante el tiempo que ésta permaneció enferma en el palacio de su gran amiga y también protectora doña Luisa de la Cerda, que por aquellos días lloraba la muerte de su marido, el hidalgo Arias Pardo, de grata memoria.

Parece ser que el doctor Fragoso —entre otros grandes servicios que prestara a la religiosa— le dilató un abceso según las mejores reglas de su arte, bien superior y distinto a la de aquel barbero-cirujano de Castellanos de la Cañada que, en su juventud, le sajó un «mal grano» con la punta de su bien templada navaja.

9. El «Catarro universal» y el «Caratán»

Siéndonos conocidos los principales médicos que atendieron a la Madre Teresa de Jesús, nos ocuparemos ahora brevemente de la última enfermedad que contrajo la Santa Hija del Carmelo a su llegada a Toledo, en octubre de 1580.

Contaba a la sazón sesenta y cinco años, y se vio obligada a guardar cama víctima de la mortífera epidemia de «catarro universal» —*catarrhe espagnol, spanisch ziep, influenza*, etc.—, que asoló a España y que nuestro vulgo dio en llamar dengue o trancazo.

Esta acepción, por la forma brusca y violenta que tenía la gripe de acometer a los atacados.

[11] De la Venerable Madre Ana de Jesús —en el mundo Juana Lobera— se ha escrito que fue la heredera del espíritu de Santa Teresa de Jesús. Mujer de dilatada cultura, que hablaba y escribía correctamente francés, traspasó los Pirineos para implantar la Reforma Teresiana en Francia y en los Países Bajos. Murió en olor de santidad el 4 de marzo de 1621, en el Monasterio de Carmelitas Descalzas de Bruselas.

No hemos podido averiguar el nombre del «phisico» toledano que curó la gripe a la Madre Teresa de Jesús, pero sí sabemos que el clister, la sangría y los purgantes, ordenados «concienzudamente», la libraron de la muerte.

En agosto de 1581, encontrándose la religiosa en Valladolid, tuvo una recaída de aquel temible «catarro» —gripe— que aquejara meses antes y que la dejó tan débil y desencajada que nunca más pudo valerse por sí misma. Con todo y tratarse de una mujer «superdotada de brío y empuje».

Escribe a este propósito Fray Jerónimo Gracián, O. C. D.: «...aunque sus enfermedades eran continuas, tenía buen sujeto y semblante, pero la última que aquejara —se refiere al «catarro universal» o gripe de ahora— ha dejado a la Madre tan mudada y flaca que parece más añosa».

«La fundadora —en concepto del Rvdo. Pablo Bilbao Aristegui, Pbro., que transcribimos de su bien documentado libro "Santa Teresa de Jesús enfermera"— se encontraba meses antes de su muerte, ocurrida en Alba de Tormes, en franco declive físico, extenuada por los achaques que de continuo la asediaron».

Uno de ellos, sin duda el de más sombrío pronóstico, fue, según hemos leído, el «caratán» —cáncer— de «la madre» —matriz— que padecía Teresa de Jesús, y que, al parecer, había pasado desapercibido a los médicos que la trataron.

«Carcinoma del cuerpo uterino» u «ovárico primario», que algunos escritores médicos dan por cierto y que nosotros registramos en estas páginas con las naturales reservas.

Los colegas que han establecido esos diagnósticos se basan en el «flujo de sangre —metrorragia— que, según ellos, motivó el óbito de la monja.

Al abordar ese punto tan delicado en una entrevista inolvidable que celebramos a fines de 1960 en un convento de París, con un ilustre carmelita francés que cultiva la oratoria sagrada con gran elocuencia y provecho para las almas, nos dijo nuestro interlocutor, cuyo nombre nos obliga a mantener desconocido el secreto profesional: «Cierto que mucho se ha venido hablando en estos últimos tiempos sobre la posibilidad de que nuestra Santa Madre Teresa de Jesús fuese cancerosa.

La sintomatología de la enferma en sus últimos tiempos así parece indicarlo.

Pero, amigo mío, a cuatro siglos de distancia de su muerte y sin una historia clínica de por medio —que, desde luego, nadie se tomaba la molestia de hacerlas en aquella época—, la discreción aconseja ser parcos en tal aseveración.

No le negaré que su hagiografiada «pudo ser cancerosa», pero nadie puede afirmar, con pruebas categóricas, que «lo fuese».

La última enfermedad de la mística doctora de Avila fue, a nuestro juicio, esa gripe, extenuante e insidiosa, que, contraída por dos veces por la Madre Teresa de Jesús, precipitó el fin de su vida «rica en padeceres», que soportados por la Santa «con paciencia y sin fastidio» —nos argüía Fray Antonio Huguet, O. P. (E. P. D.), en una de sus cartas— «ha permitido escribir a los historiadores contemporáneos una de las páginas más edificantes y hermosas de la hagiografía carmelitana».

10. En pleno declive somático

Era decidido propósito de la Madre Teresa de Jesús prender el velo a su sobrina Teresica Cepeda, hija de su hermano don Lorenzo, el día de su toma de hábito.

A este fin había emprendido camino hacia Avila el 19 de noviembre de 1582,

pero al llegar a Medina del Campo recibió orden de Fray Antonio de Jesús, en funciones de Vicario Provincial de las Carmelitas Descalzas de Castilla, de torcer camino y dirigirse a la villa ducal que riega con sus aguas el caudaloso Tormes.

En ella se hallaba a punto de dar a luz la joven duquesa doña María Enríquez de Toledo, la cual había solicitado la presencia de su gran amiga la Madre Teresa de Jesús.

Obedeciendo como siempre la fundadora a cuanto ordenaban los superiores, cambió de ruta y en compañía de la Madre Ana de San Bartolomé, subió a una desvencijada carroza de las comunes que le fue ofrecida y que es fama la dejó maltrecha y doblada de dolores, al llegar a término de su penoso y accidentado viaje.

Escribe a este propósito la monja acompañante que se había constituído en enfermera de Teresa de Jesús:

«Partimos de Medina sin llevar ninguna cosa para el camino y la Santa iba mala del mal de la muerte, y todo ese día por el camino no pude hallar ninguna cosa para darle de comer; y una noche estando en un lugarcito pobre, cerca de Peñaranda, no se halló cosa que comer, y ella se halló con gran flaqueza y díjome: «*Hija, déme si tiene algo, que me desmayo*»; y yo no tenía sino unos higos secos y ella estaba con calentura».

Sin embargo, consta por el testimonio de un testigo presencial del hecho relatado, que una «farisea» pueblerina, compadecida de la Santa, le dio de comer medio plato de berzas mal guisadas que le habían sobrado del ágape.

Y no le ofreció también pan la «farisea» del lugar por que se había enterado que ni una ni otra monja traían dinero en faldriguera con que pagarlo. ¡Cuán amargo y duro fue para la Madre Teresa de Jesús el trayecto comprendido entre una y otra villa castellana!

Pero todas las penas y contrariedades del camino supo soportarlar esa mujer extraordinaria con pasmosa serenidad y cristiana resignación.

¡Qué importa que nuestra excelsa mística terminara hambrienta y con recia calentura su postrer viaje por los guijarrosos y polvorientos caminos de Castilla, si su alma purísima ya se había entregado en dócil y prodigioso abandono a los supremos e inexcrutables designios de la Providencia divina!

* * *

Arribó la Madre Teresa de Jesús a su destino en pleno declive somático. Fue en un destemplado atardecer, que coincidió con el primer día de invierno de 1582.

Las religiosas habían encargado al auriga que detuviera su lamentable vehículo a la puerta del palacio de los Duques de Alba, donde de fijo sería recompensada su peregrina odisea con una jarra de buen mosto.

Así lo hizo éste, no sin antes haber hecho alarde de su oficio fustigando con dureza al tiro de caballos que, sacados de su modorra, emprendieron un trote cochinero. Aguardaban en el umbral la vieja duquesa de Alba, rodeada de sus fieles servidores, los cuales ayudaron solícitos a las viajeras a descender de la carroza.

Adelantóse sonriente la linajuda dama al encuentro de Teresa de Jesús y, después de besar el escapulario que ésta le mostrara, la estrechó emocionada entre sus brazos.

La Madre Teresa de Jesús —que andaba y se movía con dificultad— entró en la señorial morada apoyándose en la duquesa y en su hermana en Cristo Ana de San Bartolomé,

Empero, aún la sostenía el ímpetu formidable de sus fundaciones.

En su diálogo cansino con la dueña de la noble casa pudo advertirse que su hablar era parco, sus ademanes contenidos y su mirada triste y vidriosa. Todo ello era augurio cierto de un próximo y fatal desenlace.

* * *

Confortadas, ambas carmelitas, con unas tazas de excelente caldo y por el calor que despedía la chimenea, no tardó la Madre Teresa de Jesús en cobrar nuevos ánimos que le permitieron trasladarse sin tardanza al Monasterio de Descalzas de la Anunciación, donde la Priora tenía noticia de su llegada.

Tomándola ésta por el brazo y después de ofrecerle toda la comunidad sus filiales respetos, la condujo hasta la celda que le había preparado, seguida de otras dos hijas del Carmelo muy diestras en el cuidado de Hermanas añosas y enfermas. La Regla de las Descalzas es de estricta y rigurosa observancia, y para ella —a pesar de ser «Ella» quien fundara ese «Palomarcito», también ordenó la Priora se le preparara la tarima y el jergón usuales en clausura—.

Al aposentarse en la celda, volvióse a demudar el semblante de nuestra biografiada.

Llevóse el pañuelo al rostro y cubrió con él unas lágrimas que se deslizaron furtivas por sus mejillas.

Quizá la ingratitud humana acababa de dar un último aldabonazo en el alma dolorida y solitaria de aquella abnegada e inquieta viandante destinada por Dios a otros quehaceres sobrenaturales.

11. Se precipita el desenlace

Durante los trece días que siguieron a la llegada de la Madre Teresa de Jesús al Convento de Alba de Tormes, fueron agravándose y complicándose de tal manera las distintas y serias enfermedades que padecía, que viendo la sufrida fundadora próximo su fin, rogó a Fray Antonio de Jesús, de paso por la villa, que le dispensara la merced de una confesión general acompañada de Pan Eucarístico y Extremaunción.

Así lo hizo este gran carmelita, al que conoció la Santa en Medina del Campo, cuando respondía al apelativo de Fray Antonio de Heredia y no se había convertido aún en uno de los dos intrépidos eremitas de Buruelo.

Y... —¡Oh, ejemplo de humildad cristiana!— Teresa de Jesús se acusa en su confesión de haber sido una «mala monja».

Precisamente ella, que había vivido en toda la plenitud de su grandeza espiritual la recoleta descalsez carmelitana.

* * *

Se acercan las últimas horas mortales de un alma inmortal.

Aquellas en las que la paciente —impaciente porque plugo al Señor conservarla en este «valle de lágrimas», según reza la Salve— pide a Dios le dé fuerzas suficientes para realizar su postrer anhelo. Morir instruyendo a las santas hijas del Carmelo que rodean su lecho.

Y su Divino Esposo le concede esa gracia, permitiendo que los vocablos afluyan en torrente a sus labios, convirtiéndose en exhortaciones ejemplares de concordia y de amor.

Y... sus hijas espirituales la oyen decir, con voz débil y entrecortada:

—Hijas mías y señoras mías. Por amor de Dios les pido que tengan gran cuenta con la guarda de la Regla y Constituciones. Si las guardan con la puntualidad que deben no es menester otro milagro para canonizarlas. No miren el mal ejemplo que esta monja ha dado y... ¡perdónenme!

Al preguntarle Fray Antonio de Jesús si deseaba que su cuerpo recibiera cristiana sepultura en su villa natal, respondió Teresa de Jesús con sorprendente serenidad:

—¡Jesús! ¿Eso hase de preguntar, Padre mío? ¿Tengo de tener yo cosa propia? ¿Aquí no me harán caridad de darme un poco de tierra?

En efecto; se la dieron en Alba de Tormes.

12. Un alma en tránsito

Era la festividad de San Francisco de Asís.

El Prelado, para evitar que se acentuara la disnea de la enferma, le ordena, con buen criterio, que, por obediencia, cese en sus exhortaciones a las monjas y se esfuerce en reconciliar el sueño. Así lo hace. Mas es fama que la fundadora prosiguió mentalmente sus coloquios espirituales con el Divino Redentor en ese lenguaje, misterioso y sublime, que sólo conocen las almas en tránsito de los predestinados.

* * *

Llega para Teresa de Jesús el instante supremo del eterno silencio.

Su rostro se transfigura envuelto por un halo de sutil belleza.

En su magnífico semblante se refleja una expresión serena de dolor. Sus ojos opacos se fijan escrutadores en un paraje lejano que la religiosa comienza a descubrir maravillada en el instante supremo en que su alma purísima se adentra en el jardín florido de la agonía.

De vez en vez, los músculos de su cara macilenta se contraen sincrónicos, como si una gubia misteriosa, movida por mano invisible, los modelara de nuevo para darles la inefable expresión celeste de aquella Santísima Virgen aparecida en la cumbre del Carmelo.

Y es entonces cuando, al adquirir los labios de Teresa de Jesús la palidez reveladora de la muerte, se fruncen y entreabren jubilosos para que puedan deslizarse unas palabras que nadie oye, pero que bien pudieron ser aquellas de su rima eterna: «*Que muero, porque no muero*».

* * *

Ha seguido Teresa de Jesús —es ahora la Madre María de San Francisco, O. C. D., quien escribe— «dio tres suaves y devotos gemidos, casi imperceptibles, como de un alma que está con Dios en perpetua oración», y —añadimos—

---

12 Cuarenta y siete años de vida religiosa y casi sesenta y ocho de existencia en el mundo habían transcurrido cuando la Mística Doctora de Avila entregó su alma al Señor, a las nueve horas del día 4 de octubre de 1562.

Hogaño el luctuoso aniversario ha sido trasladado al 15 de octubre, después de la Reforma del Calendario, llevada a cabo con el asentimiento de S. S. el Papa Gregorio XIII y de S. M. el Rey Felipe II, que suprimió los once días intermedios entre una y otra fecha.

el cuerpo de la gran carmelita se desplomó inerte en los brazos de la solícita enfermera Madre Ana de San Bartolomé [12].

A un gesto de la Priora, las Hermanas entraron en la celda de la difunta con una vela encendida e hincaron sus rodillas en torno al lecho de muerte.

Fray Antonio de Jesús, visiblemente emocionado, entonó el «*Requiem æternam dona eis Domine*»... y empuñando el hisopo trazó en el aire la señal de la Cruz, rociando de agua bendita el cadáver de la Madre Fundadora.

El claustro quedó en silencio.

Instantes después del deceso, se oyó el tintineo del rosario de la Duquesa de Alba, que llegaba seguida de una doncella con un manojo de flores.

* * *

¡Loado sea el Señor, que nos envió el alma de Teresa de Jesús para que edificara las nuestras!

* * *

PERSONALIDADES CONSULTADAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN A QUE HEMOS RECURRIDO AL REDACTAR ESTE TRABAJO

1. Rvda. Madre Esperanza del Niño Jesús, O. C. D. Priora del Convento de San José, de Avila.
2. Rvda. Madre María Luz Teresa de la Eucaristía, O. C. D. Priora del Convento de Alba de Tormes.
3. Rvda. Madre Anunciación Godayol, H. J. C., Superiora de la Comunidad de Hermanas Josefinas de la Caridad en el H. M. A. de Barcelona.
4. Rvdo. Padre Fray Silverio de Santa Teresa, O. C. D. (e. p. d.), General de la Orden de Carmelitas Descalzos. Burgos.
5. Rvdo. Padre Fray Antonio Huguet, O. P. (e. p. d.), Prior del Convento de PP. Dominicos de Barcelona.
6. Rvdo. Padre Fray Angel María del Santísimo Sacramento, O. C. D., Secretario Provincial de la Orden de Carmelitas Descalzos en Cataluña. Barcelona.
7. Profesor doctor Luis S. Granjel, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca.
8. Biblioteca del Real Monasterio de San Lorenzo de El Escorial (PP. Agustinos).
9. «Dictionnaire d'Hagiographie» par Dom. Baudot. O. S. B. Librairie Blond-Gay. París.
10. Archivos de Documentación Histórica del Museo Retrospectivo de Farmacia y Medicina de los Laboratorios del Norte de España. Masnou. Barcelona.

APOSTILLA DEL AUTOR.—Redactada en forma de comunicación dirigida a la Sección III del I Congreso Español de Historia de la Medicina, reunido en Madrid el 17 de abril de 1963, presentamos un condensado de los capítulos séptimo, octavo y noveno de este trabajo, en el que se respeta el mismo título que lo encabeza.

Puede consultarse el programa oficial de los actos celebrados.

INDICE (1)

DE AUTORES

	Págs.
A	
Abades Blanchart ...	387
Abelló ...	146
Aboulker ...	386
Acheson ...	57
Agustí Vidal ...	307
Alara ...	300
Alemán ...	64
Alemany Vall ... 69	308
Aliaga ...	303
Alix y Alix ...	67
Alix Trueba ...	67
Altibia ...	383
Alvarez ...	381
Ambrossoni ...	383
Andubert du Triel .	298
Anguera Anglés ...	210
Arias Vallejo *70	*264
Arne-Andreas ...	386
Arruga ...	*26
Artacho Cabrera ...	214
B	
Balius ...	299
Ballester Nolla ...	219
Balowin ...	295
Barberi ...	56
Barraquer Bordas ...	299
Barrau Diaus ...	213
Basset ...	60
Bastos Ansart ...	*321
Batalla Batalla 149	219
Baumgartner ...	138
Bednarski ...	*389
Bedoya ...	*249
Beirana ...	381
Benedetti ...	375
Bertero ...	56
Bertoni ...	55
Bertrand ...	142
Bonilla ...	136
Borbolla ...	62
Borrachero del C. ...	213
Botella Llusiá ...	383
Boulanger ...	139
Boylen ...	211
Bozal Urzay ...	*116
Braga da Cruz ...	*150
Bregani ...	57
Buta ...	144
C	
Cambra Mercader ...	388
Camurati ...	144
Canal ...	215
Cannon ...	138
Canossi ...	378
Cantenys Cervera ...	387
Cantú Ríos ...	299
Cardoner Planas ...	149
Carreras ...	*352
Castillo Ojugas ...	443
Castillo Ramírez ..	*255
Cavagna ...	301
Cerchiachi ...	300
Cervantes Castro ...	379
Chatagnon ...	52
Cheminat ...	142
Clapés ...	297
Clavero Núñez ...	138
Cobet ...	211
Cohen ...	54
Colombo ...	56
Condorelli ...	216
Cónill Montobbio .	*331
Contreras ...	379
Corte-Real ...	382
Cotarelo Cuenllas ...	373
Cottini ...	445
Cretien ...	142
Cullin ...	299
D	
Dalle Ore ...	55
Dalmases Gosé ...	220
Dardari ...	378
Dávila ...	393
Dawes ...	295
De Miguel ...	209
De la Pierre ...	56
De Vitorio ...	58
Del Río ...	299
Delmas ...	294
Díez Cascón ...	297
Díaz Rubio ...	148
Dogliotti ...	301
Drachetti ...	383
Duarte Santos ...	54
Duncan Eastham ...	370
Dunlop ...	212
E	
Endara ...	447
Enríquez de S. ...	147
Escáriz ...	59
Escobar ...	303
Espinoza Racca ...	*198
Espino Vela ...	379
Esteban Velasco ...	297
F	
Falcoff ...	301
Farina ...	301
Fauvert ...	444
Fernández Lorenzo .	307

(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 asteriscos.

Fernández Ruiz ... *67
Ferreras Blanco ... 373
Ferrero ... 302
Frada ... 375
Frezal ... 63
Fruhling ... 59
Fuertes Bello ... 441
Fulvio ... 376
Fusaro ... 375

G

Galbis ... 136
Galíndez ... 444
Gambacorta ... 216
García, M. ... 382
García Ayuso ... *42
García Ortiz ... 67 146
Gentilini ... 60
Gil Vernet ... 374
Gimeno Alava ... 298
Gispert Cruz ... *428
Giusti ... 55
Goldbrunner ... 442
Gómez y Gómez ... 220
González Fusté ... *161
Gonzaga ... 143
Gonzalo Vivar ... 144
Gordón Beza ... 148
Grande Pasamantes. *29
Grant ... 216
Grazioli ... 447
Grimberg ... 61
Gronley ... 216
Grujic ... 144
Guijosa Pernús ... 373
Guillén Martínez . *186
Gurevich ... 379
Guerrero ... 141

H

Hazeman ... 217
Hepp ... 386
Heredia Tovías ... 69
Hernández ... 62

I

INK ... 54
Innocenti ... 55

J

Jiménez Díaz ... 369
Juliani ... 58

K

Kaliman ... 386
Karel Zacek ... 145
Karlson ... 293
Kofman ... 386

L

Laico ... 143 215
Lassrich ... 50
Latapí ... 381
Lavalle ... 381
Lenti ... 301
Lentini ... 93 *289
Lenzi ... 378
Lévy ... 446
Livy ... 59
López Anaut ... 216

M

Mac Ilwain ... 370
Magistroni ... 302
Magnanal ... 383
Magrassi ... 300
Malgarino ... 60
Manahan ... 143
Mancho ... *255
Manchón Azcona ... 222
Manzini ... 215
Mañagas ... 376
Margolles ... 64
Mariat ... 381
Marín Górriz *255 *362
Marland ... 60
Martínez Abreu ... 62
Mas y Macro *277 374
Masó-Subirana . 148 220
Mateo Tinao ... *1
Meigs ... 384
Mejía ... 303
Mencía ... 62
Mentesana ... 375
Merlo ... 447
Meyer ... 61
Miller ... 379 384
Mir del Junco ... 62 63
Miró Guitart ... 149
Montalvo Carrizosa . 373
Montero Benzo ... 373
Monteverde ... 447
Montón Raspall ... 149
Morata García ... 297
Muñoz Hernández . 213
Muller ... 445

N

Naett ... 144
Naranjo ... 447
Nasio ... 444
Nodal ... 62

O

Oddone ... 56
Oliva ... 304
Oliva Mendoza ... *421
Oliveira Solari ... 57
Oliveras Devesa ... *37
Oller-Daurella ... 148
Oriente ... 58
Overzier ... 296

P

Pack ... 379
Pallini ... 385
Pañella Casas ... 308
Parenti ... 144
Parish ... 138
Pascual Castroviejo . 298
Paulín ... 384
Paulís Pagés ... *448
Peña, E. de la ... 292
Peña Regidor ... *352
Pereira ... 57
Pérez González ... *346
Pérez Fallardo ... 214
Perrota ... 57
Pí Suñer ... 49
Picone ... 56
Pignataro ... 304
Piqué ... 302
Plase ... 446
Poal ... 213
Polanski ... 57
Popper ... 370
Portuondo ... 302
Prévot ... 50
Pujol Llusá ... 219 307
Pujol Soler ... 148
Puigvert ... 299

Q

Quénu ... 52, 53 140

R

Rabinstein ... 58
Ramírez Valdés ... 445
Ranlazzo ... 445
Raveli ... 60
Reanderd ... 142
Ribas Llisó ... 218
Riffero ... 300
Riosalido ... *169
Ríos Mozo ... 213
Ríos Sasiaín ... *273
Rispoli ... 379
Rivera López ... 213
Rivero ... 144
Roche ... 139
Rodnigth ... 370
Rodríguez, J. ... 58
Rodríguez, O. ... 444 445
Rodríguez Torres ... 374
Romero Aguirre ... *401
Romero Jimeno ... 307

Roux ... 51
Royo - Villanova y Morales ... 141 *223
Ruiz ... 59

S

Sabatés Rovira ... 69
Salatino ... 59
Salerno ... 143
Salgado ... 298
Salvatierra ... 136
Samitier ... *42 305
Sánchez García ... 213
Sánchez Lacunza *131, *355 *434
Sanchís Olmos *85 136
Sans Mallafré ... 69
Sans Sabrafen ... 297
Santa Cruz ... 293
Saraval ... 215
Saúl ... 445
Saval Vidal ... 388
Schäffer ... 50
Schaffner ... 370
Siritto ... 383
Seminario Varona ... 444
Simkin ... 143
Spoerri ... 52
Sobregau ... 221
Solé Sagarra ... *102
Soler Sala ... 68 307
Solsona Motrel *255 *362
Stewart ... 212
Subirana ... 388
Suárez Perdiguero . *237

T

Taranger ... 384
Torres ... 303
Torres de Gassó ... 222
Tosso ... 375
Travaini ... 302
Trujols Queraltó ... 388

V

Vallebona ... 304
Valledor ... 62
Vannier ... 51
Vargas ... 303
Vassoney ... 144
Vega, R. de ... *309
Vendrell Torné ... 299
Vernejoul ... *315
Vicente Carceller . *337
Vilar Sancho ... 147
Vilen Skovrane ... 145
Villa Martín ... 441
Villa Rodríguez ... 441
Villagañe ... 379

Z

Zuckermann ... 65 *lge

DE MATERIAS

Págs.

A

Abdominales (Les douleurs) 51
Abdominales quirúrgicas (Urgencias). 376
ACTH en el tratamiento del asma bronquial (Acción del) 300
Adulto normal (Los perfiles cardiovasculares fotocardiográficos del) ... 56
Afecciones mamarias (Diagnóstico de las) 373
Albuminurias ortostáticas en los escolares 214
Alcoholismo crónico (Ascorbinemia en el) 303
Aminoácidos en la proteinemia (Influencia de los) 373
AMINOACIDEMIA Y AMINOACIDURIA EN SUJETOS NORMALES Y EN CASOS PATOLÓGICOS (INVESTIGACIÓN DE LA). *186
Amputación del recto (Prostatectomía por adenoma en la) 386
Anales del Instituto Radioquirúrgico de Guipúzcoa 137
Análisis del cuadro radiológico 304
Aneurismas ventriculares 149
ANÍMICAS (VIVENCIAS) *355
Angiografía por punción de la aorta 298
Anomalías del hígado y de las vías biliares 444
Antialdosterónicos (Estado actual de los) 388
Antibiótico-corticoide en el asma y otras afecciones (Asociación) 143
Antibióticos y a la quimioterapia (Las tuberculosis pulmonares terciarias rebeldes a los) 217
Anticuerpos antipoliomielíticos (Transmisión placentaria de) 374
Antirreumáticos asociados a la fenilbutazona (Nuevos) 213
Antisera, toxoids vaccims and tuberculins in prophilaxis and treatment. 138
Antitrombótica (Terapéutica) 211
Aorta (Angiografía por punción de la) 298
Aorta (Problemas de coartación de la) 213
Aparato digestivo (La parietografía del) 378
Aparato génito-urinario (Tumores del) 292
ARTE CLÍNICO (GRANDEZA Y MENOSPRECIO DEL) *309
Arteria vertebral (Trombosis de la) ... 298
Arteriosis (Consideraciones sobre la). 213
Arteriopatías periféricas 383
Ascorbinemia en el alcoholismo crónico 303
Asma (Asociación antibiótico-corticoide en el) 143
Asma bronquial y su profilaxia 308
Asma bronquial (Acción del ACTH en el tratamiento del) 300
ATEROSCLEROSIS (LÍPIDOS TOTALES, COLESTEROL Y LIPOPROTEÍNAS SANGUÍNEAS EN) *198
Atlas de röntgenografía pediátrica ... 50
Autopsia médico-legal 54

B

Balistocardiográfico (Control electro-) 388
Bañares Zarzosa (En memoria del Dr.) 50
Beta-alfa (Importancia y límites de la relación) 55
Biliar (Oclusión intestinal por cálculo) 69
Biochimie medicale (Exposés annuels de) 139
Biochemistry (Quantitative problems in) 295
Biochemistry (The nature of) 295
BIOLÓGICA Y RADIACIONES IONIZANTES (CUALIDAD) *362
Biológica de las radiaciones ionizantes (Acción) 382
BIOLÓGICAS (CORRELACIONES) *131
Biopsia preescalénica en la silicosis (La) 142
Bioquímica (Manual de) 293
Bioquímica en el glaucoma 307

Bioquímicos en Medicina (Valores) ... 370
Bisinosis (Aspectos broncográficos y broncoscópicos de la) 447
Boletín de la Sociedad Castellano-Astur-Leonesa de Pediatría 214
Bronquial (Causas del asma) 308
Bronquial (Acción del ACTH en el tratamiento del asma) 300
Broncográficos de la bisinosis (Aspectos) 447
Broncopulmonar (El médico ante la sospecha de cáncer) 67

C

Cadera senil (Estudio clínico-radiológico de la) 58
Cálculo biliar (Oclusión intestinal por) 69
Cáncer del intestino grueso (Signos de alarma del) 220
Cáncer primitivo del hígado (El) ... 444
CÁNCER (COLINESTERASEMIA EN) *346
Cáncer (Lobectomía hepática por) ... 379
Cáncer (Dermatomiositis y) 297
Cáncer (Lucha contra el) 137
Cáncer broncopulmonar (El médico ante la sospecha de) 67
Cáncer (Una organización sanitaria provincial de lucha contra el) ... 210
Cáncer genital en la mujer (Tratamiento del) 384
CANCEROSAS EN EL ESQUELETO (PATOGENIA DE LAS METÁSTASIS) *321
Cancerosas (Tratamiento de las pleuresías) 60
CÁNCERES (DISEMINACIÓN DE LOS) ... *241
Carcinoma del endometrio (Tratamiento del) 59
Cardíaca (Investigaciones sobre la inervación) 146
Cardíaca (Evolución de la cirugía) ... 67
Cardíaca en la enfermedad hipertensiva (La mecánica) 383
Cardíaco durante el acto operatorio (Paro) 148
Cardíacos (Derrames pleuropulmonares en los) 307
Cardiotónicas (Movimientos iónicos producidos por drogas) 57
Cardiovascular (La sífilis) 379
Cardiovasculares fotorradiográficos del adulto normal (Los perfiles) 56
Carotídeo (El soplo) 55
Cartílago (Tratamiento de la arteriosis con un extracto de) 213
Centres nerveux (Voies et) 294
Cerebrales (Valor de la electro-encefalografía en los tumores) 148
Cerveza; su valor alimenticio (La) ... 379
Chirurgicale illustrée (Nouvelle pratique) 140
Circulación conjuntival en la estenosis mitral (La) 298
Cirugía cardíaca en los últimos años (Evolución de la) 67
Cirugía plástica y reparadora del pulgar) 147
Cirugía del cáncer gástrico (Evolución de la) 209
Clínica de los síndromes parkinsonianos (La) 388
Clínica del presente (La) 211
Clínica hidrológica del reumatismo (Cursillo de) 443
Clinical Chemistry in practical Medicina 212
CLÍNICO (GRANDEZA Y MENOSPRECIO DEL ARTE) *309
Climaterio y psicodrogas 143
CLIMATOLOGÍA DEL DR. GARCÍA AYUSO (TRATADO DE HIDROLOGÍA Y) *42
Clorotiazida (El recambio electrolítico en el tratamiento con) 301
Coartación de la aorta (Problemas médico-quirúrgicos de la) 213
COLESTEROL Y LIPOPROTEÍNAS SANGUÍNEAS EN ATEROSCLEROSIS (LÍPIDOS TOTALES) *198
Colesterina e hipocolesterinemiantes . 213
COLINESTERASEMIA EN CÁNCER *346
Colitis ulcerosa (El tratamiento conservador de la) 149
Colpocitología al fin del embarazo (Interés de la) 446
Complemento para poliomielitis (Técnica de la fijación del) 301
Comunicaciones interauriculares 57
CONCEPTOS MODERNOS Y FINES DE LA PEDIATRÍA *237
Conciencia en los traumatizados cráneo-encefálicos (Exploración de la) 299
Congreso Internacional del Cáncer (El VIII) 65
Corazón en la leucemia (El) 57
COROIDES (OSIFICACIÓN DE LA) *273
Coronariopatías (Tratamiento quirúrgico de las) 300
Corrección de la hendidura palatina . 215
CORRELACIONES BIOLÓGICAS *131
Correlaciones postgonadales 374

Corticoides en la enfermedad de Werlhof (Los) ... 58
Coxartrosis bilateral (Tratamiento quirúrgico de la) ... 144
Cráneo-encefálicos (Trastornos de la conciencia en los traumatizados). 299
Coxofemoral (Sinovitis vellosa) ... 69
Crecimiento y reproducción (Drogas) 447
CUALIDAD BIOLÓGICA Y RADIACIONES IONIZANTES ... *362
Cuello uterino (Histología topográfica de los epiteliomas del) ... 59
Cupremia en enfermos mentales (Variaciones de) ... 303
Curso de reumatismo ... 305

D

Dedef. Edición 1963-64 ... 293
Dedef (Boletín suplementario del) ... 50
Dedos de la mano (Resultado de las reparaciones de los tendones flexores de los) ... 144
DEONTOLOGÍA (NECESIDAD DE UNA RENOVACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE LA) ... *315
Deontología médica (Más allá de la) 293
Derivación precordial V (Valor semiológico de la R' en la) ... 219
Dermatología de Aguascalientes ... 445
Dermatología en México (La enseñanza de la) ... 444 445
DERMATOMIOSITIS (ETIOLOGÍA DE LA). *277
Dermatomiositis y cáncer ... 297
Derrames pleuropulmonares en los cardíacos ... 307
Desprendimiento artificial de la retina (El) ... 59
Desprendimiento de retina (Tratamiento del) ... 68
Diagnóstico psicológico (Batería de tests mentales para un) ... 302
Diagnóstico de las afecciones mamarias (Prueba de Mahnert en el) . 373
DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO, EN OCHO HORAS, DE LA TOS FERINA ... *161
Digestivo (Los divertículos del tubo) 376
Digestivo (La parietografía del aparato digestivo) ... 378
Distrofia muscular progresiva (Metabolismo de la fructuosa en la) ... 215
Divertículos del tubo digestivo (Los) 376
DOCTORA DE AVILA (LA ÚLTIMA ENFERMEDAD DE LA MÍSTICA) *448
Dolencias de las vías respiratorias superiores e inferiores (Relación entre las) ... 218
Douleurs abdominales (Les) ... 51
Drogas cardiotónicas (Movimientos iónicos producidos por) ... 57
Drogas y métodos terapéuticos (Las nuevas) ... 369
Drogas y su influencia en el crecimiento y reproducción ... 447
Duodenografía (Primeras observaciones sobre la) ... 55

E

Ejercicio profesional de la Medicina (Arte y ciencia de la sonrisa en el) 141
Electrocardiograma en los síndromes parkinsonianos (El) ... 220
Electrocardiográficas en la hipertensión arterial esencial (Alteraciones) ... 55
Electroencefalografía y tumores cerebrales ... 148
Electrolítico en el tratamiento con clorotiazida (El recambio) ... 301
Embarazo (Interés de la colpocitología al final del) ... 446
Embarazo primitivo del ovario ... 59
ENCEFALITIS INFANTIL (NUEVOS CONCEPTOS DE LA) ... *102
Enclavamiento medular (Tratamiento de las fracturas de pierna por) . 144
Endocarditis (El problema de las) ... 301
Endometrio (Resultados del tratamiento del carcinoma del) ... 59
Enfermedad de Dupuytren (Tratamiento quirúrgico de la) ... 147
Enfermedad de Werlhof (Los corticoides en la) ... 58
ENFERMEDAD DE LA MÍSTICA DOCTORA DE AVILA (LA ÚLTIMA) ... *448
Enfermedad hipertensiva (La mecánica cardíaca en la) ... 383
Enfermedades hereditarias en el metabolismo de los pigmentos ... 54
Enfermos mentales (Variaciones de cupremia en) ... 303
ENSEÑANZA DE LA DEONTOLOGÍA (NECESIDAD DE UNA RENOVACIÓN EN LA) *315
Epidemiología de la poliomielitis en España ... 214
Epiteliomas intraepiteliales del cuello uterino (Histología topográfica de los) ... 59
Ergoterapia en la rehabilitación de los traumatizados ... 302
Escolares (Albuminurias ortostáticas en los) ... 214
Esofágicas por reflejo (Tratamiento de las estenosis) ... 219

Esofagitis por reflejo (Tratamiento de las) ... 221
ESQUELETO (PATOGENIA DE LAS METÁSTASIS CANCEROSAS EN EL) ... *321
ESPECIALIZACIÓN Y LA FORMACIÓN POSTUNIVERSITARIA DE LOS MÉDICOS (LA) *389
Esplenectomía por microesferocitosis . 64
Estenosis esofágicas por reflujo (Tratatamiento de las) ... 219
Estenosis mitral (Tratamiento quirúrgico de la) ... 221
Estenosis mitral (La circulación conjuntival en la) ... 298
ESTRUCTURAS MENTALES ... *434
ETIOLOGÍA DE LA DERMATOMIOSITIS (SOBRE LA) ... *277
Etiología de las neoplasias (Los virus en la) ... 300
Extracto de cartílago (Tratamiento de la arteriosis con un) ... 213
EVOLUCIÓN DE LA TERAPÉUTICA ... *1

F

Fenilbutazona (Nuevos antirreumáticos asociados a la) ... 213
Feocromocitoma ... 141
FIBRINOGENEMIA EN GERIATRÍA ... *421
Fibromuscular (Patología y terapéutica) ... 302
FINES DE LA PEDIATRÍA (CONCEPTOS MODERNOS Y) ... *237
Fisiología de la respiración con presión positiva ... 149
Fisiología humana ... 49
Fístula vésico-intestinal ... 299
Fonación (Intervenciones laríngeas por tumores conservando la) ... 222
FORENSE (OBJETIVISMO Y SUBJETIVISMO PERICIAL EN MEDICINA) ... *223
FORMACIÓN POST-UNIVERSITARIA DE LOS MÉDICOS (LA ESPECIALIZACIÓN Y LA) *389
Fotorradiográficos del adulto normal (Los perfiles cardiovasculares) ... 56
Fracturas de pierna por enclavamiento medular (Tratamiento de las) ... 144
Fracturas y otras lesiones traumáticas 136
Fructuosa en la distrofia muscular progresiva (Metabolismo de la) ... 215
Función renal en la obesidad (La) ... 375
FUNDACIÓN DE ANTEZANA, HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA DE ALCALÁ DE HENARES (LA) *76

G

Gastrectomía (Síndromes funcionales post-) ... 297
Gastroduodenal (Terapéutica del metiosin metil sulfato en la úlcera) 56
GASTROENTEROLOGÍA ACTUAL (PROGRESOS Y PERSPECTIVAS DE LA) ... *264
Gastroesofágico (Mecanismo antirreflujo) ... 222
Genética en el niño (Patología de origen) ... 63
Genético (El sexo) ... 138
Geriatría (Resultados obtenidos con la novocaína en) ... 58
GERIATRÍA (FIBRINOGENEMIA EN) ... *421
Geriatría (Rehabilitación y) ... 308
Gerontologia (Les consultations journaliéres en) ... 138
Gimnasia médica (La) ... 216
GINECOLÓGICA PARA EL MÉDICO GENERAL (HORMONOLOGÍA) ... *331
Glaucoma (Nuevos conceptos bioquímicos en el) ... 307
Gonadales (Correlaciones post-) ... 374
GONADOTROPINAS Y SUS PELIGROS (LAS) *331
Gota (Forma atípica de comienzo de la) ... 220
Gripe o influenza ... 54

H

HEMORRAGIAS DEL POST-PARTUM (PROFILAXIS DE LAS) ... *352
Hendidura palatina (Corrección de la) 215
Hepática (Terapéutica del metionin metil sulfato en la insuficiencia) . 56
Hepática (Lobectomía media) ... 379
Hepatitis virales (Modalidades evolutivas de las) ... 444
Hidrocortisona (Tratamiento de las vaginitis por la) ... 446
Hidrofluorosis (La) ... 375
HIDROLOGÍA Y CLIMATOLOGÍA DEL DOCTOR GARCÍA AYUSO (EL NUEVO TRATADO DE) ... *42
Hidrológica del reumatismo (Cursillo de clínica) ... 443
Hígado (El cáncer primitivo del) ... 444
Hígado y de las vías biliares (Anomalías del) ... 444
Hígado; su estructura y su función (El) ... 370
Higiene mental de los trabajadores intelectuales (La) ... 61
Hipertensión arterial esencial (Alteraciones electrocardiográficas en la) 55
Hipertensión pulmonar primitiva ... 60
Hipoplasia ovárica ... 445

Histología topográfica de los epiteliomas del cuello uterino 58
Homenaje a la memoria del doctor Bañares Zarzosa 50
Hongos (Problemas d'agnósticos en la patología pulmonar por) 385
HORMONOLOGÍA GINECOLÓGICA PARA EL MÉDICO GENERAL *331
HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA, DE ALCALÁ DE HENARES (EL) *76
HUESOS DE BANCO (RESULTADOS LEJANOS DE LOS INJERTOS CON) *161

I

Iodada (Profilaxis con) 297
Iónicos producidos por drogas cardiotónicas (Movimientos) 57
IONIZANTES (CUALIDAD BIOLÓGICA Y RADIACIONES) *362
Ionizantes (Acción biológica de las radiaciones) 382
el) 63
IGUALACIÓN DE LA TIBIA *85
Incontinentia pigmenti 382
Individualización. La psicología profunda de Carl Gustav Jung 442
Inervación cardíaca (Investigación sobre la) 146
Infancia (Moniliasis en la) 63
Infancia (Meningoencefalitis de la) . 386
INFANTIL (NUEVOS CONCEPTOS DE LA ENCEFALITIS) *102
INJERTOS CON HUESOS DE BANCO (RESULTADOS LEJANOS DE LOS) *161
Injertos de piel en las reparaciones cutáneas (Las) 387
Insuficiencia hepática (Terapéutica del metionín-metil sulfato en la) 56
Intelectuales (La higiene mental de los trabajadores) 61
Interauriculares (El tabique interauricular normal y las comunicaciones) 57
Intervenciones laríngeas por tumores conservando la fonación (Indicación de las) 222
Intestinal por cálculo biliar (Oclusión) 69
Intestino en el niño (Linfosarcoma del) 62
Intestino grueso (Signos de alarma del cáncer del) 220
Intersexualidad (La) 296
Instituto radioquirúrgico de Guipúzcoa (Anales del) 137

J

Jung (Individualización. La psicología profunda de) 442

L

Lactante (Otitis del) 442
Laríngeas por tumores (Indicación de las intervenciones) 222
Lesiones traumáticas (Fracturas y otras) 136
Leucemia (El corazón en la) 57
Leucemias por el método de las peroxidasas (Discriminación de las). 374
Linfosarcoma del intestino delgado en el niño 62
LÍPIDOS TOTALES, COLESTEROL Y LIPOPROTEÍNAS SANGUÍNEAS EN ATEROSCLEROSIS *198
LITIASIS URETERAL Y RADIOTERÁPICA ... 387
Lobectomía media hepática por cáncer 379
Lucha contra el cáncer 137
Lucha contra el cáncer (Una organización sanitaria provincial de) ... 210
Lupus eritematoso (Nefropatía del) ... 299

M

Mamarias (Diagnóstico de las afecciones) 373
Mano (Reparación de los tendones flexores de los dedos de la) 144
Manos quemadas (Rehabilitación de las) 216
Manual de bioquímica 293
Mecánica cardíaca en la enfermedad hipertensiva 383
Médica (La gimnasia) 216
Médica (Más allá de la deontología) 293
MEDICINA COMO RELACIÓN EXISTENCIAL (LA) *70
MEDICACIÓN ANTIINFLAMATORIA EN PROCTOLOGÍA (EMPLEO DE LA) ... *289
Medicina (Arte y ciencia de la sonrisa en el ejercicio profesional de la) 141
Medicina (Clinical Chemistry in practical) 212
MEDICINA FORENSE (OBJETIVISMO Y SUBJETIVISMO PERICIAL EN) *223
Medicina (Valores bioquímicos en) ... 370
MÉDICO ANTE EL PROCTÓLOGO (EL) ... *93
Médico ante la sospecha de cáncer broncopulmonar (Actitud del) ... 67

MÉDICOS (LA ESPECIALIZACIÓN Y LA FORMACIÓN POST-UNIVERSITARIA DE LOS) *389
MÉDICO GENERAL (HORMONOLOGÍA GINECOLÓGICA PARA EL) *331
Médico legal (Autopsia) 54
Meningoencefalitis de la infancia ... 386
Menstrual y psicodrogas (Tensión pre) 143
MENTALES (ESTRUCTURAS) *434
Mentales (Variaciones de cupremia en enfermos) 303
Mentales para un diagnóstico psicológico (Batería de tests) 302
Metabolismo de los pigmentos (Enfermedades hereditarias en el) 54
Metabolismo de la fructuosa en la distrofia muscular progresiva 215
METÁSTASIS CANCEROSAS EN EL ESQUELETO (PATOGENIA DE LAS) *321
Metionin metil sulfato en la insuficiencia hepática (Terapéutica del) 56
Método de las peroxidasas (Discriminación de las leucemias por el) ... 374
Métodos terapéuticos (Las nuevas drogas y) 369
Micetoma por streptomices 381
MICROCULTIVO EN PORTA (DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE LA TOS FERINA, EN OCHO HORAS, POR LA TÉCNICA DEL) *161
Microesferocitosis (Esplenectomía por) 64
MIOPÍA (NOTAS SOBRE LA) *26
MÍSTICA DOCTORA DE AVILA (LA ÚLTIMA ENFERMEDAD DE LA) *448
Mitral (La circulación conjuntival en la estenosis) 298
Moniliasis en la infancia 63
Movimientos iónicos producidos por drogas cardiotónicas 57
Mucoproteínas en trastornos neurológicos (Valoración de) 303
Mujer (Tratamiento del cáncer genital en la) 384
MUTILADOS (REHABILITACIÓN DE) *37

N

Nasal total (Reconstrucción) 143
Nefropatía del lupus eritematoso ... 299
Neoplasias de los mamíferos (Los virus en la etiología de las) 300
NEUMONÍAS (LAS) *29
Neurochemistry (Practical) 370
Neurologie (Voies et centres nerveux. Introduction a la) 294
Niño (Linfosarcoma del intestino en el) 62
Niño (Patología de origen genético en el) 63
Novocaína en geriatría (Resultados con la) 58

O

Obesidad (La función renal en la) ... 375
Obesidad (El oxígeno inyectado como tratamiento de la) 379
Obstétrica (Problemas fundamentales de la práctica) 136
Obstetricia y ginecología (Uso de la transfusión sanguínea en) 143
Oclusión intestinal por cálculo biliar . 69
Oseos malignos (Tratamiento de los tumores) 307
Oseos omoplásticos (Trasplantes) ... 144
OSIFICACIÓN DE LA COROIDES *273
Organización sanitaria provincial de lucha contra el cáncer (Una) ... 210
ORO COLOIDAL RADIACTIVO EN APLICACIÓN INTRACAVITARIA (EL) *255
Otitis del lactante 442
Ovárica (Hipoplasia) 445
Ovario (Embarazo primitivo del) ... 59
Oxígeno inyectado como tratamiento de la obesidad (El) 379

P

Palatina (Corrección de la hendidura) 215
Parietografía del aparato digestivo (La) 378
Parkinsonianos (La clínica de los síndromes) 388
Paro cardíaco durante acto operatorio 148
PATOGENIA DE LAS METÁSTASIS CANCEROSAS EN EL ESQUELETO *321
Patología de origen genético en el niño 63
Patología placentaria (Sistematización de la) 383
Patología pulmonar por hongos (Problemas diagnósticos en la) 385
Patología y terapéutica fibromuscular 302
PEDIATRÍA (CONCEPTOS MODERNOS Y FINES DE LA) *237
Pediátrica (Atlas de röntgenografía) . 50
PELIGROS DE LAS GONADOTROPINAS ... *331
PERICIAL EN MEDICINA FORENSE (OBJETIVISMO Y SUBJETIVISMO) *223
Periferia (Sensibilidad vascular) ... 216
Perfiles cardiovasculares fotorradiográficos del adulto normal (Los) . 56

Peroxidasas (Discriminación de las leucemias por el método de las) . 374
Personalidad y ego 447
Pie plano anterior 302
Piel en las reparaciones cutáneas (Los injertos de) 387
Pierna (Tratamiento de las fracturas de) 144
Pigmenti (Incontinentia) 382
Pigmentos (Enfermedades hereditarias en el metabolismo de los) 54
Pleuresías cancerosas (Tratamiento local de las) 60
Placentaria (Sistematización de la patología) 383
Placentaria de anticuerpos antipoliomielíticos (Transmisión) 374
POLINEURITIS RECIDIVANTES *428
Poliomielitis (Fijación del complemento para) 301
Poliomielitis, en Checoeslovaquia (La vacuna oral de Sabin contra la) 145
Poliomielitis en España (Epidemiología de la) 214
Poliomielitis y vacunación masiva ... 145
Polvo (La sensibilidad al) 69
POSTPARTUM CON SYNTOCINON (PROFILAXIS DE LAS HEMORRAGIAS DEL) ... *352
Práctica obstétrica (Problemas fundamentales de la) 136
Pratique chirurgicale illustrée (Nouvelle) 52, 53 140
PROBLEMA DE LA UNIVERSIDAD (EL) ... *151
Problemas médico-quirúrgicos de la coartación de la aorta 213
PROCTOLOGÍA (EMPLEO DE LA MEDICACIÓN ANTIINFLAMATORIA EN) *289
PROCTÓLOGO (EL MÉDICO ANTE EL) ... *93
PROGRESOS DE LA GASTROENTEROLOGÍA ACTUAL *264
Profilaxia del asma bronquial 308
Profilaxis con sal iodada 297
Prostatectomía por adenoma en la amputación del recto 386
Proteinemia (La influencia de los aminoácidos en la) 373
Prueba de Mahnert en el diagnóstico de las afecciones mamarias (La). 373
Psicodrogas (Tensión premenstrual y) 143
Psicosis crónicas (El tiopropazato en las) 303
Psicología profunda de Jung (La) ... 442
Psicológico (Batería de tests mentales para un diagnóstico) 302
Psychiatrie (Abrégé de) 52
Ptosis renal 216
Pulgar (Cirugía reparadora del) ... 147
Pulmonar primitiva (Hipertensión) ... 60
Pulmonar por hongos (La patología) . 385
Púrpura trombocitopénica idiopática (Terapéutica de los corticoides en la) 58

Q

Quemadas (Rehabilitación de las manos) 216
Quimioterapia (Las tuberculosis pulmonares terciarias rebeldes a los antibióticos y a la) 217
Quirúrgico de las coronariopatías (Tratamiento) 300
Quirúrgicas (Urgencias abdominales) . 376

R

Radiaciones ionizantes (Acción biológica de las) 382
RADIACIONES IONIZANTES (CUALIDAD BIOLÓGICA Y) *362
RADIACTIVO EN APLICACIÓN INTRACAVITARIA (EL ORO COLOIDAL) *255
Radiobiología (Nociones de) 51
Radiodermitis 61
Raliología de la cadera senil (Estudio de la) 58
Radiológico (Análisis del cuadro) ... 304
Radioterapia (Litiasis ureteral y) ... 387
Recién nacidos (Los) 441
Reconstrucción nasal total 143
Recto (La prostatectomía por adenoma en la amputación del) 386
REHABILITACIÓN DE MUTILADOS (NUEVA TÉCNICA DE LA) *37
Rehabilitación de las manos quemadas (La) 216
Rehabilitación de los traumatizados (Ergoterapia en la) 302
Rehabilitación y geriatría 308
Renal (Ptosis) 216
Renal en la obesidad (La función) ... 375
Reparaciones de los tendones flexores de la mano (Resultados de las) ... 144
Reproducción (Influencia de drogas psicotróficas en la) 447
Resinas cambiadoras de iones (Tiroxinogénesis por las) 384
Respiración con presión positiva (Fisiología de la) 149
Respiratorias superiores e inferiores (Relación entre las dolencias de las vías) 218

Retina (Tratamiento del desprendimiento de) 68
Retina (El desprendimiento artificial de la) 59
Reumatismo (Artrosis) (Cursillo de clínica hidrológica del) 443
Reumatismos y enfermedades afines (Curso de) 305
Röntgenografía pediátrica (Atlas de) . 50

S

Sal iodada (Profilaxis con) 297
SAN IGNACIO DE LOYOLA (LA FUNDACIÓN DE ANTEZANA HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA Y EL RECUERDO DE) *76
Sanidad (El papel del ciudadano americano en las corporaciones de) ... 299
Sanitaria provincial de lucha contra el cáncer (Una organización) ... 210
Senil (Estudio clínico radiológico de la cadera) 58
Sensibilidad al polvo (La) 69
SENSIBILIDAD ESPECÍFICA (VISIÓN SINTÉTICA DE LA) *337
Sensibilidad vascular periférica 216
Sexo genético (El) 138
Sífilis cardiovascular (La) 379
Signo de insuficiencia carotídea (El soplo, nuevo) 55
Signos de alarma del cáncer del intestino grueso 220
Silicosis (La biopsia preescalénica en la) 142
Síndrome de Dubin-Johnson 148
Síndrome de Stokes-Adams (Tratamiento del) 146
Síndrome de Waardenbury 62
SÍNDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE (PREEXCITACIÓN VENTRICULAR) ... *116
Síndromes funcionales postgastrectomía 297
Síndromes parkinsonianos (El electrocardiograma en los) 220
Síndromes parkinsonianos (La clínica de los) 388
SINFISIOTOMÍA (SOBRE LA) *249
Sinovitis vellosa coxofemoral 69
Sistematización de la patología placentaria 383
Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Castilla 218
Sonrisa en el ejercicio profesional de la Medicina (Arte y ciencia de la) 141
Soplo carotídeo (El) 55
Streptomices (Micetoma por) 381
SYNTOCINON (PROFILAXIS DE LAS HEMORRAGIAS DEL POSTPARTUM CON) ... *352

T

Tabique interauricular normal (El) . 57
Técnica de la fijación del complemento para poliomielitis 301
TÉCNICA DE LA REHABILITACIÓN DE MUTILADOS (NUEVA) *37
Tendones flexores de los dedos de la mano (Resultado de las reparaciones de los) 144
Tensión premenstrual. Climaterio y psicodrogas 143
TERAPÉUTICA (EVOLUCIÓN DE LA) ... *1
Terapéutica antitrombótica 211
Terapéutica de los corticoides en la enfermedad de Werlhof (La) ... 58
Terapéutica del metionin metil sulfato en la insuficiencia hepática 56
Terapéutica fibromuscular (Patología y) 302
Terapéuticos (Las nuevas drogas y métodos) 369
Tests mentales para un diagnóstico psicológico (Batería de) 302
TIBIA (IGUALACIÓN DE LA) *85
Tiopropazato en las psicosis crónicas (El) 303
Tiroxinogénesis por las resinas cambiadoras de iones 384
Tokelau, en Michoacán 381
TOS FERINA (DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO DE LA) *161
Toxoids, vaccins and tuberculins in prophilaxis and treatment 138
Trabajadores intelectuales (La higiene mental de los) 61
Transfusión sanguínea en Obstetricia y Ginecología (Uso de la) 143
Transmisión placentaria de anticuerpos antipoliomielíticos 374
Trasplantes óseos omoplásticos 144
Trastornos neurológicos (Valoración de mucoproteínas en) 303
TRATADO DE HIDROLOGÍA Y CLIMATOLOGÍA *42
Tratamiento conservador de la colitis ulcerosa 149
Tratamiento de la arteriosis con un extracto de cartílago 213
Tratamiento de la obesidad (El oxígeno inyectado como) 379
Tratamiento de las esofagitis por reflejo 221

Tratamiento local de las pleuresías cancerosas ... 60
Tratamiento del asma bronquial (Acción del ACTH en el) ... 300
Tratamiento del carcinoma del endometrio ... 59
Tratamiento del cáncer genital en la mujer ... 384
Tratamiento del desprendimiento de retina ... 68
Tratamiento del síndrome de Stokes Adams ... 146
Tratamiento de las fracturas de pierna por enclavamiento medular ... 144
Tratamiento de las vaginitis microbianas y parasitarias por la hidrocortisona ... 446
Tratamiento de los tumores óseos malignos ... 307
Tratamiento con clorotiazida (El recambio electrolítico en el) ... 301
Tratamiento quirúrgico de la coxartrosis bilateral ... 144
Tratamiento quirúrgico de la estenosis mitral (La vía transventricular en el) ... 221
Tratamiento quirúrgico de las estenosis esofágicas por reflejo ... 219
Tratamiento quirúrgico de las coronariopatías ... 300
Traumatismos (Ergoterapia en la rehabilitación de los) ... 302
Traumatizados cráneo-encefálicos (Exploración de los trastornos de la conciencia en los) ... 299
Trombosis de la arteria vertebral ... 298
Tubo digestivo (Los divertículos del) 376
Tuberculin in prophilaxis and treatment. ... 138
Tuberculosis pulmonares terciarias rebeldes a los antibióticos (Las) ... 217
Tuberculosis terciarias ulceradas ... 304
Tumor hipercrínico (Un) ... 141
Tumores cerebrales (La electroencefalografía en los) ... 148
Tumores conservando la fonación (Indicación de las intervenciones laríngeas por) ... 222
Tumores del aparato génito-urinario . 292
Tumores óseos malignos (Tratamiento actual de los) ... 307

U

Ulcera gastroduodenal (Terapéutica del metionin metil sulfato en la) . 56
UNIVERSIDAD (EL PROBLEMA DE LA) ... *151
Ureteral y radioterapia (Litiasis) ... 387
Ureterocistoneostomía ... 386
Urgencias abdominales quirúrgicas ... 376
URGENCIAS UROLÓGICAS ... *401
UROLÓGICAS (URGENCIAS) ... *401
Uterino (Histología de los epiteliomas del cuello) ... 59

V

Vaccins and tuberculins in prophilaxis and treatment ... 138
Vacuna oral de Sabin, en Checoeslovaquia (La) ... 145
Vacunación antipoliomielítica por vía oral en Cuba (Informe de la campaña de) ... 294
Vacunación masiva en la poliomielitis (La) ... 145
Vaginitis microbianas y parasitarias (Tratamiento de las) ... 446
Valores bioquímicos en Medicina ... 370
Vascular periférica (Sensibilidad) ... 216
VENTRICULAR (PREEXCITACIÓN) ... *116
Ventriculares (Casuística de aneurismas) ... 149
Vertebral derecha (Trombosis de la) . 298
Vésico-intestinal (Fístula) ... 299
Vía transventricular en el tratamiento quirúrgico de la estenosis mitral. 221
Vías biliares (Anomalías del hígado y de las) ... 444
Virales (Hepatitis) ... 444
Virus en la etiología de las neoplasias (Los) ... 300
VIVENCIAS ANÍMICAS ... *355
Voies et Centres nerveux ... 294

ZARAGOZA, 15 ENERO 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

HERMANDAD MEDICO FARMACEUTICA DE SAN COSME Y SAN DAMIAN, DE ZARAGOZA

El día 23 de diciembre, la Hermandad Médico Farmacéutica de San Cosme y San Damián, de Zaragoza, celebró sus acostumbrados actos mensuales, comenzando por la santa misa, en la capilla de las clínicas de la Facultad de Medicina. Previamente se procedió a imponer la medalla de la Hermandad al hermano doctor don José María García Gil. Después de la misa, el celebrante rezó un responso por el alma del doctor don Esteban Azpeitia, presidente de honor de la Hermandad, recientemente fallecido.

A continuación, y en la misma Facultad de Medicina, tuvo lugar la sesión de la Academia Deontológica, estando a cargo la conferencia del hermano farmacéutico don José Anós, quien disertó sobre el interesantísimo tema «El acto farmacéutico, continuación del acto médico». Tras unas palabras de presentación pronunciadas por el presidente, doctor Azúa, comenzó su brillante disertación el doctor Anós, el cual desarrolló magistralmente una documentadísima lección basada en su amplia experiencia profesional y en sus múltiples actividades relacionadas con la farmacia, colaboraciones en congresos internacionales, importantes cargos ocupados, etc.

El doctor Anós fue muy aplaudido y felicitado por los hermanos, y especialmente por los que intervinieron aportando datos de gran valor, como los doctores Rabadán, Mozota, Mateo Tinao, Alvira y Ramón y Cajal.

Cerró el acto el presidente, doctor Azúa, quien agradeció la valiosísima intervención del doctor Anós, y propuso, recogiendo una sugerencia del hermano doctor Alvira, que una comisión mixta de farmacéuticos y médicos estudiase posibles propuestas de solución a los hechos destacados en la conferencia, propuestas que serían objeto de otra sesión.

SECCION DE ESTUDIOS MEDICOS ARAGONESES

En el salón de conferencias del Palacio Provincial, la S. E. M. A. de la Institución «Fernando el Católico» ha celebrado sus sesiones clínicas, el día 18 de diciembre, con la intervención del doctor don Ignacio Paricio, que expuso una excelente y documentada comunicación sobre el tema «Aportaciones médicas al estudio psicosomático de Jesucristo», que desarrolló con gran respeto y acierto.

Nuevamente, el día 8 de enero, se celebró otra sesión, interviniendo el doctor Amadeo González Fabregat, que expuso una comunicación sobre el tema: «Psicología de una revolución; sus comentarios».

Ambos actos se vieron muy concurridos.

FALLECIMIENTO DE LOS DOCTORES AZPEITIA Y LANDA SANZ

Con escasos días de diferencia, han fallecido en Zaragoza dos antiguos colaboradores de esta revista y amigos muy queridos.

El día 21 de ediciembre, el doctor don Esteban Azpeitia Gutiérrez, prestigioso médico odontólogo, que fue presidente de la Hermandad Médico Farmacéutica de San Cosme y San Damián, donde realizó una activa labor deontológica. Ejerció en tiempos la Medicina rural en diversos pueblos de la localidad, y por su amable trato y bondad natural era muy querido y apreciado entre sus campañeros.

El doctor don Ramón Landa Sanz ejerció en tiempos la especialiad de Oftalmología y colaboró activamente en estas páginas, en las que tuvo durante algunos años a su cargo esa especialidad. Retirado después del ejercicio profesional, donde actuó siempre con decoro y honradez científica, se dedicó a otras actividades, pero conservó siempre su interés y afecto por los problemas de la Medicina.

A sus respectivas esposas e hijos, expresamos nuestra condolencia, a la vez que solicitamos una oración y un recuerdo para los finados.

PREMIOS ANUALES DE LA ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

En la sesión inaugural de la apertura del curso de la Academia Médico-Quirúrgica Española, fueron otorgados los premios correspondientes al curso 1961-62.

El «Premio de la Academia» fue concedido al doctor don José Luis Galán Navarro, por su trabajo sobre «Diagnóstico de la cirrosis portal».

El «Premio García Ortiz» fue otorgado al doctor don Miguel Casamayor del Cacho, por su monografía sobre «Tratamiento quirúrgico de las cardiopatías adquiridas».

El «Premio Rodríguez Abaytúa» se concedió al doctor don Carlos Moreno González-Bueno, por su trabajo sobre «Tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago».

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LOS SUBSIDIOS DE A. M. F. y A. T.

Calladicamente, sin alborotos ni exaltaciones, con resolución y firmeza, continúa desarrollando su labor de previsión social médica la Sección de la Mutualidad Sanitaria que acoge a los médicos de entidades de asistencia médico-farmacéutica y servicios centralizados de accidentes del trabajo. Aun cuando su título indica médico, también se hallan en ella algunos farmacéuticos, por su carácter de analistas en las expresadas entidades, especialidad para cuyo desempeño se encuentran autorizados por disposiciones estatales. No serán muchos los que pertenezcan a la citada Sección en la región aragonesa y sus aledaños, por las características profesionales de la misma en dicho aspecto, pero sí se podrán contar por centenas. A éstos, seguramente les agradará mucho conocer algunos datos a ella referentes.

El desenvolvimiento de la Sección continúa con la subsiguiente producción de reservas en toda normalidad, a pesar de las resistencias que oponen a su inscripción las entidades patronales, y aun los mismos afiliados, molestos por el pequeño descuento que se les puede hacer en sus haberes, sin tener en cuenta las ventajas reportadas, ya que supone siempre un salario retardado que se mancomuna e incrementa con la acumulación.

Las prestaciones continúan concediéndose a los derechohabientes, dentro de las normas establecidas por la Dirección General de Previsión. Llama la atención la gran frecuencia en ser solicitados premios de natalidad, como evidente demostración de la fecundidad española, peticiones que figuran siempre en todas las reuniones semanales del Consejo de Administración; y así, en una del 15 de septiembre figuraban cinco, entre ellos uno gemelar. Las mil pesetas de subsidio constituyen una pequeña ayuda, muy útil en los momentos de una natalidad, que siempre origina mayores gastos familiares.

No son frecuentes las peticiones de premios de nupcialidad; y resulta lógico, cuanto que se atienden sólo las primeras nupcias, que suelen tener lugar, por la edad, antes de pertenecer a estos servicios especializados.

La concesión de prestaciones por enfermedad a partir del cuarto mes de la misma, ya que los tres primeros son a cargo de las empresas, hace que éstos no sean numerosos; mas nunca faltan, ya que se precisa el año de duración de la dolencia para pasar a la invalidez, salvo en los casos clarísimo y evidentes de ésta desde el primer momento.

La cortedad de muchos de los sueldos percibidos en esta modalidad laboral, hace que las jubilaciones que se perciban sean excesivamente bajas en su gran mayoría, a pesar de contabilizarse por mensualidades y no por anualidades, como generalmente se efectúa, obligando a llegar al escasísimo tope mínimo, que no alcanza, con las pagas extraordinarias, las 250 pesetas mensualese. Si a los sueldos básicos se les agrega, como tal acontece en muchísimos casos, pluses de carestía de vida, gratificaciones, ayudas de desplazamiento, utilización de clínicas, etc., por los que no cotizan profesionales ni empresas, entonces los emolumentos adquieren un volumen real siempre inferior al merecido.

Esta parquedad de prestaciones se manifiesta, aún crecida, por la misma causa, en las pensiones de viudedad, 30 por 100 de la jubilación correspondiente; y para ellos el límite inferior son 71'33 pesetas mensuales.

La modificación de estas prestaciones, siempre con evidente beneficio, se halla pendiente de aprobación ministerial, aprobación que se espera lograr en breve fecha, por el ya largo tiempo de estudios y comprobaciones oficiales. Como así lo ansiamos.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

CURSO MONOGRAFICO SOBRE CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES

Se celebrará del 14 al 26 de enero de 1963, en el Hospital Clínico y Provincial de Sevilla, organizado por la Primera Clínica Quirúrgica Universitaria (catedrático: S. García Díaz), actuando de secretario del curso el profesor adjunto, doctor C. Pera Blanco-Morales, y con la colaboración de los profesor y doctores De la Fuente Chaos, Zarapico Romero, Artigas, Pera Jiménez, Suárez Perdiguero, Mallet-Guy, Pi-Figueras, León Castro, De la Cruz Caro, Llauradó, Cruz Auñón y Aznar.

El curso tiene un aspecto práctico, para el que se admite la inscripción de doce cursillistas, que se cubrirán por orden riguroso de solicitud. Estos cursillistas participarán directamente en la consulta, salas e intervenciones, en calidad de ayudantes y de operadores, asistidos por el jefe del Servicio o el adjunto. También para ellos se celebrarán sesiones de seminarios prácticos. Al final del curso se les proveerá del correspondiente diploma. La cuota de inscripción es de 2.000 pesetas.

Para informes, programas e inscripción: Secretaría de la Cátedra. Hospital Central. Sevilla.

RELACION DE ALGUNOS PRODUCTOS QUE CONTIENEN TALIDOMIDA

En el comercio han circulado (con más o menos prodigalidad) artículos farmacéuticos con elementos relacionados con la talidomida. Algunos de ellos fueron retirados oportunamente:

A continuación citamos algunos de los específicos que contienen talidomida, que son los siguientes: Algosedin, Asmaval, Beosedyn, Bombrain, Contergan. Distaval, Enterosedin, Esomin, Gripex, Imidan, Imidina Hipnótico, Isomín, K 17, Kevadon, Lulamín, Neosedyn, Neurodyn, Nosctosedin, Noxodin, Pantosedin, Pecoran Expectorante, Poligrypene, Predomisedin, Quietoplex, Sedalis, Sedimile, Sedovalck, Softernon, Talargan, Talimol, Tensival, Thalin, Thalinette, Valgis y Valgrain.

VIDA MÉDICA NACIONAL

EL DR. ROYO-VILLANOVA, NUEVO PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE MEDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Nuestro ilustre paisano profesor doctor don Ricardo Royo-Villanova y Morales, ha tomado posesión de su cargo de presidente de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas, en ceremonia celebrada en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid. El profesor Royo Villanova ha sustituído al ilustre doctor Blanco Soler, recientemente fallecido.



LA XI REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Se clausuró la XI Reunión de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Los trabajos científicos de la reunión han estado presididos por los doctores Ariño y García Tapia, presidente y vicepresidente, respectivamente, de la Sociedad. Se abordaron temas de interés en torno al diagnóstico y tratamiento de sorderas precoces.

Al finalizar la asamblea se otorgó el «Premio Medical» a los doctores Carlos y Alfonso Hinojar, por su trabajo «El dolor de cabeza, sus causas y su mecanismo». Y el accésit del mismo al doctor Alvarez Pérez, por su trabajo «Pólipos de laringe».

SE CONCEDE LA MEDALLA DEL TRABAJO A UN BENEMERITO DOCTOR PAMPLONES

En Pamplona, sobre todo los viejos, se han congratulado mucho por la concesión de la Medalla al Mérito en el Trabajo al doctor don Bernardino Tirapu, quien está recibiendo muchas felicitaciones con tal motivo. El señor Tirapu, jubilado al cabo de más de cincuenta años de beneméritos trabajos como médico de cabecera, era para los humildes angélica institución de caridad. En muchas ocasiones, lejos de pasar factura por sus honorarios, al contemplar las dolientes necesidades familiares, dejaba debajo de la almohada del enfermo un billete del Banco de España para una sobrealimentación como medicina. La ciudad no olvida tanto trabajo, tanta bondad, y por ello ha recibido con emoción y alegría la noticia de dicha distinción.

INAUGURACION DEL CURSO 1962-63 DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MADRID

El día 29 de noviembre de 1962 se inauguró el curso académico de esta Sociedad. Su presidente, el profesor Laguna, abrió el curso, y el doctor Sáinz de los Terreros pronunció el discurso inaugural sobre «Los cincuenta últimos años de la Pediatría española», con ocasión de cumplirse el cincuenta aniversario de la Sociedad de Pediatría de Madrid. El secretario, doctor Navarro, leyó la memoria, y fueron concedidos los premios anuales.

DISTINCION AL PROF. ORTS LLORCA

La Universidad de Córdoba —en la República Argentina— ha concedido a nuestro eminente catedrático doctor Orts Llorca el título de Doctor «Honoris Causa», merecida distinción a los destacados méritos que concurren en tan destacada personalidad médica.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Esta entidad celebró el día 19 de diciembre una sesión científica, con intervención de los socios doctores: J. R. Zaragoza, que trató de «Las enfermedades del trabajo en la España primitiva»; A. Martín de Prados, sobre «La enfermedad como "utilidad" en la obra literaria de la generación del 98»; M.ª G. García del Carrizo, acerca de «La historia del saber médico en diez planes de estudio»; y T. Hernando, sobre «Notas para la historia del "tabardillo"».

I CONGRESO NACIONAL DE LA INFANCIA

Ha tenido lugar en Madrid el I Congreso Nacional de la Infancia.

Los ponecias estuvieron a cargo de los siguientes señores: D. Víctor García Hoz: «Las necesidades de la infancia en España». D. Blas Piñar López: «Necesidades generales de la infancia»; Dr. D. Juan Bosch Marín: «Necesidades biológicas de la infancia»; D.ª María Angeles Galindo Carrillo: «Necesidades educativas de la infancia»; Mons. Juan Tusquets: «Necesidades religiosas de la infancia».

Actuaron como moderadores los Dres. Sáinz de los Terreros y J. Rodríguez de Alarcón. Varios puericultores del Estado presentaron atinadas comunicaciones y participaron activamente en los discursos.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

LAS PROXIMAS JORNADAS DE SANIDAD 1963, EN ITALIA

El Ministro de Sanidad italiano ha declarado en sus circulares oficiales que el tema a desarrollar en las próximas Jornadas de Sanidad de este año será el de «Lucha contra la mala nutrición; las enfermedades del hambre».

EL «PREMIO RECORDATI» DE CARDIOLOGIA

Durante el Congreso Mundial de Cardiología celebrado en México, se otorgó el premio internacional de los Laboratorios Recordati, valorado en dos mil dólares, al doctor Tadeusz Patelenz, médico polaco, autor del trabajo «Arterias extracorpóreas del miocardio humano».

El premio fue entregado por el profesor Condorelli, de Roma, que presidía el jurado compuesto del profesor Decourt, de Sao Paulo; del profesor Lenègre, de París; del profesor Chávez, de México; y del profesor Katz, de Chicago.

SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE RELACIONES ENTRE PSIQUIATRIA Y PEDAGOGIA

En Turín, por iniciativa del Servicio de Asistencia Psicomédicosocial, tendrá lugar durante los días 21, 22 y 23 de abril, un «Symposium Internacional de Relaciones entre Psiquiatría y Pedagogía», en el cual se discutirán por médicos psiquíatras, psicólogos, pedagogos, educadores y periodistas, las necesidades y técnicas del individualismo precoz de los disminuídos psicointelectuales, de los problemas que plantean para una correcta preparación educadora y de formación, con objeto de recuperarlos, los límites de esta preparación, etc.

SE CONCEDE EL «PREMIO KENNEDY» A UN MEDICO FRANCES

Por primera vez desde su institución, el premio de la «Fundación Joseph Kennedy», creado para estimular la lucha contra las enfermedades mentales, ha sido concedido a un médico francés, el doctor Jerome Lejeune, de treinta y seis años, y director del Departamento de genética humana en la Facultad de Medicina de París, y también jefe del Laboratorio de enfermedades hereditarias del Hospital Trousseau.

En sus trabajos ha descubierto la anomalía cromosómica característica de los mongoloides. Por este premio recibirá una beca de estudios de 125.000 nuevos francos.

EL PROF. BERUTTI

Ha fallecido en Turín, a consecuencia de un infarto de miocardio, el profesor doctor Enrico Berutti, profesor libre de Clínica obstétrica y ginecológica en aquella Universidad.

Formado al lado del profesor Vicarelli, y posteriormente con el profesor Cova, fue él quien dirigió en Italia el primer centro para la cura y estudio de la esterilidad femenina. Es autor de una treintena de trabajos, y su competencia y autoridad en Obstetricia era muy apreciada.

NUEVO CONSEJO DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Al reorganizarse nuevamente «Revista Española de Obstetricia y Ginecología», después del fallecimiento de su antiguo director, el doctor Clavero Núñez, se ha hecho cargo de la parte científica de la revista un consejo de dirección formado por los profesores don Francisco Bonilla Martí, don Lorenzo Abad Colomer y don Manuel Galbis Pascual.

El propósito de este consejo directivo es infundir nuevo vigor a la revista y hacer de ella una publicación de tipo moderno.

III CURSO DE HEMATOLOGIA

Se celebrará en la Clínica Médica Universitaria del profesor doctor A. Pedro-Pons, Escuela de Hematología (Facultad de Medicina de Barcelona), del día 4 al 23 de febrero de 1963, siendo las clases diarias, mañana y tarde, excepto domingos y días festivos.

Será dirigido por el profesor doctor P. Farreras Valentí, con la colaboración de los profesores y doctores H. Bennhold, J. Capdevila, R. Castillo, F. Císcar Ríus, M. Dalmau Ciria, A. Foz, V. Gilsanz, J. Gras Riera, J. Grifols, Eloy López, M. Miserachs, W. Oppenheimer, A. Pedro-Pons, J. Rivera Bandrés, C. Rozman, J. Sánchez-Lucas, J. Sans Sabrafén, J. Triginer, doctora M.ª Teresa Vidal, J. Viñas, J. Vives Mañé y doctora S. Woessner.

El curso constará de:

A) Lecciones teóricas sobre Hematología y Hemoterapia. — Se expondrá su temario según programa, a partir de las diez horas.

B) Prácticas clínicas. — Se realizarán a continuación y en días alternos, sobre pacientes de la clínica y dispensario.

C) Ejercicios de observación morfológica y citológica. — Estos se iniciarán a las doce de la mañana, con estudio de preparaciones previamente seleccionadas del archivo de la clínica. Se procederá a su observación microscópica, proyecciones, microfotografías, etc.

D) Lecciones sobre técnicas hematológicas. Comenzarán a las cuatro de la tarde, comprendiendo los fundamentos de las principales técnicas.

E) Prácticas de laboratorio. — Se efectuarán a continuación, hasta las siete de la tarde, y dando la máxima importancia a su realización, dedicándolas a los mismos temas del apartado D).

El número de plazas está limitado a quince cursillistas, siendo de 4.000 pesetas el precio de inscripción al curso completo.

Al final del curso, previo examen, se librará un certificado con la calificación obtenida.

Para más detalles, dirigirse al secretario del curso, doctor F. Císcar Ríus, Facultad de Medicina, cátedra del profesor doctor A. Pedro-Pons, Casanova, 143, Barcelona.

ZARAGOZA, 15 FEBRERO 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

SOLEMNE INAUGURACION DEL CURSO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA

El día 29 de enero, la Real Academia de Medicina de Zaragoza celebró solemnemente la inauguración del curso 1963-64.

Ocupó la presidencia don Francisco Oliver Rubio, presidente de esta Academia, a quien acompañaron el general Salarrullana; señor Malumbres, representando al Alcalde; reverendo don José Manuel Arenz, por el señor Arzobispo; don Antonio Zubiri Vidal; don Enrique de la Figuera; el coronel Montañés, en representación del teniente general jefe de la Región Aérea Pirenaica; el presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma, y don Ricardo Horno Liria.

El secretario general, don Ricardo Horno Liria, dio lectura a la memoria anual reglamentaria de las actividades del pasado curso. Mostró la fructífera y provechosa labor científica realizada, junto con la activa colaboración de los señores académicos. Señala con complacencia el hecho de que por primera vez desde hace muchos años esta Real Academia se reúne para inaugurar las tareas del curso con su cupo completo, por la incorporación de los doctores Roncalés Cativiela y Bermejo, los cuales han compartido brillantemente, desde el momento de su ingreso, las tareas que imponen los estatutos.

Con certeros trazos hace el resumen del trabajo que se ha llevado a cabo en el curso pasado, y desfilan ante nosotros la apertura del curso anterior, la labor y las sesiones científicas, las recepciones y los honores y distinciones que han recibido los señores académicos por la intensa labor realizada, que se siente grandemente prestigiada y enaltecida por ellos.

Termina dando cuenta de los premios que se anunciaron en el curso anterior y los que se convocan para este curso, a saber: premio del doctor Gari y Boix, tema: «Fisiopatología de las serotoninas». Premio del doctor Oliver, tema: «Estudio demográfico y sanitario de un pueblo del distrito universitario de esta Real Academia». Premio de la Fundación Gracia Zatorre, tema: «Bioquímica y tratamiento de las afecciones degenerativas». Premio del excelentísimo señor don José Manuel Pardo de Santayana y Suárez, gobernador civil de la provincia, tema: «Examen de salud». Premio del excelentísimo señor don José Sinués y Urbiola, presidente del Patronato de la Lucha contra el Cáncer, tema: «Ultimas aportaciones sobre la etiología del cáncer».

El plazo de admisión para todos ellos termina el 31 de octubre de 1963, y se entregarán en la sesión solemne de 1964.

Tras la lectura de la memoria, el ilustrísimo señor don Antonio Val Carreres pronunció el discurso inaugural, que versó sobre el tema «Evolución de la cirugía cardíaca».



El doctor Val Carreres comienza refiriéndose a la afirmación de Sherman, que expresaba: «El camino que conduce desde la superficie del cuerpo al corazón tiene solamente, en línea recta, de dos a tres centímetros, pero la cirugía ha necesitado cerca de dos mil cuatrocientos años para recorrerlo». En tan largo espacio se dibujan tres períodos bien definidos que podemos referir: a) A las lesiones traumáticas extendido hasta principios del siglo actual; b) Un segundo período extendido en líneas generales hasta el año 1940, de amplia experimentación clínica y de laboratorio; c) Los cuatro últimos lustros, de evidente dominio de la técnica y de los medios auxiliares.

En su documentada conferencia, el doctor Val Carreres expone las teorías de los más afamados investigadores, siguiendo un proceso cronológico mostrando de forma patente las conquistas que la Medicina ha conseguido en

este campo. Después estudia el tratamiento quirúrgico de las lesiones y de las insuficieencias valvulares, insuficiencia tricúspide, mitral y aórtica defectos septales y transposición de los grandes vasos. Termina su brillante disertación con un detenido estudio de la tetralogía de Fallot.

El presidente, doctor Oliver, pronunció finalmente unas palabras para felicitar a los señores académicos que intervinieron en este acto y agradecer a las autoridades e invitados su asistencia, y declaró abierto el curso 1963-64.

BRILLANTE CONFERENCIA DEL DR. F. ZUBIRI SOBRE LA FIGURA DEL PROF. LOZANO MONZON

El día 22 de enero tuvo lugar en la sala de conferencias del Palacio Provincial la conferencia organizada por la Cátedra «Ramón y Cajal», de la Institución «Fernando el Católico», a cargo del consejero de la Institución doctor don Fernando Zubiri Vidal quien trató el tema «Un aragonés ilustre: el doctor don Ricardo Lozano Monzón».

En ella, el doctor Zubiri exaltó la figura del que fue notable profesor de esta Universidad, glosando su figura y destacando sus características en el estudio, en su labor quirúrgica y en su aspecto social. El acto resultó muy brillante y asistieron numerosas personalidades y distinguido público.

EL DR. MATEO TINAO, EN «CALIBO»

El día 24 de enero pronunció una interesante charla en este centro el profesor Mateo Tinao, tratando sobre el tema «¿Demasiados tranquilizantes?», que expuso con gran competencia y amenidad, estableciendo después un animado coloquio.

SESIONES CLINICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Las sesiones clínicas se reunieron el día 8, bajo la presidencia del doctor don Julio Ariño.

Intervino en primer lugar el doctor don José María San Pío Martínez, que expuso su comunicación sobre «La fotografía en Otorrinolaringología».

Intervinieron en esta comunicación los doctores Fairén Guillén y Ariño Cenzano.

A continuación, el profesor Civeira Otermín expuso su comunicación sobre «La hipokalemia en el tratamiento de los defectos de conducción cardíaca».

El ponente mostró los resultados por él obtenidos con las técnicas de deplección de potasio, no habiendo podido confirmar los buenos resultados comunicados por los autores ingleses. A esta comunicación hicieron observaciones y sugerencias los doctores Placer, Navarro, Antolín y Ucar.

PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA



« PREMIO GARI »

Los doctores don Santiago Ucar y don Fernando Casamayor, que han obtenido el Premio de la Academia, por un meritísimo trabajo sobre «Fisiología y Farmacología de la circulación cerebral».





«PREMIO OLIVER»

Don Francisco del Río Marco, médico de Calatayud, que ha sido galardonado con el «Premio Dr. Oliver Rubio» y nombrado académico correesponsal, por su brillante y documentado trabajo «Estudio demográfico y sanitario de Calatayud».

HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIAN

La Hermandad de San Cosme y San Damián de Zaragoza ha celebrado sus acostumbrados actos el pasado día 27, en el Hospital Provincial.

Comenzaron los actos con una misa de comunión con plática.

Tras el desayuno de hermandad, tuvo lugar en el salón de profesores la sesión de la Academia Deontológica, que comenzó con una conmemoración necrológica por el presidente de honor, recientemente fallecido, doctor don Esteban Azpeitia, heha por el hermano doctor don Vicente Carceller, el cual resaltó los valores humanos, profesionales y, muy especialmente, deontológicos y apostólicos del doctor Azpeitia.

A continuación, el hermano doctor don Mariano Horno desarrolló el tema «Proyección futura de la Hermandad». Comenzó exponiendo su concepto de que la Hermandad no es una agrupación profesional ni gremial, ni mucho menos un club, sino un camino espiritual que conduce a Cristo, siguiendo la senda del dolor que nos marca la relación con el enfermo, y realizando un encuentro con Dios, al par que con los demás hombres.

Señala las cosas que ofrece o puede ofrecer la Hermandad: orientación espiritual y deontológica, medios de dirección apostólica y oportunidades de acción colectiva.

En cuanto a todo lo que puede hacer la Hermandad, proyecta magistralmente un amplísimo campo de actividades, que parten desde la renovación espiritual de cada hermano hasta la proyección fuera de la Hermandad sobre los demás compañeros, en las obras benéficas, en los hospitales, en la enseñanza y en multitud de obras generales y específicas que constituyen un plan ambicioso, pero de un alcance extraordinario.

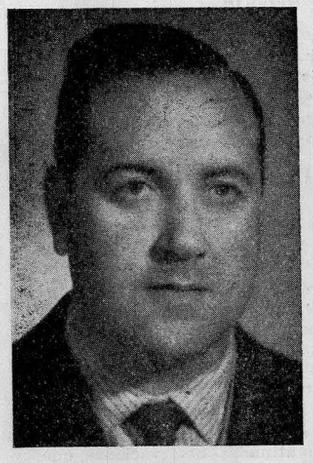
El conferenciante despertó gran entusiasmo en todos los hermanos, siendo muy aplaudido.

En la discusión intervinieron los doctores Cámara, Fuertes, Mola, Rosel, Alvira y Romero, quienes aportaron datos de gran valor. A todos ellos contestó el conferenciante, agradeciendo las felicitaciones y aportaciones.

Con unas palabras de felicitación del presidente, doctor Azúa, y del consiliario, don Antonio García Cerrada, se levantó la sesión.

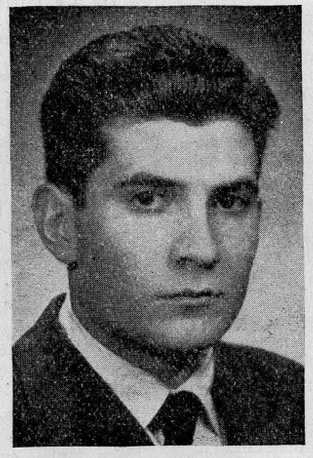
EL DR. RAICHS, EN LA SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

En la tarde del 31 del pasado, la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española celebró su acostumbrada sesión mensual, presidida por el profesor Giménez González, interviniendo el doctor don Antonio Raichs, jefe del Servicio de Hematología de la Residencia del S. O. E., que expuso brillantemente en una conferencia el tema «Diátesis hemorrágicas en Obstetricia y Ginecología».



«PREMIO GRACIA ZATORRE»

El doctor don Lucas Bermúdez Fernández, médico y farmacéutico de Sevilla, que ha obtenido el «Premio de la Fundación Gracia Zatorre», por su magnífico trabajo «Estado actual, farmacológico y terapéutico, de los psicofármacos».



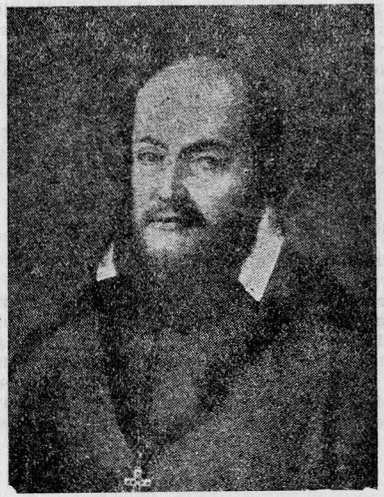


« PREMIO DR. PRATOSI »

Los doctores don Fernando Solsona y don Angel Castillo, a quienes ha sido otorgado el «Premio Dr. Pratosi», por su magistral trabajo sobre «Influencia y peligros que sobre las aguas pueden tener las radiaciones ionizantes».

SAN FRANCISCO DE SALES, PATRON DEL PERIODISMO

En la villa saboyana de Annecy, sobre la colina en la que se edificó el Monasterio de la Visitación, y adosado a él, se ha terminado recientemente la basílica dedicada a San Francisco de Sales y a Santa Juana Chantal. Junto al altar mayor, en unas urnas de plata



sobredorada, se veneran los cuerpos de ambos santos cofundadores. La basílica representa el exvoto de la piedad católica al apóstol de Chablais, celoso pastor de Ginebra y patrono de los escritores y periodistas católicos.

Misionero y polemista frente a la herejía, predicador infatigable, supo de tal modo dominar su natural vivo y pronto a la ira, que mereció, por paradoja de la santidad, el sobrenombre de «dulce doctor». Escritor solidísimo y profundo, de cuyas obras se ha dicho que constituyen, con los «Ejercicios», de San Ignacio de Loyola, y las de Santa Teresa de Jesús, la biblioteca espiritual de los últimos cuatrocientos años.

Fue precisamente un episodio de su vida de predicación en Chablais, dice uno de sus biógrafos, el que había de hacer de San Francisco de Sales el Patrono de los periodistas católicos.

Los protestantes, movidos unos por el miedo y otros por el respeto humano, no acudían a eescuchar la predicación de los misioneros

Los esfuerzos de éstos se estrellaban ante la imposibilidad de hacerse oír. San Francisco se decidió a cambiar de táctica. Ya que no le oían de viva voz, habrían de leerle. Y durante el día redactaba unas hojas que por la noche se distribuían a las puertas de las casas. Así nacieron sus célebres «Controversias», recogidas en un libro maravilloso, escrito en un estilo punzante y vivo, verdadero modelo de periodismo católico.

Los descubrimientos de los manuscritos han mostrado hasta qué punto fueron estos escritos, mucho más aún que la versión que se conocía, auténticos modelos de ágil y atractivo estilo, lleno de movimiento y de color. Y el éxito que se obtuvo en la empresa demostró también el acierto con que había sido concebida. Porque quienes no le oían, le leyeron, y terminaron convirtiéndose.

* * *

Con el fervor de siempre y el alto espíritu de fraternal convivencia, celebraron los periodistas zaragozanos la festividad de su Patrono, San Francisco de Sales. Claro testimonio de lo expuesto fue la nutrida concurrencia a los actos religiosos en la capilla del Colegio de Santa Ana, donde celebró la misa el canciller del Arzobispado, y predicó el deán del Cabildo, doctor don Hernán Cortés Pastor. Junto a los periodistas estuvieron los miembros del Cuadro de Médicos de la Asociación de la Prensa, la junta directiva de la Asociación y, presidiendo todos los actos, nuestras primeras autoridades.

Por la tarde se reunieron en el «Hotel Goya» para obsequiar al Cuerpo Facultativo de la entidad periodística, en cuya acto pronunciaron elocuentes y emotivos discursos el presidente de la Asociación de la Prensa, don José Blasco Ijazo, y el decano del Cuerpo Médico, doctor Ariño Cenzano, que interpretaron el sentir unánime de sus representados.

SEMINARIO MEDICO MILITAR DE LA QUINTA REGION

El 31 de enero, en el Hospital Militar de la plaza, tuvo lugar la tercera sesión del curso actual de este Seminario.

Presidió el doctor Salarrullana Alabart, inspector médico jefe de Sanidad de la Región, e hizo uso de la palabra el capitán médico don Angel Hernández Larrodé, quien disertó sobre el tema «Aspectos sanitarios de la vida en la Antártida».

Se ocupó de los medios de transporte, vestido, alimentación y de los problemas médicos que se plantean en estas latitudes.

El teniente coronel Chamorro y el comandante Mozota intervinieron seguidamente señalando su experiencia en Rusia en su estancia en la División Azul. El capitán Vilaret hace notar cómo en estos casos se suma la tensión emotiva de la guerra.

Finalmente, el general Salarrullana felicita al orador por la amenidad y clara exposición del tema, y hace atinadas observaciones que complementan la conferencia, haciendo observar especialmente la gravedad de los traumatismos en esas circunstancias.

CONFERENCIA DEL DR. ALFARO GRACIA, EN EL ATENEO

En el salón de actos del Ateneo pronunció el día 2 del actual una interesante conferencia el doctor don Emilio Alfaro Gracia, sobre el tema «John Steinbeck, Premio Nobel».

SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRIA

Esta Sociedad celebró sesión el día 1 de febrero, en el Colegio de Médicos, interviniendo el doctor don Ramón Azcona Villomara, sobre el «Tratamiento quirúrgico de la criptoquirdia».

BRILLANTE CONFERENCIA DEL DR. QUESADA

Con una gran concurrencia, en el salón de actos de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad disertó brillantemente el presidente de la Junta Central de Médicos del S. O. E., doctor Quesada, sobre «Problemas actuales del Seguro de Enfermedad».

Presidió el presidente del Colegio de Médicos de Zaragoza, doctor Celma; el de la Sección de Médicos del S. O. E., doctor Júdez; el vicepresidente del Colegio, doctor Trinchán; el presidente del Colegio de Huesca, doctor García Bragado, y los representantes de los Colegios de Teruel y Soria.

Hizo la presentación el doctor Júdez, poniendo de relieve el talento, la cultura y su actitividad y entusiasmo profesional del conferenciante.

A continuación, el doctor Quesada hizo una exposición detallada del estado actual de todos los problemas del S. O. E., abogando por la necesidad de una activa participación de los médicos en la proyectada reorganización. Expuso datos y estadísticas para poner de relieve la seguridad de que se puede hacer compatible la buena marcha del Seguro con el reconocimiento de unas reivindicaciones imprescindibles al personal sanitario. Fue muy aplaudido.



Cerró el acto el presidente del Colegio de Zaragoza, doctor Celma, para agradecer la presencia de los representantes de Huesca, Teruel y Soria, y de los distintos médicos de la provincia, y para agradecer al doctor Quesada su magnífica exposición.

FIGURAS DESTACADAS DE LA MEDICINA ARAGONESA



El doctor don **Víctor Smith Agreda**, que tras brillantes ejercicios de oposición ha obtenido la cátedra de Anatomía de la Universidad de Valencia.



El doctor don **Pedro Amat Muñoz**, que tras reñidas oposiciones ha ganado la cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de Salamanca.



Don **Vicente Pardos Bauluz**, que tras brillantes ejercicios ha obtenido el Premio Extraordinario de la Licenciatura en Medicina.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LIQUIDACION DE LA SECCION DEL AUTOMOVIL EN 1962

Dos grupos fundamentales desarrolla la Sección del Automóvil de Previsión Sanitaria Nacional: el de accidente personal y el de daños, con toda su amplitud de responsabilidad civil, daños a tercero en su doble aspecto de personas y cosas, y daños propios del vehículo con sus consecuencias derivadas —menores en número, mas no siempre en coste— de incendio y robo. Lo humano debiera ofrecer más interés; y, con gran frecuencia, a lo espiritual rebasa lo material: así, la mayor importancia que efectivamente pudiera ofrecer el accidente personal, queda muchas veces sobrepasada por los egoísmos crematísticos de los daños. Es cierto que los accidentes personales por siniestros automovilistas en propia conducción, son menos frecuentes que los perjuicios materiales; y la preferencia de los asociados se manifiesta marcadísima por el grupo de daños.

En la liquidación del pasado ejercicio, el importe de las cuotas netas cobradas en el grupo de daños, han rebasado los veintiocho y medio millones de pesetas, que sumados a los retornos del precedente, exceden de los cincuenta y medio millones, cantidad con la que ni siquiera se soñaba hace unos años, pero ya prevista, en cierto modo, al iniciarse 1962.

De ellos, se pagaron muy cerca de los veintitrés millones por siniestros, restando algo más de medio millón por cantidades percibidas de otras entidades. Los gastos de administración, cobranza y gestión, se cifraron en algo más de cuatro millones, que no es el 10 por 100 fijado anteriormente (hubiese rebasado entonces los cinco millones), sino el 8'50 por 100, que se ha considerado suficiente para la marcha normal de la entidad; si bien, con exigencia de apretar en firme los tornillos laborales, casi en labor de torniquete. Conviene destacar la existencia de una sola partida fallida, por valor de trescientas pesetas. El superávit logrado ha alcanzado próximo a los veinticuatro millones, de pesetas, casi la mitad de lo recaudado (47'40 por 100).

Mas a pesar del sacrificio de los gastos de administración, ya difícilmente reductibles, el retorno concedido a los asociados ha tenido que sufrir reducción en su cuantía. La del ejercicio de 1961 constituyó verdadera plusmarca, la cima más elevada de la escala, con el 62 por 100 para los libres de gastos y el 31 por 100 para los originarios de aquéllos. En el pasado ejercicio, la primera cifra se ha reducido en 6 enteros, con el 56 por 100, y la segunda su lógica mitad, con el 28 por 100; muy poco, pero ¡cuántas protestas se originarán por esto, tal vez sólo un par de duros menos!

¿Qué lo ha motivado? Sobre todo, la elevación en el coste de los siniestros, que si en 1961 fue ya alta, con promedio de 2.923'29 pesetas por accidente, en 1962 la rebasó en más de 500 pesetas, con 3.435'25. De este aumento, ha sido verdaderamente alarmante el producido por daños a personas: lo mismo en indemnizaciones pecuniarias a atropellados, que en atenciones sanitarias para su tratamiento y curación.

A ello se suma el crecimiento en el índice de siniestros: de 39'32 por 100 en 1961, a 40'94 por 100 en 1962; poco aparente un entero y medio de exceso, si no se cifrasen los siniestros en varios millares.

Es lamentable la disminución de los retornos; mas la Mutual sólo ha podido llegar al sacrificio de los gastos administrativos, muy notable en lo que corresponde a servicios centrales, más afectados por la medida. El aumento de la circulación y tráfico, cada vez más intenso por carretera, y aún superado en los centros urbanos de mayor importancia, las disposiciones sobre salarios y, sobre todo, la aplicación del nuevo código de la circulación, hacen temer mayores costes en los próximos años; costes que serán siempre generales y que no afectarán tan sólo a la Mutualidad Sanitaria.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

LA FESTIVIDAD DE SANTA APOLONIA Y EL COLEGIO DE ODONTOLOGOS

En día 8, el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Sexta Región celebró con una serie de actos la festividad de su Patrona Santa Apolonia, actos a los que asistieron la casi totalidad de los colegiados y diversas representaciones de Colegios Oficiales de la capital.

Tras una solemne misa cantada, celebrada en la Iglesia de la Santa Cruz, en los locales del Colegio fue servido un vino español, ofrecido por el Colegio, con la colaboración de los depósitos dentales de Zaragoza.

A la misma hora, en Huesca, se rindió un homenaje a don Ignacio Pérez Calvo, ofrecido en nombre de todos los compañeros de la región, por el presidente de la junta provincial, señor Herce. A las siete y media de la tarde se celebró junta general ordinaria. A las diez de la noche, en el «Hotel Goya», se reunieron todos los colegiados en una cena de hermandad, que, al igual que los demás actos, transcurrió en un grato ambiente de alegría y compañerismo.

EL RIMMEL, COMO CAUSA DEL TRACOMA

En un colegio de California, durante una inspección sanitaria, fueron descubiertos cuarenta y ocho casos de tracoma en muchachas de edad inferior a los veinte años. La encuesta epidemiológica puso pronto de manifiesto que la causa era debida al empleo de una barrita de rimmel, contaminado, que las alumnas se prestaban generosamente para sombrear sus pestañas.

VIDA MÉDICA NACIONAL

EL DR. SABIN, EN ESPAÑA

El profesor Sabín, de Nueva York, descubridor de la vacuna antipoliomielítica que lleva su nombre, ha permanecido unos días en Madrid, donde pronunció una conferencia y visitó varios centros sanitarios.

Antes de su partida, y en información a los periodistas, manifestó que su labor principal fue la de descubrir el mecanismo de infección de la poliomielitis, que se introduce por la boca y se desarrolla en el intestino.

Ya con este dato pudo preparar su vacuna tras unos veinticinco años de trabajo. Los primeros experimentos se hicieron con penados del Estado de Ohío, que se ofrecieron voluntarios. La primera persona vacunada con la «Sabín» fue el hijo de seis años del descubridor del producto. Inmediatamente fueron vacunados los demás niños de la familia y los de los amigos.

Actualmente en Estados Unidos se han hecho vacunaciones de más de cuarenta millones de habitantes, con éxito tan halagador que solamente ha habido en el pasado año unos ochocientos casos de poliomielitis.

En cuanto a España, el doctor Sabín opina que si se hacen vacunaciones masivas que afecten a unos cuatro millones de niños y se vacuna a los que vayan naciendo, la enfermedad desaparecerá en breve.

APERTURA DE CURSO EN LA DEONTOLOGICA DE MADRID

Bajo la presidencia del ministro de Educación Nacional, don Manuel Lora Tamayo, y del profesor Núñez, se celebró la apertura de curso de la Academia de Deontología Médica. La conferencia inaugural estuvo a cargo del profesor don Juan José López Ibor, quien disertó acerca de «Tipos neuróticos de nuestros días».

NUEVO CATEDRATICO DE MEDICINA

En virtud de oposición ha sido nombrado catedrático numerario de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, el doctor don Rosendo Pochs Viñals. El profesor Pochs Viñals es en la actualidad catedrático numerario de la misma especialidad de la Universidad de Sevilla.

EL PROF. LOPEZ IBOR, DIRECTOR DEL HOSPITAL DE SAN CARLOS

En fecha reciente, el «Boletín Oficial del Estado» insertó una Orden ministerial en virtud de la cual fue nombrado director del Hospital de San Carlos, de Madrid, el catedrático de Psiquiatría de aquella Facultad, doctor don Juan José López Ibor.

LIBRO EN HONOR DEL DR. NUÑEZ

Acaba de aparecer el libro-homenaje al doctor Núñez-Pérez, obsequio de amigos y compañeros con motivo de su jubilación como catedrático de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de Madrid.

PREMIO «CODINA CASTELVI»

La Real Academia de Medicina ha galardonado con el premio «Codina Castelví» el mejor trabajo publicado en España sobre cirugía del corazón, del que son autores los doctores don Carlos García Ortiz y don Miguel Casamayor, este último de distinguida familia zaragozana. Con este motivo han recibido numerosas felicitaciones.

INGRESO DEL DR. PEÑA YAÑEZ EN LA REAL ACADEMIA DE GRANADA

El día 20 de enero se celebró el acto de recepción como académico de número, del profesor doctor don Arsacio Peña Yáñez, cuyo discurso de ingreso versó sobre «El síndrome "dumping"», contestándole en nombre de la Corporación el vicepresidente, doctor Sánchez Cózar. El acto fue presidido por el doctor Guirao Gea, y resultó muy brillante.

CONFERENCIA DEL DR. BOSCH MARIN SOBRE POLIOMIELITIS

El día 5 del actual, en la Real Academia Nacional de Medicina, presidida por el doctor Palanca, pronunció el doctor don Juan Bosch Marín una notable conferencia, sobre «La poliomielitis en Europa en 1961», de la que damos a continuación un amplio resumen por su interés siempre actual.



Al comienzo de su disertación revisó el problema sanitario del que se ocupa la Asociación Europea contra la Poliomielitis en su última reunión de Praga, en la que el conferenciante presentó informe detallado de la poliomielitis en España.

Destacó seguidamente la preocupación de las autoridades sanitarias españolas y la tarea desarrollada desde hace varios años por la Dirección General de Sanidad, el Hospital del Niño Jesús y el Hospital del Rey, entre otros, para evitar la enfermedad, mediante la vacuna

de Salk, y tratar la fase aguda y la recuperación con la creación del Patronato Nacional de Rehabilitación. Se refiere a la presente campaña que, a través del Seguro de Enfermedad, hará llegar esta importante mejora sanitaria a otros cientos de miles de niños españoles. Recuerda la existencia de 2.132 casos en 1959; 1.638 en 1960, y 1.786 en 1961, según estadística de la Dirección General de Sanidad.

En España, el 80 por 100 son enfermos menores de cinco años, y la mayor incidencia sigue presentándose en los meses de julio, agosto y septiembre.

Con numerosos y demostrativos gráficos se refirió a los programas de vacunación, además de España, en otros diecisiete países europeos: Alemania Oriental, Bélgica, Austria, Checoeslovaquia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Hungría, Inglaterra y País de Gales, Italia, Polonia, Rusia, Suecia, Suiza y Turquía. Y analiza la comparación y posible preferencia entre la vacuna con virus muertos de polio, tipo Salk, o la vacuna con virus vivo atenuado, tipo Sabín, que se administra por la boca.

Comenta la discusión entablada en el Symposium de Oxford, que acepta ambas técnicas como excelentes, por ser inofensivas y muy eficaces, con tal de realizar vacunaciones masivas, como lo han hecho Suecia, Dinamarca, Holanda y Bélgica, así como algunas zonas de Estados Unidos, con la técnica de Salk, y, por otra parte, Rusia, Albania, Bulgaria, Hungría y Checoeslovaquia, con la técnica de Sabín, todas ellas con resultados satisfactorios.

Se refiere a los trabajos hechos en Suiza por Marín du Pan y sus colaboradores sobre la vacunación del recién nacido y del lactante menor de un año con vacuna tipo Sabín en hijos de madres previamente vacunadas con vacuna tipo Salk.

Finalmente, el doctor Bosch Marín comenta el excelente servicio prestado por el Hospital del Niño Jesús, especialmente en su departamento de pulmones de acero, ejemplo en su género, que permite incluso la utilización de tales pulmones de acero en el domicilio del enfermo, pasada la fase aguda y contagiosa de la enfermedad, y se refiere también al Centro Antipoliomielítico del Hospital del Rey, en el que en 1962 han ingresado doscientos cuarenta niños menores de cinco años; veinte con edades de cinco a diez años, y dieciséis entre diez y quince años. En 31 de diciembre de 1962 había 155 hospitalizados en el Servicio de Poliomielitis del Hospital del Rey, de Madrid.

«GALICIA CLINICA» CUMPLE SU XXXV ANIVERSARIO

La popular revista de La Coruña, que tan acertadamente dirige el doctor don Aurelio Gutiérrez Moyano, ha tenido la satisfacción de entrar en el trigésimo quinto aniversario. Ello supone un esfuerzo y tesón considerables, habiendo cumplido durante ese largo plazo sus deberes informativos y culturales con gran acierto y escrupulosidad.

Al felicitarle muy sinceramente, hacemos votos para que pueda continuar durante muchos años, cada vez con más pujanza, su acertada labor entre los médicos españoles.

ASOCIACION DE MEDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró su sesión inaugural del curso 1963 el día 17 de enero, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

El discurso inaugural estuvo a cargo del catedrático de la Facultad de Medicina, profesor don Ricardo Royo-Villanova Morales, que desarrolló el tema «Arte y ciencia de la sonrisa en el ejercicio profesional de la Medicina», del que damos amplia información en otro lugar. Previamente, el secretario general, doctor Fernán Pérez, leyó la memoria reglamentaria de las tareas de la Asociación durante el pasado curso.

CONFERENCIA EN BILBAO DE LA DRA. ITURRI

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao celebró el día 8 del actual una sesión científica, en la que disertó la doctora doña Ticiana Iturri Landajo, sobre «Aborto habitual», proyectándose la película «Signo Iturri en el legrado uterino».

NECROLOGÍA

EL DR. OREJA ELOSEGUI

En San Sebastián falleció recientemente el doctor don Benigno Oreja Elósegui, que durante muchos años fue figura señera de la Urología española, destacando por su extraordinaria labor doctrinal y clásica, sobre todo en patología prostática, siendo también un hombre íntegro y de gran caballerosidad, destacando por sus grandes virtudes en el trato social y en el ejercicio de la profesión.

En la anteiglesia de Ibarranguelúa, pueblo natal del ilustre doctor Oreja, se celebraron solemnes funerales por su alma, presididos por el señor Obispo de la diócesis.

La ceremonia revistió gran solemnidad, tomando parte en ella un espléndido coro de la Orden Franciscana, que así quiso rendir al doctor Oreja el homenaje póstumo de agradecimiento por los servicios prestados a diversas congregaciones religiosas, y entre ellas a la mencionada Orden, en sus más de cincuenta años de ejercicio profesional en la Clínica de San Ignacio de San Sebastián.

De este modo quedó patente la prueba de afecto que se granjeó en vida tan preclaro hijo, que por su prestigio fue premiado con diversas condecoraciones nacionales y extranjeras por servicios prestados en su especialidad quirúrgica, a la que con tanto amor y abnegación se dedicó.

EL DR. PEDRAJAS CORTES

Ha fallecido en Granada el doctor don Antonio Pedrajas Cortés, notable especialista de aparato digestivo y uno de los fundadores de la revista «Actualidad Médica». Su muerte ha sido muy sentida. Con este motivo transmitimos nuestros sentimientos al Cuerpo de Redacción de la estimada revista granadina.

JUNTA DE GOBIERNO DE LA REAL ACADEMIA DE TENERIFE

Verificada la elección de cargos de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife, quedó constituída en la siguiente forma: presidente, doctor Vinuesa Alvarez; vicepresidente, doctor Fariña; secretario general, doctor Guigou Costa; vicesecretario, doctor Pérez y Pérez; tesorero, doctor Fernández; y bibliotecario, doctor Wildpret.

III CONGRESO GENERAL DE LA UNION MEDICA MEDITERRANEA

La Unión Médica Mediterránea celebrará su III Congreso General, conjuntamente con la Sociedad de Farmacia del Mediterráneo Latino, durante los días 3, 4 y 5 de junio próximo (Pascua de Pentecostés), en San Sebastián (España).

En este Congreso se reunirán las siguientes secciones de la Unión Médica Mediterránea: Medicina interna; Cirugía general; Obstetricia y Ginecología; Urología; Pediatría; Odontoestomatología; Farmacia.

La cuota de inscripción se ha fijado en mil pesetas, incluyéndose en la misma todos los actos sociales y festejos.

Para información e inscripciones dirigirse al profesor José María Cañadell Avda. Generalísimo, 497, Barcelona (15), España.

Las solicitudes de reserva de hotel, viajes, etc., deben dirigirse a la Compañía Hispano-Americana de Turismo, Paseo de Gracia, 11, Barcelona (7), España.

CONCURSO DE PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE VALLADOLID

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid abre un concurso para dos premios:

Primer premio: «Estudio epidemiológico de la poliomielitis en Castilla la Vieja, y bases para una campaña profiláctica».

Segundo: «Premio del Magnífico y Excelentísimo Sr. Rector de la Universidad de Valladolid», acerca de un trabajo de investigación personal sobre asunto de libre elección de Medicina o cualquiera de sus especialidades o ciencias auxiliares.

Cada uno de los referidos trabajos serán premiados con tres mil pesetas y el título de académico corresponsal de esta Real Academia.

Los trabajos se presentarán por duplicado en la secretaría de la Real Academia (López Gómez, 13, 2.°, Valladolid), antes del día 15 de noviembre del corriente año, en sobre cerrado y lacrado, sin firma ni rúbrica, pero con un lema.

CURSOS

PRIMER CURSILLO DE DIAGNOSTICO CITOLOGICO

El Departamento de Citodiagnóstico de la Clínica de Medicina Preventiva anuncia su primer curso teórico-práctico sobre «Bases del diagnóstico citológico en Ginecología», encauzando especialmente el estudio de la morfología celular.

Este curso comenzará en Madrid el día 15 de febrero de 1963, y tendrá un duración de treinta días hábiles d,irigido por el doctor don José Zamarriego Crespo, miembro activo de la Sociedad Norteamericana de Citología, y en él participarán, como invitados, diversos especialistas de citología ginecológica.

Constará de una parte teórica (ajustada a un programa de 30 lecciones) y otra práctica, integrada por seminarios, con discusión de microfotografías y prácticas de microscopio con preparaciones seleccionadas.

El número de plazas es de quince, reservadas exclusivamente a licenciados en Medicina y Cirugía, realizándose la selección de los solicitantes por riguroso turno de matrícula.

El coste de la matrícula es de 3.000 pesetas. Al final del curso se entregará un certificado de asistencia.

Los médicos que deseen asistir lo comunicarán por escrito a la señorita Elena García Salmones, Clínica de Medicina Preventiva, plaza de Salamanca, 9, Madrid (6).

CONFERENCIAS EN LA ASOCIACION DE CIRUGIA PLASTICA DE BARCELONA

Este ciclo de conferencias para postgraduados, organizado por la Asociación de Cirugía Plástica de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, tendrá lugar, de forma intensiva, durante la quincena del 25 de febrero al 9 de marzo, ambos inclusive. Una semana estará dedicada íntegramente a quemaduras y otra a cáncer cutáneo. La lección magistral señalará el tema del día para las demás actividades a desarrollar (sesiones complementarias, films, etc.).

Colaborarán destacados profesores y cirujanos extranjeros y nacionales (doctores Romieu, Stark, Abades, Dulanto, Gabarró, Gras Artero, Mir y Mir, Planas Guasch, Sánchez Galindo, Vilanova, etc.). Además de las conferencias habrá sesiones dialogadas, sesiones operatorias y proyección de films.

El número de plazas es limitado. La inscripción para cualquiera de ambas semanas monográficas es de 1.000 pesetas. Para ambas, conjuntamente, de 1.500 pesetas.

Para inscripciones, información y programas detallados dirigirse al secretario: Dr. L. Mir y Mir, Avda. del Generalísimo, 331, Barcelona.

CURSO DE AVANCES Y NORMAS PRACTICAS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INTERNAS

En la Universidad de Salamanca, y en la Cátedra de Patología y Clínica Médicas del profesor Farreras Vaentí, con la colaboración de los doctores Aguilar Rodríguez, Farreras Valentí, Martín Marcos, Mata Arranz, Méndez Gil, Payo Los, Peláez Redondo, Rodríguez Adrados, Santos Toribio, Suárez Ruiz, Zamanillo Encina, y profesor Velasco Alonso, catedrático de Patología general de la Universidad de Valladolid, tendrá lugar este curso, del 20 al 28 de marzo de 1963, en el Aula de la Clínica, de cinco a siete de la tarde.

Precio de inscripción: 200 pesetas.

XXVII CURSO MONOGRAFICO SOBRE LITIASIS URINARIA

Este curso, que tendrá lugar durante los días 22 al 30 de abril de 1963, será desarrollado en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, dirigido por el doctor A. Puigvert, con los médicos del Instituto, y la colaboración extraordinaria de los profesores: Alken, de Hamburgo; Couvelaire, de París; Fergusson, de Londres; Mayor, de Zurich; y Fernández Cruz, Font Altaba, Foz Tena, García Valdecasas y Dalmau Ciria, de Barcelona.

El curso se desarrollará de acuerdo con el programa de lecciones establecido.

Habrá también cursillos complementarios de Nefrología, dirigido por el doctor G. del Río, y de Laboratorio, dirigido por el doctor A. Mas Oliver.

Se celebrará un forum urológico, con la participación de los profesores Alken, Couvelaire, Fergusson, Mayor y Puigvert, con ruegos y preguntas por parte de los cursillistas.

Habrá diariamente presentación de enfermos operables, y sesiones quirúrgicas, también a diario, en el quirófano central. Se darán igualmente lecciones prácticas y sesiones cinematográficas.

La matrícula será limitada, y por orden de inscripción. Derechos de inscripción: 1.500 pesetas. Al finalizar el curso, a los asistentes les será entregado un diploma acreditativo.

Para información, programas e inscripción, dirigirse al secretario del curso: Dr. G. del Río, Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (13).

JORNADAS DE TRAUMATOLOGIA Y CURSO DE ACTUALIZACION TRAUMATOLOGICA Y ORTOPEDICA

Esta reunión tendrá lugar en el Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones del Hospital Provincial de Madrid (jefe: profesor doctor V. Sanchís-Olmos), durante los días 6, 7, 8, 9 y 10 de mayo de 1963, con la colaboración de los profesores P. Bertrand y J. Ramadier, de París.

Los temas son los siguientes: luxación congénita de la cadera; lesiones obstétricas y traumáticas del plexo braquial; luxaciones fracturas de la cadera; alargamiento quirúrgico del fémur y de la tibia.

Las mañanas serán dedicadas a la exposición y discusión de los temas y a la presentación de enfermos y películas. Durante algunas tardes y el viernes día 10 por la mañana, se realizarán sesiones operatorias.

La asistencia será continuada, tomándose un almuerzo ligero durante el mediodía en el mismo Hospital.

Los programas operatorios serán entregados al comenzar las Jornadas.

Para facilitar la discusión, es aconsejable que el mayor número posible de preguntas vengan redactadas y sean entregadas al terminar la exposición de los oradores, para evitar repeticiones.

El número de participantes queda estrictamente limitado a veinticinco, y se admitirán por riguroso orden de inscripción.

Los derechos de matrícula son 2.000 pesetas, que se harán efectivas en la Sala 4.ª del Hospital Provincial de Madrid, calle Sanat Isabel, número 52.

Las solicitudes se dirigirán a nombre de la Srta. María Luisa Varela, en dicha Sala 4.ª.

VII CURSO DE EXPLORACION DE LA FUNCION PULMONAR

Del 6 al 11 de mayo de 1963 tendrá lugar en el Servicio de Aparato Respiratorio que dirige el doctor J. Cornudella en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, el VI Curso de Exploración de la Función Pulmonar (XX Curso Monográfico para Postgraduados), organizado por el doctor R. Cornudel del Servicio con la colaboración de los doctores lla, jefe del Departamento de Fisiopatología A. Agustí-Vidal, S. Frechilla, M. García-Mol!, F. Martí-Lleonart, J. Salvadó y R. Vila-Pasols y de la señorita María Dolores Massana, fisioterapeuta del Servicio.

Siendo el curso eminentemente práctico, el número de cursillistas es limitado, y se aceptarán por riguroso turno de inscripción, cuyo importe será de 1.500 pesetas. Finalizado el curso, se entregará el correspondiente diploma de asistencia.

Para informes e inscripción, dirigirse al organizador del curso, doctor R. Cornudella, Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, calle San Antonio María Claret, 167, Barcelona (13).

CONFERENCIAS DE LOS DOCTORES ESPELDEGUI Y SANCHEZ BORDONA, EN LA MUTUA DE ACCIDENTES

El día 9 uvo lugar en el salón del Consejo de la Mutua de Accidentes de Zaragoza la presentación del doctor Espeldegui Fernández, presidente de la Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica, y del doctor Sánchez Bordona, director médico de la Caja Nacional de Accidentes del Trabajo, que desarrollaron dos magistrales conferencias, en relación con los problemas médicos y legales de los accidentes del trabajo.

Ambos disertantes desarrollaron en forma llena de fluidez algunos aspectos que plantean las traumatologías por accidente de trabajo, y comentaron ampliamente la nueva legislación sobre éstos y las enfermedades profesionales, recalcando en estas últimas la enorme trascendencia de las mismas, no sólo para el propio lesionado, sino para las empresas y las entidades aseguradoras, que deben contar con los facultativos especializados para estos casos.

EL EMPLEO DE BIBERONES FRIOS

En una encuesta realizada por el servicio médico del Hospital Bellevue, de Nueva York, sobre cuatrocientos niños alimentados con el tradicional biberón caliente y preparado en el instante, y con otros en los que se emplearon los preparados con antelación y conservados en frigoríficos, no se observó la menor difefencia, por lo que no hay nada que objetar a este último procedimiento, tan grato a los norteamericanos.

ZARAGOZA, 15 MARZO 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

NOTABLE CONFERENCIA DEL DOCTOR ZUBIRI (D. ANTONIO), EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 28 de febrero, la Real Academia de Medicina celebró una sesión científico-literaria, en sus locales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. El académico de número doctor don Antonio Zubiri Vidal desarrolló el tema «Encuesta serológica de la lúes en Zaragoza».

Presidió el doctor Oliver, presidente de la Academia, acompañado del jefe de Sanidad, doctor Herrero; el orador y los doctores Noailles y Horno. Asistieron numerosos académicos, médicos y estudiantes, que siguieron con gran atención la documentada conferencia del doctor Zubiri.



El orador explicó detalladamente la puesta en marcha y desarrollo de la encuesta serológica, realizada en nuestra ciudad por un equipo de especialistas. Los conocimientos sobre el tema han evolucionado mucho, y gracias a las nuevas técnicas se ha podido llegar a resultados y conocimientos muy concretos. El test de Nelson, de gran eficacia, presenta muchas dificultades técnicas para poner en marcha el procedimiento, pero tiene la ventaja de que sólo es positivo en los casos que interesan a los fines de la encuesta. En Zaragoza funciona una escuela serológica piloto, que es la que ha realizado la encuesta sobre la lúes en nuestra ciudad. Los resultados de la misma indican que es una enfermedad que está envejeciendo, y, según las cifras contrastadas, desaparecerá en breve.

Al final de su disertación fue largamente aplaudido.

Intervinieron en la discusión los doctores Noailles, Herrero Ayllón y Mateo Tinao, contestando a todos ellos el doctor Zubiri. El presidente, doctor Oliver, cerró el acto agradeciendo al jefe de Sanidad y a los presentes su asistencia al acto.

PROYECCION DE PELICULAS

El día 21 de febrero, el doctor P. Luis Roncalés, director de «Laboratorios Casen», invitó a los miembros de la Sociedad Ginecológica a la proyección de unas películas, en sus locales de Tenor Fleta, 5.

Se proyectaron: una serie de ochenta diapositivas, comentadas, sobre «Colposcopia», de los profesores Bret y Coupez, y la película de los profesores De Watteville y Palmer, sobre «Aborto espontáneo».

Los asistentes fueron después obsequiados con una copa de vino español.

SOCIEDAD GINECOLOGICA

El pasado día 28 de febrero se reunió la Sociedad Ginecológica Española (Sección del Ebro), en sesión científica ordinaria. Ocupó la tribuna la doctora doña Ticiana Iturri Landajo, que trató del tema «Aborto habitual».

Fue pasando revista a las causas que pueden provocarlo, insistiendo mucho, según su impresión clínica, en las infecciones focales, las parasitosis, haciendo atinadas observaciones. Recalcó mucho los distintos procedimientos empleados por ella en sus tratamientos.

A continuación pasó una cinta corta cinematográfica en color, sobre un signo indicador, por ella ya comunicado anteriormente, de que un legrado uterino está bien hecho.

Fue, en suma, una interesante comunicación, en cuya discusión intervinieron atinadamente los doctores Martínez Bazán y el profesor Giménez González, que presidía la sesión y que felicitó al final de la misma a la comunicante, en nombre de la Sociedad Ginecológica Española.

IV JORNADAS MEDICAS ARAGONESAS

Continúan con gran entusiasmo y actividad los preparativos de esta magna reunión de los médicos aragoneses, habiéndose recibido ya numerosas inscripciones.

Damos a continuación el programa provisional de estas IV Jornadas:

Día 18, sábado.—A las seis y media de la tarde, misa del Espíritu Santo en el Santo Templo Metropolitano del Pilar. A las siete y media, solemne sesión inaugural, en el paraninfo de la Facultad de Medicina. A continuación, inauguración de la exposición sanitaria instalada en los claustros de la Facultad. Seguidamente, vino de honor, ofrecido por la Universidad de Zaragoza. A las once de la noche, función de gala en el Teatro Principal, ofrecida por el Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza.

Día 19, domingo.—A las diez de la mañana, misa en el templo del Pilar, en sufragio de las almas de nuestros compañeros fallecidos. A las once, reunión de las Secciones. A la misma hora, las señoras y señoritas, acompañadas por la Junta de Damas de Zaragoza, visitarán el Tesoro de Nuestra Señora del Pilar y el Museo de Tapices de la Catedral de La Seo. A las doce, reunión del Pleno de las Jornadas, en el salón de conferencias de la Facultad de Medicina, y discusión de la ponencia «Arteriosclerosis», por los doctores don Enrique de La Figuera y de Benito y don Joaquín Aznar García, que desarrollarán, respectivamente:

a) «Fisiopatología», por el doctor Aznar. Colaborarán a esta parte de la ponencia los doctores Gabriel Guillén, que desarrollará «Bioquímica de la arteriosclerosis», y Leopoldo Ossorio, «Exploración de los diversos sectores vasculares en la arteriosclerosis». Los dos son colaboradores del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial.

b) «Clínica de la arteriosclerosis», por el profesor doctor La Figuera y de Benito. Colaborará en esta parte de la ponencia el profesor doctor Diego Figuera y Aymerich, con un capítulo sobre «Cirugía de la arteriosclerosis de los miembros».

A la una y media de la tarde, vino de honor ofrecido por la Excma. Diputación, en su palacio de la plaza de España. A las cuatro se celebrará la extraordinaria corrida de toros de la Beneficencia provincial. A las ocho, merienda-baile en el Real Club de Tenis o en el palacio de la Lonja.

Día 20, lunes.—Visita a Teruel. A las ocho de la mañana, salida de los autobuses, de la plaza de José Antonio. A las once, en la Casa de la Cultura, se expondrá y discutirá la ponencia «Seudoapendicitis», por los doctores don Francisco Romero Aguirre, don Jesús Faro Moreno, don Angel Duplá Marco, don Antonio Ramón y Cajal Vinós, don Ramón Celma Delgado y don Antonio Ramiro García. A continuación se desarrollarán las comunicaciones solicitadas y libres que tengan estrecha relación con la antes citada ponencia.

A la misma hora, las señoras y señoritas jornadistas, acompañadas por la Junta de Damas de Teruel, visitarán la parte artística y monumental de la ciudad.

A las dos de la tarde, vino de honor en el Gobierno Civil de la provincia, obsequio de la primera autoridad de la misma, de la Excelentísima Diputación y del Excmo. Ayuntamiento de Teruel, a los jornadistas. A las tres y media, visita al Sanatorio Psiquiátrico de Recuperación de Anormales. Seguidamente, traslado a Albarracín, para admirar esta magnífica ciudad. Fiesta folklórica. Durante este acto, todos los jornadistas serán obsequiados por el Excmo. Ayuntamiento de Albarracín con un refresco. A las siete, regreso a Zaragoza.

Día 21, martes.—A las diez de la mañana, reunión de las Secciones, en la Facultad de Medicina. A las once, las señoras y señoritas jornadistas, acompañadas por la Junta de Damas de Zaragoza, visitarán el Castillo de la Aljafería y el Museo Provincial de Bellas Artes. A las doce, reunión del Pleno de las Jornadas, en el salón de conferencias de la Facultad de Medicina, y discusión de la ponencia «Higiene mental», que se desarrollará en la forma siguiente: «Alcoholismo», por el profesor Pérez Argilés; «Medicina social», por el doctor Vilaret Ribas; «Formas de sociabilidad», por el doctor González Fabregat; «Asociabilidad», por el doctor Rey Ardid. A la una y media de la tarde, vino de honor ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento, en el Museo de Bellas Artes.

Visita a Huesca: A las cuatro, salida de los autobuses, de la plaza de José Antonio. A las cinco, en la Casa de la Cultura se expondrá y discutirá la ponencia «Etiopatogenia y tratamiento del vértigo», por los doctores Bermejo, García Esteras y Ucar. Se desarrollará en la forma siguiente: «Vértigos periféricos», por los doctores Bermejo y García Esteras; «Vértigo central», por el doctor Ucar. A continuación se expondrán las comunicaiones solicitadas y libres que tengan estrecha relación con la citada ponencia. A la misma hora, las señoras y señoritas jornadistas, acompañadas por la Junta de Damas de Huesca, visitarán la parte artística y monumental de la ciudad. A las seis y media, fiesta folklórica. A las siete y media, vino de honor en el Ayuntamiento, obsequio de la primera autoridad de la provincia, de la Excma. Diputación Provincial y del Ayuntamiento de la ciudad. A las nueve, traslado a Zaragoza. A las once de la noche, sesión de cine en la sala Palafox.

Día 22, miércoles.—A las diez de la mañana, reunión de las Secciones, en la Facultad de Medicina. A las once, las señoras y señoritas jornadistas visitarán la Base americana. A las doce, reunión del Pleno de las Jornadas, en el salón de conferencias de la Facultad de Medicina, y discusión de la ponencia «Cirugía de las comunicaciones intracardíacas», por los doctores Malumbres, Alonso Lej y Fernández Valdés, que desarrollarán, respectivamente, «La clínica», «Tratamiento» y «Reanimación». A la una y media de la tarde, vino de honor. A las cuatro, reunión del Pleno de las Jornadas, en el salón de conferencias de la Facultad de Medicina, con la discusión de la ponencia «Hepatopatías de la infancia», por los doctores Dolset Chumilla, Boné Saldoval y Ros Lavín. A las seis, discusión de la ponencia «Injertos óseos», por los doctores Pérez Serrano, Vázquez Alvarez y Gómez Beltrán. A las ocho, solemne clausura de las IV Jornadas Médicas, en la sala de conferencias de la Facultad de Medicina. A las diez de la noche, cena oficial de las Jornadas, en el recinto de la Feria de Muestras.

Viajes «Vincit» se encarga del alojamiento de los jornadistas. Esta entidad, domiciliada en Zaragoza, en la calle de Cádiz, 7, se encargará, al igual que lo hizo en las II y III Jornadas Médicas Aragonesas, de la tarea de relacionarse con los señores jornadistas en lo referente a alojamientos y viajes.

SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRIA

El día 1 de marzo tuvo lugar, en el Colegio de Médicos, la anunciada conferencia de don Carlos Antolín Paz, diplomado en Odontología infantil, con el tema: «Estado actual de la Odontología infantil».

Tras unas palabras del profesor doctor don Antonio Lorente Sanz, presidente de la Sociedad, inició su disertación el conferenciante señalando la importancia y actualidad del tema, que desde hace pocos años está mereciendo la atención de la clase médica y de los Gobiernos de los países más adelantados.

Toda la magnífica conferencia de don Carlos Antolín, acompañada de gráficos y numerosas radiografías de su casuística particular, relativas a los temas tratados, fue seguida con gran interés por los numerosos pediatras que llenaban el local y le tributaron una gran ovación y le felicitaron efusivamente al término de la misma.

Dado lo avanzado de la hora y los numerosos pediatras que deseaban participar en la discusión, quedó ésta aplazada hasta la próxima sesión.

SESIONES CLINICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Las sesiones clínicas se reunieron, en el aula de Clínicas, bajo la presidencia del doctor Vázquez Arnedo. En primer lugar, el doctor Castillo Bernal presentó su comunicación sobre «Diagnóstico y tratamiento actual de las litiasis vésico-coledocianas». Intervinieron en la discusión de esta comunicación los doctores Moliner Tarragó, Vázquez Arnedo y Aznar Cucalón.

En segundo lugar, el doctor Ucar Sánchez expuso una comunicación sobre «Estenosis y obliteraciones de carótidas en el cuello». Comienza resaltando la frecuencia de las alteraciones vasculares isquémicas cerebrales, haciendo notar que en ocasiones tienen su origen en lesiones a distancia del cerebro. Intervinieron en la discusión de esta comunicación los doctores Basallo y Castillo.

CICLO DE LECCIONES EN NUESTRA FACULTAD DE MEDICINA

Organizado por el profesor La Figuera y el doctor Andériz, con la colaboración de los componentes de la cátedra de Patología Médica B, tendrá lugar, durante los días 15 al 30 de marzo, un ciclo de lecciones sobre el tema general «Algunas aplicaciones especiales del laboratorio clínico». El orden de desarrollo será el siguiente:

1. «Significación clínica de las proteínas del plasma», por el profesor La Figuera.
2. «Exploración funcional del estómago», por el doctor Andériz.
3. «Pruebas funcionales hepáticas en la práctica clínica», por el doctor Rubio.
4. «Exploración funcional de las vías biliares y páncreas», por el doctor Giménez.
5. «El laboratorio en las enfermedades de los huesos», por el doctor Moral.
6. «Valoración de los procesos reumatológicos por el laboratorio», por el doctor Ferrer.
7. «Exploración funcional cardiorrespiratoria», por el doctor Mainer.
8. Exploración funcional del riñón en la práctica clínica», por el doctor Nerín.
9. «Diagnóstico etiológico de las infectopatías», por el doctor Gómez Lus.
10. «Valor diagnóstico de los fermentos en Medicina», por el doctor Andériz.
11. «Aspectos de la exploración funcional endocrinológica», por el doctor Pérez Cuadra.
12. «Significado clínico de los desequilibrios hidrosalinos», por el doctor Cuchí.
13. «Aplicaciones del laboratorio a intoxicados, comatosos y urgencias», por el doctor Andériz.

El discurso de clausura correrá a cargo del profesor La Figuera.

Las lecciones se darán diariamente, a las trece horas, en la Facultad de Medicina.

Se invita a cuantos médicos deseen asistir, especialmente a los alumnos del último curso. La inscripción es gratuita.

CONFERENCIA DEL PROFESOR CARRILLO CARDENAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA

El pasado día 25 de febrero pronunció una conferencia en la cátedra del profesor De la Figuera el doctor Clemente Carrillo Cárdenas, profesor de enfermedades infecciosas y parasitarias de la Facultad de Medicina de Méjico y jefe de laboratorio del Departamento de Investigaciones del Hospital General.

Presidió la sesión el doctor De la Figuera, decano de la Facultad, quien hizo la presentación del conferenciante, destacando su gran labor investigadora y su dedicación exclusiva al estudio de la brucelosis.

El doctor Carrillo Cárdenas esbozó, en primer lugar, la situación epidemiológica de la brucelosis en Méjico, que afecta aproximadamente a un millón de personas, constituyendo un verdadero problema social y económico. Con hábiles trazos fue describiendo las diferentes formas clínicas que se observan en su país, advirtiendo el gran polimorfismo clínico y la necesidad que existe de establecer un diagnóstico correcto recurriendo a los métodos bacteriológicos. Analizó los resultados obtenidos, tanto en Méjico como en España (cátedras del profesor De la Figuera en Zaragoza y del profesor Pedro Pons en Barcelona), que son muy satisfactorios, con un 10 por ciento de recaídas solamente y cuyo coste resulta muy bajo.

DE PREVISION SANITARIA NACIONAL

LA AYUDA PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Ya ha pasado con exceso el año, en que el Consejo de Administración de la Mutualidad Sanitaria se decidió a establecer el servicio de ayuda para intervenciones quirúrgicas; fórmula en la que ha pretendido recoger, en lo posible, los deseos de muchos mutualistas para tratar de cubrirse de los dispendios extraordinarios que siempre determinan las operaciones y que constituye ahora el principal motivo de existencia y florecimiento del seguro libre de enfermedad en sus formas mercantiles o mutuales.

El trabajo que representó su estudio fue arduo y penoso, con bastantes meses de duración; pero, por fin, se consiguió estructurarlo, desde luego sin llegar a la perfección deseada y menos ambicionada por muchos asociados que tratan siempre de aplicarlo a su caso concreto, buscando con ello únicamente, de modo egoísta, ventajas personales.

Ha costado mucho llegar a convencer a los asociados de la conveniencia de su inscripción. Todos estamos expuestos a los traumatismos, que con gran frecuencia exigen tratamientos quirúrgicos, a veces bastante costosos. El uso frecuente de automóviles en el ejercicio profesional sanitario, y aun éste mismo originando caídas y otros accidentes, producen traumatismos. En algunas actas semanales de las reuniones de la Sección de Enfermedad, éstos rebasan a las dolencias.

Por fin se ha logrado llegar a las dos mil inscripciones que reglamentariamente deben reunirse para comenzar su funcionamiento, y se ha fijado como fecha inicial el primero de abril próximo. Pero esas inscripciones han llegado a última hora, y como siempre en el último momento, en verdadera avalancha molesta para trabajar. Y ha sido preciso ampliar la fecha acordada para la admisión general, sin tope de edad, hasta el 30 de junio. A partir de entonces, sólo podrán ingresar en dicha Sección los menores de treinta y seis años, ya que las asistencias quirúrgicas aumentan con la edad.

El reglamento de este nuevo servicio prevé la creación de varios grupos de ayuda, múltiplos de la base del I. Algunos asociados estimaron algo cortos los subsidios establecidos en él, todo en relación con el creciente aumento del costo de vida; y se pensó en la conveniencia de plantear, desde los primeros momentos de su implantación, un grupo II que doblase las indemnizaciones del I. Grupo que ha tenido también muy buena aceptación, rebasándose con bastante el millar y esperando llegar a los dos millares previstos al finalizar el plazo de admisión general.

La existencia de un necesario período de carencia de derechos en el servicio parece hallarse justificada, a juzgar por las bajas que se han producido entre los peticionarios antes de ponerlo en funcionamiento; es decir, que parecían ser personas taradas para una intervención quirúrgica.—Dr. **José Luis Yagüe y Espinosa.**

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

En el Colegio de Médicos de Madrid, bajo la presidencia del profesor J. García Orcoyen, esta Sociedad celebró una sesión necrológica en memoria del profesor Manuel Varela Radío, recientemente fallecido, el día 16 del pasado mes de enero.

En ella hicieron uso de la palabra los doctores Sánchez Harquindey, Sela, Rey Baltar (de Bilbao) y el profesor J. Botella Llusiá, resaltando aspectos distintos de la personalidad y de la obra del prestigioso catedrático que dirigió el Servicio de Ginecología de San Carlos durante una larga etapa.

CICLO DE CONFERENCIAS PARA POSTGRADUADOS, ORGANIZADO POR LA ASOCIACION DE CIRUGIA PLASTICA DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BARCELONA

Durante los días 25 de febrero al 9 de marzo de 1963, se ha celebrado en Barcelona, organizado por los doctores P. Gabarró García, presidente de la Asociación; M. Gras Artero, vicepresidente; L. Mir y Mir, secretario, un interesante programa, dedicando la primera semana al estudio de las quemaduras, y la segunda semana al cáncer cutáneo.

NECROLOGÍA

FALLECIO EL DR. PUENTE CASTRO

En Santiago de Compostela ha fallecido el doctor Puente Castro, profesor auxiliar de Patología quirúrgica en aquella Universidad, donde era muy apreciado por su actuación profesional y por sus dotes personales. Estaba en posesión de la Gran Cruz de Beneficencia y de otras condecoraciones.

EL DOCTOR VARELA RADIO

Ha fallecido recientemente uno de los más notables ginecólogos españoles del primer cuarto del siglo actual, el profesor D. Manuel Varela Radío.

Perteneciente al grupo que con S. Recasens, Gálvez, Soler, Nubiola y otros, tanto impulso dieron a la ginecología actual, ejerció su magisterio universitario en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, primero, y en la de San Carlos, en Madrid, después, destacando como cirujano habilísimo y como experto maestro.

VIDA MÉDICA NACIONAL

EL PROFESOR ROYO - VILLANOVA EN ARGENTINA

A fines del pasado año, el doctor don Ricardo Royo-Villanova y Morales realizó un amplio viaje por la República Argentina, patrocinado por el Instituto de Cultura Hispánica.

Fue invitado de honor en las Primeras Jornadas Argentinas de Medicina Legal y pronunció en ellas una notable conferencia. Visitó también las Universidades de Rosario, Córdoba y Mendoza, en las que actuó también como conferenciante, habiendo recibido numerosas distinciones y aplausos.

DONATIVO AL HOSPITAL CLINICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

El día 9 de enero tuvo lugar, en el despacho del Ministro de Educación Nacional, D. Manuel Lora Tamayo, la ceremonia de entrega, por parte de los herederos de doña Angeles Hevia Chaussadat, de un cheque por valor de cuatro millones de pesetas, como legado a favor del Hospital Clínico y con el fin de que una de las salas, la que se destine a la asistencia del legado, lleve el nombre de dicha señora. Con este espléndido donativo se instalarán en ella los servicios y dotaciones para la exploración cardiovascular.

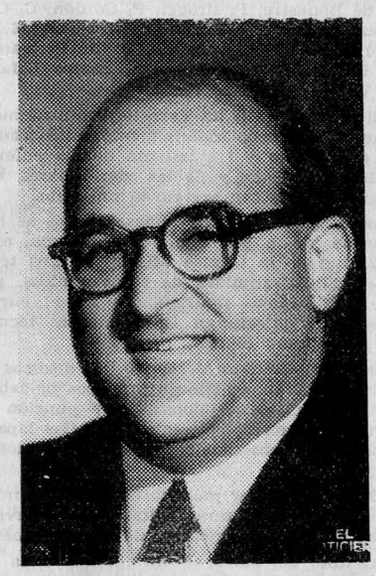
NUEVO PROFESOR DE OFTALMOLOGIA

En recientes oposiciones a cátedras de Oftalmología, ha obtenido el número uno el doctor Manuel Sánchez Salorio, que eligió la vacante de la Facultad de Santiago, que venía desempeñando como profesor auxiliar. Con este motivo ha recibido numerosos homenajes y felicitaciones, a los que nos adherimos muy cordialmente.

EL DOCTOR NOGUERA TOLEDO, PREMIADO POR LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

En el concurso para la concesión de premios de investigación donados por los Laboratorios Hubber a la Dirección General de Sanidad, sobre el tema «Asociación de globulina gamma y antibióticos en la terapéutica de las infecciones bacterianas», ha sido galardonado con el individual, cuya cuantía es de veinticinco mil pesetas, el doctor Julio Noguera Toledo, a quien con este motivo felicitamos cordialmente.

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor Aurelio Gil Mariscal, cirujano jefe del Hospital Municipal de San Sebastián, en Ecija, que llevó a cabo una operación en el quirófano anegado por las aguas del Genil. El nivel del agua era muy considerable, pero se impuso el sentimiento del deber y la necesidad de salvar al enfermo, en él y en los componentes de su equipo.



El doctor Adolfo Núñez Puertas, catedrático de Patología y Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela, a quien se le ha atribuído la ayuda de investigación de la Fundación March.

VIAJE CIENTIFICO DEL PROFESOR SUAREZ

Con destino a Centroamérica, donde marcha invitado a dar un ciclo de conferencias sobre temas pediátricos, ha salido el profesor don Manuel Suárez, catedrático de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Sevilla.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA, PARA 1963-1965

En la sesión celebrada el día 16 de enero para la renovación de la Junta Directiva, fueron elegidos:

Presidente, Santiago Dexeus Font (Barcelona); Vicepresidente primero, Francisco Orengo Díaz del Castillo (Madrid); Vicepresidente segundo, Eugenio Recaséns M. Queipo de Llano (Cádiz); Secretario general, Angel Sopeña Ibáñez (Madrid); Secretario de actas, Eduardo Díez Gómez (Madrid); Tesorero, Alfonso Cano Monasterio (Madrid); Contador, José Gálvez Ruiz (Madrid); Bibliotecario, Francisco Luque Contreras (Madrid); Vocales, Bernardino Pardo Auro (Lugo), Julio Albea Urrutia (San Sebastián), José María Sánchez Ibáñez (Albacete), Salvador Cabrera Aduaín de Zumalave (Las Palmas de Gran Canaria).

Felicitamos a los nuevos miembros de esta Junta que continuará las tareas de la Sociedad por la senda brillante y efectiva de sus predecesores.

CONGRESOS

IV REUNION DE GINECOLOGOS CANARIOS

Ha tenido lugar en Las Palmas de Gran Canaria, del 28 de febrero al 3 de marzo, con la reunión conjunta de Las Palmas y Tenerife, en la capital de Gran Canaria.

Los temas tratados fueron: por la Sociedad de Las Palmas de Gran Canaria, «Hemorragias del climaterio», y por la de Tenerife, «Patología del alumbramiento».

Han figurado como asistentes de honor los profesores García Orcoyen y Parache (Madrid); Santiago Dexeus (Barcelona), presidente de la Nacional Ginecológica, y Bonilla (Valencia), que pronunciaron varias conferencias.

VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL MEDITERRANEO LATINO

Dentro del marco de la Reunión General de la Unión Médica del Mediterráneo Latino, la Sociedad de Cirugía celebrará su VII Congreso en San Sebastián, durante los días 3, 4 y 5 del próximo mes de junio.

En el mismo se desarrollarán, por eminentes cirujanos españoles, italianos y franceses, las siguientes ponencias:

1. «Imperativos de la reintervención en cirugía abdominal, en los postòperatorios».
2. «Pancreatitis aguda (puesta al día, 1963)».
3. «Tratamiento quirúrgico del dolor lumbosacro».

Oportunamente se publicará el programa definitivo de los actos científicos y sociales, así como la información sobre inscripción, medios de comunicación, etc.

Para informes, dirigirse a la Secretaría de la Sección Española del Congreso, Servicio de Cirugía General del doctor J. Pi-Figueras, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, avenida de San Antonio María Claret, 167, Barcelona.

PROXIMA REUNION DE RADIOLOGOS ESPAÑOLES

Se hallan ya muy adelantados los preparativos de la organización de la VII Reunión Anual de Radiólogos Españoles, que tendrá lugar durante los días 24 al 27 de octubre próximos, en la ciudad de Valencia. De la secretaría general se ha hecho cargo el doctor Ramón Zaragoza, a quien puede solicitarse información.

CURSOS

VI CURSO DE ESPECIALIZACION SOBRE ENFERMEDADES DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES

Tendrá lugar en la Clínica Médica B de la Facultad de Medicina de Barcelona, del 25 de marzo al 6 de abril, bajo la dirección del profesor M. Soriano, con la colaboración del profesor E. Juncadella y los médicos del servicio, doctores R. P. Alcalde, F. Alcántara, A. Amatller, M. Andréu, S. Argilés, F. Bayes, R. de Bonastre, F. Broggi, F. Cordón, C. González, A. Jardi, M. Lluch, F. Manchón, M. Miquel, S. Moix, P. Nogués, J. J. Permanyer, L. Revert, J. Sala Roig, G. Sastre Lafarga, S. Vives y J. Vives Mañe.

El curso tendrá un carácter eminentemente práctico, dedicado especialmente a las técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hígado y de las vías biliares, dividido en temas con arreglo al programa.

La exposición de los temas teóricos se hará diariamente, a las ocho de la mañana, en el auditorio de la Clínica Médica B. Los temas teóricos irán seguidos de casos clínicos, para que los médicos matriculados en el cursillo puedan ejercitarse en las diferentes técnicas de exploración clínica.

Desde el comienzo del curso, los médicos inscritos asistirán a sesiones prácticas de laboratorio, radiológicas, biopsias por punción del hígado, laparoscópicas, colangiografías laparoscópicas, sondeos duodenales e histopatológicos del hígado.

Dado el carácter práctico del curso, el número de cursillistas será limitado. Se reservarán cinco plazas para médicos de Hispanoamérica.

Al final del curso se entregará a cada cursillista el correspondiente diploma.

Para informes diríjanse al secretario del curso, doctor R. P. Alcalde González, Clínica Médica B de la Facultad de Medicina de Barcelona. Las inscripciones, en la Secretaría de dicha Clínica (profesor Soriano). Importe de la matrícula, incluídas todas las prácticas: 500 pesetas.

CURSILLO SOBRE «AFECCIONES TUMORALES DE LA MAMA»

Del 20 al 26 de mayo próximo, en el Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, se desarrollará este cursillo, con arreglo al siguiente programa:

«Orientación del curso. Afecciones cutáneas de la mama y aspecto psíquico social de las enfermas afectas de cáncer mamario», por el doctor A. Alomar Fábregas, director del Servicio.

«Tumores benignos. Tratamiento quirúrgico y reparaciones plásticas del cáncer de la mama. Plastias correctivas y profilácticas de la mama», por el doctor J. Abades Blanchart.

«Tratamiento hormonal en el cáncer de mama, y estadística de los casos tratados en el Servicio», por el doctor L. Guilera Soler.

«Anestesia y recuperación de las enfermas con carcinoma mamario», por el doctor J. M. Pallejá Pujol.

«Anatomía patológica de los tumores benignos y malignos de la glándula mamaria», por el doctor M. Ripoll Gómez.

«Terapéutica radiante en el cáncer de mama y tratamiento quimioterápico», por los doctores A. Subías Fages y J. Farrerons Gaillarde.

«Clínica, hipertrofias, cirugía ampliada y cirugía de las metástasis», por el doctor L. Tuca Barceló.

Se proyectarán películas que versarán sobre «Cirugía y reparaciones plásticas del cáncer de mama», «Hipofisectomía con isótopos» y «Reparaciones mamarias».

Las conferencias, que se expondrán en mesa redonda, serán presididas por un jefe de Servicio.

I CURSO DE CLINICA OBSTETRICA

En la cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor Gil-Vernet, de la Facultad de Medicina de Barcelona, y bajo su dirección, con la colaboración de los doctores L. Campos, Carbonell, Fábregas, Falcó, Flores, Fornells, Ibáñez, Invers, Lailla, Morillo, Royo y Terrades, tendrán lugar, del 4 de marzo al 6 de abril, ambos inclusive, conferencias magistrales a cargo de los profesores y doctores: A. Fontonier, M. Usandizaga, J. A. Usandizaga, S. Dexeus Font, J. M.ª Dexeus Trías de Bes, S. Dexeus Trías de Bes, J. Vanrell y M. Garriga Roca.

Durante el curso se desarrollará el programa en veintidós temas y habrá «mesas redondas» que versarán sobre: ««La analgesia en el parto normal», «Analgesia y oxitócicos en la prueba del parto», «Analgesia con pentotal asociada a espátulas, fórceps o ventosas», «Complicaciones materno-fetales inmediatas y tardías en el parto con perfusión de oxitócicos asociados a pentotal».

El curso será eminentemente práctico, estableciéndose turnos de asistencia a los dispensarios de Obstetricia, quirófano de partos y de Ginecología.

Por asistir a los diferentes servicios (anatomía patológica, citología, colposcopia, laparoscopia y radiología) se limitará el número de asistentes a diez.

Derechos de inscripción: 2.000 pesetas.

XII CURSO DE UROLOGIA PRACTICA

En el Hospital del Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, de Barcelona, Servicio de Urología, bajo la dirección del doctor L. Batalla Sabaté, tendrá lugar, durante los meses de abril y mayo de 1963, el XII Curso de Urología Práctica.

Colaborarán con el Director del Servicio, los jefes de clínica doctores J. Garrós Rovira, E. Valldeperas Bonamich y A. Llorens Tendas.

El programa es el siguiente: 22 de abril: Exploración clínica urogenital; 29 de abril: Dolor urogenital; 6 de mayo: Trastornos de la micción; 13 de mayo: Hematuria y piuria; 20 de mayo: Tumoraciones urogenitales; 27 de mayo: Variaciones en la cantidad de orina, la fiebre en las afecciones urinarias y 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, Hospital del Sagrado Corazón, Servicio de Urología, calle de Borrel, 303. Teléfono 230-58-00.

SYMPOSIUM SOBRE RELACIONES ENTRE PSIQUIATRIA Y PEDAGOGIA

Esta reunión tendrá lugar, en Torino, durante los días 6 al 8 de octubre, bajo la presidencia del profesor Giuseppe Grosso. La primera jornada se dedicará a médicos y psicólogos; la segunda, a educadores y pedagogos, y la última, a la Prensa especializada.

Los que deseen asistir deben participarlo antes del 30 de junio, dirigiéndose a la Secretaría del Symposium, en el Centro d'Igiene Mentale della Provincia di Torino. Via Giovanni da Verazzano, 4. Torino (Italia).

II JORNADAS INTERNACIONALES DE ENDOCRINOLOGIA EN MARSELLA

En la Facultad de Medicina de Marsella tendrán lugar, del 6 al 9 de junio, estas Jornadas, que tan grato recuerdo dejaron en el año 1958. Serán presididas por el profesor Jean Vagne, actuando de secretario general el profesor Roland Simonin.

Estarán dedicadas a las «Anomalías de la espermatogénesis. Enfermedades del sistema nervioso y genética».

Habrá un interesante programa y una excursión a las Gargantas del Verdon.

Para informes e inscripciones: Secretariado de la Clínica Endocrinológica. Hospital de la Concepción. 144, Rue Saint Pierre. Marseille 5.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

JUAN XXIII: PREMIO DE LA PAZ 1963

La «Fundación Balzán» ha concedido el Premio de la Paz de 1963 a Su Santidad el Papa Juan XXIII, por unanimidad de todos sus miembros, entre los que figuran representantes de veintiuna naciones. Esta concesión constituye un nuevo y autorizado testimonio del universal sentimiento de aprecio y admiración que rodea a Su Santidad Juan XXIII por el eficiente y asiduo trabajo de defensa de la paz mundial que caracteriza a su Pontificado.

Su Santidad el Papa Juan XXIII, al recibirlo en sencilla ceremonia, dijo: que es «a la acción constante de la Iglesia y del Papado en favor de la paz a la que se ha rendido homenaje, acción a la que las circunstancias de los tiempos modernos prestan siempre más claramente notas características. Puesto que no hay nada tan esencial a la libre y completa soberanía del Romano Pontífice como, sobre el plano de las competencias internacionales —armadas o simplemente verbales— la perfecta neutralidad supranacional de la Iglesia y de su cabeza visible».

El Papa dijo que esta neutralidad no debe ser entendida en un sentido puramente pasivo, como si el papel del Papa se limitase a observar los acontecimientos y a guardar silencio. Es, por el contrario, dijo el Pontífice, una neutralidad que conserva todo su vigor de testimonio. Deseosa de difundir los principios de la verdadera paz, la Iglesia no cesa de alentar, para la adopción de un lenguaje y la introducción de hábitos e instituciones que garanticen la seguridad. «Nos lo hemos dicho en muchas ocasiones: la acción de la Iglesia es puramente negativa, no consiste solamente en conjurar a los Gobiernos para evitar el recurso de la fuerza armada, es una acción que quiere contribuir a formar hombres de paz, hombres de pensamientos y de corazones pacíficos.»

Juan XXIII afirmó después, que la paz del Evangelio no es inactiva y hace una invocación al contenido de la Liturgia: «Pax vobis, donna nobis pacem». **Todos los hombres deben, por consiguiente, invocar la paz y aplicarla en la vida hogareña en las relaciones sociales y en los asuntos internacionales** —agregó Su Santidad.

La paz cristiana tiene sus raíces en las virtudes teologales de la fe, la esperanza y la caridad, «se afirma y se extiende por el ejercicio generoso y voluntario de la prudencia, la justicia, la fortaleza y la templanza» —señaló el Papa en su alocución.

Después de recordar que los pensamientos de paz pueden difundirse más profusamente por el mundo, Juan XXIII, dirigiéndose a los periodistas, dijo: «Esta será, en parte, vuestra obra, ya que por medio de la Prensa se llega más fácilmente a la inteligencia y al corazón de los hombres. De esta forma podréis enorgulleceros de haber contribuído, de haber realizado el deseo del cielo, patente en el nacimiento de nuestro Redentor: "Paz en la Tierra a los hombres de buena voluntad"».

SOCIEDAD EUROPEA DE RADIOLOGIA

Una Sociedad Europea de Radiología ha quedado fundada en Strasbourg, por iniciativa de los radiólogos de la Comunidad de Países del Mercado Europeo de Suiza, España, Francia y Portugal. El presidente es el profesor Rajewsky, de Frankfurt, y el secretario general, el profesor Charles Gros, de Strasbourg.

La nueva Sociedad pretende coordinar la actividad internacional de los radiólogos y establecer intercambios científicos entre los países participantes.

UNA CALLE DE PARIS, DEDICADA A NETTER

Desde hace poco tiempo, una calle del 12 distrito de París lleva el nombre de Arnold Netter, cuya fama va ligada a la historia de la vacunación contra la polio y de las infecciones neurotrópicas por virus epidémico. Netter murió, como es sabido, en 1936.

NUEVO DIRECTOR DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL VATICANO

La dirección de los servicios sanitarios de la ciudad del Vaticano ha sido conferida al profesor Mario Fontana, que sucede así en el cargo al profesor Rocchi, recientemente fallecido. El nuevo director es una destacada figura de la Medicina italiana y posee un brillante historial académico; es un notable anatomopatólogo y está especializado también en Neurología y Medicina del Trabajo.

NECROLOGÍA

EL PROFESOR THANNHAUSER

A los setenta y ocho años de edad, ha fallecido el profesor Siegfreid J. Thannhauser, que durante muchos años dirigió la Clínica Médica Universitaria de Freiburg, y posteriormente laboró, durante su exilio en Boston, en el New England Medical Center.

Sus trabajos sobre patología de la nutrición fueron muy difundidos y apreciados, habiendo publicado numerosas obras.

EL PROFESOR FERRONI

A la edad de noventa y un años, falleció el profesor Ersilio Ferroni, figura de gran representación en la historia de la Ginecología italiana, donde alcanzó un relieve extraordinario por su labor clínica y docente y el magisterio de sus publicaciones.

Alejado de la Universidad por la cronología de la edad, se dedicó en los últimos años al estudio del arte, de la literatura y de la historia.

Su nombre está ligado al desarrollo de la especialidad en Italia y a su desenvolvimiento científico.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

MAGISTRAL CONFERENCIA DE DON TEOFILO HERNANDO EN LA SOLEMNE SESION CONMEMORATIVA DEL TERCER ANIVERSARIO DE LA MUERTE DEL DOCTOR MARAÑON Y ENTREGA AL DOCTOR HERNANDO DEL TITULO DE ACADEMICO DE HONOR

La Real Academia de Medicina celebró sesión solemne, al cumplirse el tercer aniversario de la muerte del doctor Marañón, cuyo retrato orlado de laureles y con la bandera española, figuraba en lugar destacado.

Presidieron el presidente de la Corporación, doctor Oliver; vicerrector de la Universidad, doctor Ynduráin; jefe provincial de Sanidad, don Román Herrero; decano de Medicina, doctor La Figuera; presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma, y secretario de la Academia, doctor Ricardo Horno.

El salón de la Real Academia presentaba el aspecto de las grandes solemnidades, lleno de catedráticos, académicos, médicos y estudiantes de Medicina.

Comenzó la sesión con unas palabras del doctor Oliver, para evocar la figura del doctor Marañón y presentar al doctor Hernando como su compañero más entrañable.

Seguidamente, comenzó su disertación el ilustre conferenciante.

La alegría que me produce el nombramiento de Miembro de Honor de esta ilustre y Real Academia —dijo— se encuentra ensombrecida por el dolor que siento al pronunciar en alta voz el nombre de Gregorio Marañón, a quien va dedicada esta sesión. Transcurridos tres años desde el momento en que desapareció para siempre de entre nosotros, su recuerdo se mantiene vivo en todos los que le conocimos y perdurará en los que en el porvenir sigan leyendo sus obras. Plácemes merece esta Academia, siempre atenta a todos los valores nacionales y universales, al exaltar su memoria en fechas muy cercanas a la del aniversario de su muerte. Imposible en unos minutos decir todo lo que sugiere la vida de este hombre singular al que, de otra parte, he dedicado tantos artículos y conferencias en el momento de su muerte y en los tres años transcurridos desde aquella triste fecha; estudiándole en sus diversos aspectos: médico, maestro, humanista, compañero, amigo... sin olvidar su condición extraordinaria de escritor, historiador, amante de su país... y algunas de sus características, entre las que figuran la ponderación, la rectitud, la tolerancia y la generosidad.

Siento una gratitud profunda —dijo— por el galardón que me concede esta Real Academia, a la que han aportado sus trabajos, contribuyendo al progreso científico las más grandes personalidades en los diversos campos de la Medicina.



El Dr. Hernando.

A continuación expone la rápida e interesante historia en el conocimiento del papel de las glándulas suprarrenales, en la que incluye algunas de sus aportaciones. Después aborda el verdadero núcleo del tema de la conferencia: «Accidentes consecutivos al empleo de las cortisonas». Medicamentos de una utilidad extraordinaria en mucho casos, su misma gran actividad les hace no estar desprovistos de riesgos, que bien conocidos por el médco, se pueden evitar o corregir casi siempre.

Pasa revista a los diversos accidentes, entre los que señala las alteraciones electrolíticas: retención de sodio, a veces con edemas y pérdida de potasio; síndrome de Cushing, enfermedad que se observa espontáneamente,

pero que también pueden producirla las cortisonas, unas veces tempranamente, otras por su empleo prolongado o abusivo. Dentro de ella o a su lado, se pueden incluir la osteoporosis y los efectos diabetógenos. Hace un estudio detallado de las condiciones en que sobrevienen las alteraciones digestivas, principalmente la úlcera péptica, la que unas veces activan y otras producen, por lo que debe vigilarse siempre el estómago antes y durante los tratamientos. El bienestar, la euforia, que muchas veces acompañan al empleo de estos remedios, pueden en algún caso ir seguidos de alteraciones psíquicas en pacientes predispuestos.



El Presidente de la Real Academia, Dr. Oliver, entregando al Dr. Hernando el Título de Académico de Honor. (Foto Lozano.)

Los efectos específicos de las cortisonas en las enfermedades llamadas del colágeno, debidos precisamente a su acción sobre el tejido conectivo, es causa, a veces, de producir alteraciones de este mismo, seguidas de síntomas, algunos de los cuales recuerdan precisamente aquellos mismos que generalmente combaten.

En pacientes sometidos a un tratamiento prolongado por las cortisonas, disminuye la actividad de sus propias suprarrenales y de la hipófisis, de lo que lentamente se van recuperando. Pero si antes de esta recuperación se les somete a una intervención quirúrgica, o sufren un traumatismo o una infección, se puede desencadenar una insuficiencia suprarrenal aguda, por lo que debe ser prevenida con un tratamiento previo o inmediato por los mismos corticoides.

El ilustre doctor Hernando fue objeto de una enorme ovación, pues expuso sus ideas con una agilidad mental verdaderamente asombrosa y haciendo gala de una excepcional cultura médica.

Después, el presidente, doctor Oliver, hizo un gran elogio del doctor Teófilo Hernando, dio lectura a un expresivo telegrama de adhesión de don Gregorio Marañón Moya, y terminó haciéndole entrega del nombramiento de académico de honor, en medio de una ovación clamorosa.

El homenajeado agradeció cordial y elocuentemente el nombramiento.

Por la noche, en el restaurante Savoy, la Academia obsequió al doctor Hernando con una cena, a la que asistieron las principales figuras de la Medicina zaragozana.

CONFERENCIA DEL PROF. ESCOLAR

El día 14 de marzo ceelebró sesión científico-literaria la Real Academia de Medicina, con una conferencia del doctor José Escolar García, profesor de Anatomía en la Facultad de Medicina, sobre el tema «Aportaciones a la organización de corteza cerebral profunda como sustrato de funciones del instinto».

Ocupó la presidencia el doctor Oliver, presidente de la Academia, acompañado por el doctor Noailles, vicepresidente; doctor Horno, secretario, y el conferenciante. Asistieron gran número de académicos, y los médicos y estudiantes que se hallaban en la sala, siguieron atentamente la interesante disertación del doctor Escolar, que fue presentado por el doctor Oliver, quien agradeció su presencia e hizo un cumplido elogio de sus cualidades humanas y profesionales.

El doctor Escolar García expuso en primer lugar la teoría, universalmente sustentada, de la organización de la corteza cerebral profunda, como rectora de las actividades del instinto, supeditadas siempre a los factores inteligentes. Trató a continuación las distintas etapas que ha sufrido el desarrollo de los estudios y aportaciones sobre tan importante tema.

Finalmente, el doctor Escolar expuso la reconstrucción de la corteza cerebral, realizada a base de cortes superpuestos, con una sustancia plástica espumosa, que representa de una manera plástica y científica los cortes cerebrales en forma sumamente ingeniosa y didáctica.

En las interpelaciones intervinieron los doctores Rey Ardid y Respaldiza. Se cerró el acto con una breve intervención del doctor Oliver, que reiteró su agradecimiento y el de la Academia al conferenciante, así como su felicitación por tan documentado estudio.

NUEVO DIRECTOR DE LA RESIDENCIA DEL S. O. E.

Ha tomado posesión del cargo de director de la Residencia Sanitaria «José Antonio», del S. O. E., el doctor don José Casalduero Escanilla, que anteriormente dirigía el ambulatorio «General Solchaga», de Pamplona.

El doctor Casalduero viene precedido de un sólido prestigio y posee un brillante historial, que hacen esperar una acertada gestión al frente de la popular Residencia zaragozana.

CONFERENCIAS DEL PROFESOR LUIS HEDON, EN LA CATEDRA DE FISIOLOGIA DE ZARAGOZA

Invitado por la Facultad de Medicina de Zaragoza y la Cátedra de Fisiología de la misma, en los días 2 y 3 de abril, el profesor Louis Hédon, catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Montpellier, pronunció dos notables conferencias sobre: «La pancréatectomie chez le chien et les troubles du métabolisme qui en résultent», y sobre: «Les diabètes alloxanique et métahypophysaire comparés à celui que provoque la pancréatectomie».

El profesor Hédon presentó dos documentadas disertaciones, basadas en trabajos personales, realizados a lo largo de varios años en su departamento. Tanto por el contenido como por la forma brillante de la exposición, hizo sentir al auditorio una fuerte admiración por el estado actual de progreso de la Medicina experimental francesa.

Esta visita debe agradecerse al Gobierno francés, que costeó el desplazamiento del profesor Hédon a nuestra Facultad de Medicina, así como al agregado cultural de la Embajada francesa en España, M. Caude Colin, cuya gestión acredita la perfecta organización del departamento a su cargo.

Fue presentado por el profesor Pie Jordá, que hizo el resumen y comentario a las dos conferencias, presididas por el señor Decano de la Facultad, doctor La Figuera, que dedicó unas amables palabras de salutación y bienvenida al conferenciante.

CURSO DE PUERICULTURA EN LA JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

Organizado por la Jefatura Provincial de Sanidad se ha celebrado un curso de conferencias en el salón de actos del Instituto Provincial de Sanidad, dedicado a maestras y enfermeras.

Los temas a desarrollar versaron sobre: «Organización de la Puericultura», «Instituciones de protección al niño», «Natalidad, mortinatalidad y mortalidad infantil», «Higiene preescolar y escolar», «Guarderías infantiles», «Higiene mental y centros de conducta», «Rehabilitación de deficientes físicos, psíquicos y sensoriales», «El niño sin familia», «Tutela jurídica y sanitaria del menor», y fueron explicados por los doctores Lorente Sanz, Horno Liria (R.), Rodríguez Almeida, Suescun, Rey Ardid y Fuertes Jovellar.

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA (SECCION DEL EBRO)

El pasado día 28 celebró la Sociedad Ginecológica local su reunión mensual ordinaria. Ocupó la tribuna el doctor don Gustavo Martínez Bazán, jefe clínico de la Residencia del S. O. E. de esta ciudad. Trató del tema «Mortalidad perinatal: algunos aspectos relacionados con la misma».



Fue pasando revista detallada a todas las causas que motivan la alta mortalidad perinatal de nuestra patria en relación con el descenso de las mortalidades materna e infantil, bien acusados desde hace unos años. Hizo especial alusión al estudio de las causas sociales o factores que son peculiares en la asistencia realizada por las distintas zonas de nuestro país. Puso de relieve la importancia que tiene la asistencia en clínicas y el estado a veces no bueno en dotación y asistencia de nuestros centros tocológicos, y fue analizando, una a una, las distintas causas obstétricas que pueden motivarla, recalcando principalmente la importancia del parto prolongado, presentaciones anómalas, alteraciones de la contracción, y técnicas asistenciales, haciendo de todo ello un perfecto y acabado estudio.

Al final, presentó la estadística de cinco años en la Residencia «José Antonio», cuyos datos fue comentando, y que son en extremo satisfactorios.

Intervinieron en la discusión, haciendo atinados comentarios al ponente, los doctores Teixeira, Savirón, Ibáñez, Blanco y M. Horno, cerrando la sesión, después de la rectificación del ponente, el doctor Jiménez, que presidía la sesión.

Se tomó el acuerdo de la creación de una ponencia por los tocólogos del S. O. E., que estudien y sugieran el procedimiento a seguir y a elevar a la superioridad, para que en todos estos centros de este tipo, las estadísticas sean planteadas y recogidas con un criterio de uniformidad.

CONFERENCIA DEL DOCTOR MARIN GORRIZ

En el centro femenino «Calibo», pronunció una notable conferencia sobre «Nuevas orientaciones sobre el tratamiento del cáncer», el doctor don Francisco Javier Marín Górriz, que fue muy aplaudido.

SESIONES CLINICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

El día 26 de marzo se celebró sesión clínica actuando de presidente el doctor Suárez Palacios, y de secretario el doctor Aznar Cucalón. En primer lugar, el doctor López Zaborras presentó su comunicación, con el tema «Consideraciones a propósito de un caso de pancreatitis crónica».

En la discusión de este tema intervinieron los doctores Vázquez Arnedo, Civeira y Pérez Cuadra.

En la segunda parte, el doctor García Lisbona expuso una comunicación sobre «Estenosis duodenales».

En la discusión de este tema intervinieron los doctores Castillo Bernal, Vázquez Arnedo y López Zaborras.

Nuevamente, el día 5 del corriente, se celebró otra sesión, bajo la presidencia del doctor Peg. En primer lugar, el doctor Ponce de León expuso su comunicación sobre «Fotocistoscopia» y el doctor Peg Juarrero agradeció su aportación, felicitándole.

En la segunda parte, el doctor Romero Aguirre presentó su comunicación sobre «Colocistoplásticas de ampliación, técnica y resultados». Presentó el conferenciante diapositivas de las operaciones realizadas, radiografías y otros documentos iconográficos que revelan la trascendencia de esta nueva técnica que marca un nuevo camino en la terapéutica quirúrgica, no sólo del aparato urinario, sino de toda la cirugía general. Intervinieron en la discusión los doctores Moliner Tarragó y Peg Juarrero.

CONFERENCIA DEL DR. GALAN, EN LA S. E. M. A.

El día 2 del corriente pronunció una brillante conferencia, en el salón del Palacio Provincial, el doctor don Pedro Galán Bergua, disertando sobre el tema «Psicopatología de la poesía española del siglo XIX; ensayo médico-literario». En él hizo un estudio completo de los poetas románticos y los episodios de su vida, que tanto influyeron en las manifestaciones de su obra lírica.

CURSILLO SOBRE APLICACIONES DEL LABORATORIO A LA CLINICA

Recientemente tuvo lugar en la Facultad de Medicina de Zaragoza la clausura del cursillo que, con el título expresado, viene realizando este mes la cátedra de Patología Médica «B» de nuestra Facultad, y que ha sido organizado por los doctores La Figuera y Andériz.

En él desarrollaron temas todos los componentes de la cátedra, comenzando el profesor La Figuera con un estudio sobre las proteínas del plasma y su significación clínica.

El doctor Andériz habló en días sucesivos del valor del jugo gástrico en el diagnóstico de las enfermedades del aparato digestivo, y del valor de las determinaciones de diversos fermentos en Medicina interna.

Los doctores Rubio y Giménez desarrollaron temas de exploración funcional de hígado y vías biliares y páncreas, respectivamente. Los doctores Moral y Ferrer dedicaron especial atención a temas de aparato locomotor; el laboratorio en las osteopatías, el primero, y en los reumatismos, el segundo.

El adjunto de la cátedra, doctor Nerín, trató de la exploración funcional de riñón, y el profesor encargado, doctor Mainer, sobre la exploración funcional cardiorrespiratoria. El doctor Pérez Cuadra presentó un estudio propio sobre estimación de la función tiroidea, y el doctor Cuchí, sobre el metabolismo del agua y electrolitos.

Por último, en la sesión de clausura hizo uso de la palabra el doctor Gómez Lus, tratando del diagnóstico de las enfermedades infecciosas por el laboratorio, cerrando las intervenciones la autorizada palabra del profesor La Figuera.

Han asistido a este cursillo, ciento cuarenta y cuatro alumnos, médicos y estudiantes de los últimos cursos.

CONFERENCIA DEL DR. GIL Y GIL

El día 5 de abril pronunció una conferencia en el aula número uno de la Facultad de Medicina, don Carlos Gil y Gil, catedrático de Radiología y Terapéutica Física de la Facultad de Madrid, sobre el tema «La Universidad de California, Facultad de Medicina de Los Angeles». El acto se vio muy concurrido.

HERMANDAD MEDICO-FARMACEUTICA DE SAN COSME Y SAN DAMIAN

Coincidiendo con la celebración de las conferencias cuaresmales que la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián de Zaragoza organiza anualmente, en colaboración con los Colegios profesionales sanitarios, y de las que ha dado cuenta la Prensa, la Academia Deontológica de la Hermandad celebró el día 24 de marzo su sesión mensual en el salón de profesores del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, disertando el Hermano doctor don Ignacio Paricio, sobre el interesantísimo tema «Historia clínica de la muerte de Jesucristo», que expuso con gran rigor científico y extraordinaria reverencia y sentido cristiano.

Por la tarde del mismo día se celebró una misa vespertina en la iglesia parroquial de San Gil Abad, oficiada por el reverendo consiliario de la Hermandad, M. I. Sr. D. Antonio García Cerrada, seguida de plática final de conferencias cuaresmales, pronunciada por el orador sarado Rvdo. Sr. D. Pedro Antonio Tabuenca Aured, que ha sido quien ha dirigido todo el ciclo de conferencias cuaresmales.

SYMPOSIUM SOBRE RELACIONES ENTRE PSIQUIATRIA Y PEDAGOGIA

Tendrá lugar en Torino, durante los días 6, 7 y 8 de octubre, estando dedicado el primer día a las relaciones entre médicos y psicólogos, el segundo a educadores y pedagogos, y el último a prensa especializada. La presidencia será ostentada por el profesor Giuseppe Grosso. Las inscripciones deben ser enviadas antes del 15 de junio próximo.

EL DOCTOR PELAYO MARRACO

El día 12 falleció en nuestra ciudad el profesor de Patología Quirúrgica de esta Facultad de Medicina, doctor don Manuel Pelayo Marraco.

Su muerte ha causado profunda sensación, ya que su enfermedad fue brevísima y, por tanto, sorprendió a todos su fallecimiento.



El doctor Pelayo Marraco gozaba de grandes afectos en nuestra ciudad por su caballerosidad extraordinaria y su bondad.

Fue alumno y después ayudante predilecto del doctor Ricardo Lozano.

Se formó, como especialista de digestivo, al lado del profesor Gallart, en Barcelona.

Durante más de veinte años ha sido profesor de Patología Quirúrgica por oposición, habiendo desempeñado interinamente la cátedra durante varios cursos, formando varias generaciones médicas.

También ha desempeñado una intensa labor en la Residencia Sanitaria del S. O. E. como especialista de aparato digestivo.

Era miembro numerario de la Real Academia Española de Cirugía y de la Sociedad Española de Aparato Digestivo y de la Nutrición, y contaba con numerosas publicaciones de su especialidad.

Acompañamos muy cordialmente en su duelo a su esposa y familiares, rogando a nuestros lectores una oración por el alma del finado.

CURSOS SOBRE ARTERIOESCLEROSIS Y LECCIONES DE TERAPEUTICA DE APLICACION DIARIA

En el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, en el Servicio de Medicina General, tendrán lugar, del 1 al 6 de abril de 1963,, cursos sobre arterioesclerosis y lecciones de terapéutica de aplicación diaria, bajo la dirección del doctor A. Rocha, con la colaboración de los doctores A. Alomar, A. Balcells, V. Brossa, V. Cónill, T. Hernando, G. Manresa, J. de Nadal, R. Ortiz, S. Tintoré, J. Vendrell, R. Vidal-Ribas.

Los temas del curso sobre arterioesclerosis serán los siguuientes:

1.° «Concepto patogenético de la arterioesclerosis», por el doctor S. Tintoré.

2.° «Etiología y epidemiología de la arterioesclerosis», por el doctor V. Brossa.

3.° «Anatomía patológica de la arterioesclerosis», por el doctor R. Ortiz.

4.° «Manifestaciones clínicas de la arterioesclerosis», por el doctor J. Vendrell.

5.° «Bioquímica de la arterioesclerosis», por el doctor R. Vidal-Ribas.

6.° «Profilaxis y terapéutica de la arterioesclerosis», por el doctor V. Brossa.

Las lecciones de terapéutica de aplicación diaria, son las siguientes:

Lección inaugural, «La vieja idiosincrasia y su nueva interpretación», por el profesor doctor T. Hernando.

Lección II, «El tratamiento de las hepatitis», por el doctor A. Rocha.

Lección III, «El tratamiento del acné», por el doctor A. Alomar.

Lección IV, «El tratamiento del climaterio femenino», por el profesor doctor V. Cónill.

Lección V, «El tratamiento de las bronquitis», por el doctor G. Manresa.

Lección VI, «Farmacología de las hipercolesterinemias», por el doctor R. Vidal-Ribas.

Lección VII, «El tratamiento de la hipertensión», por el doctor J. de Nadal.

Lección de clausura, «Estado actual de la terapéutica diurética», por el profesor doctor A. Balcells.

Biología deportiva «El pulmón». — Durante el mes de mayo, se profesará este curso con la participación del personal del Servicio, la colaboración extraordinaria de los doctores R. Cornudella y J. Galilea, y la especial asistencia del profesor S. Vidal-Sivilla.

Avances en el radio-diagnóstico en patología dee aparato digestivo: Intensificador de imágenes, cine-radiología y radiología televisada. — Se profesará durante el curso 1963-1964, con la participación del personal del Servicio y la colaboración extraordinaria de los doctores A. Modolell y J. López Gibert, y la especial asistencia del profesor Cherigié, de París.

Todas las conferencias, lecciones, sesiones clínicas y demostraciones prácticas, se profesarán en el Aula Esquerdo de este Servicio de Medicina General. La matrícula será limitada por riguroso orden de inscripción, siendo el importe de la misma de 350 pesetas por curso.

Para cualquier clase de información dirigirse a la Secretaría del Servicio todos los días laborables, de nueve y media a las once de la mañana.

Al finalizar los diferentes cursos, se expedirán a los señores matriculados los certificados-diploma correspondientes.

DE PREVISION SANITARIA NACIONAL

EL FONDO DE AMORTIZACION DE VALORES

Entre los diversos problemas que se pueden presentar a la Junta Rectora de una Mutualidad, constituyó uno de los más difíciles la situación de sus reservas. Es cierto que existen normas estatales que marcan las inversiones que aquéllas pueden tener; pero estas normas ofrecen cierta laxitud y libertad en la elección, permitiendo las aplicaciones según necesidades y situaciones momentáneas del mercado dinerario. Cuando se trata de valores inmobiliarios, en el caso de instituciones de previsión social, sólo estatales o con su refrendo económico, provinciales y municipales, se suele elegir los mác convenientes y beneficiosos en el momento de la adquisición, pudiendo variar mucho con el tiempo las condiciones de conveniencia y beneficio, para lo que interesa adoptar las necesarias precauciones con que salvar su onerosidad, si se presentara.

Los momentos críticos de efectuar adquisiciones con destino a la constitución de reservas de la Mutual sanitaria, han obligado a efectuar a veces compras de valores mobiliarios cuya cotización bursátil se hallaba por encima de la par; lo que podía suponer evidente pérdida, de producirse su amortización si se trataba de esta clase de valores. Pensando en cubrirse de tal riesgo, y al dar la orden de adquisición en tales condiciones, el Consejo de Administración de la Mutual sanitaria estableció un fondo, denominado de fluctuacion de valores, que compensase la pérdida sufrida. Al objeto de no mermar los derechos e intereses de los mutualistas, dicho fondo se inició con un pequeño excedente de las cuotas administrativas, no precisas para el desenvolvimiento de la institución.

Para la adquisición de los diferentes valores integrantes de la cartera de reservas de Previsión Sanitaria Nacional, dentro de los autorizados, todos ellos de gran firmeza, se elegían los que ofrecían mayor renta, diferenciable casi siempre en unas centésimas o la fecha de su abono, y, de existir cierta similitud, dentro de los amortizables, siempre preferidos los que se cotizasen más bajos, ya que no existiendo motivos de prisas, agobios, emergencias en su enajenación y venta, se podía esperar con tranquilidad la llegada de su amortización y con ello la ganancia de unos enteros. Existen siempre determinados valores preferidos por el público, poco conocedor del mercado dinerario, que por dicho motivo alcanzan mayor cotización bursátil, y en cambio otros que, sin causas muy justificadas y con poco estudio de los mismos, son rechazados; y con éstos, las primas de amortización son más elevadas.

El fondo de amortización de valores de la Mutual Sanitaria sufrió evidentes pero pequeños quebrantos económicos, en los momentos de su constitución, por daber sido preciso adquirir algunos de aquéllos, convenientes por su rentabilidad, por encima de la par. Pero pronto se inició su nivelación, que en seguida se transformó en positiva ganancia, dentro de ciertos límites. El total de amortizaciones de valores de la Mutual en el pasado año ha sido de 3.718.372 pesetas, que añadidas a 1.739.500 pesetas de pequeñas ventas, realizadas para facilidad de movimientos, totalizan 5.457.872 pesetas, produciendo un beneficio de 360.075 pesetas, cantidad no despreciable, que representa un 6'95 por 100.

Entre las partidas totalmente amortizadas figura la final de un bono del Consorcio de Compensación de Riesgos. Cuando se obtuvo, por valor de un millón de pesetas, se consideró excelente inversión, ya que ofrecía rentabilidad neta, sin descuento alguno, del 4 por 100; y ahora se estaba deseando su total amortización.

Entre los amortizados figuran unas —muy pocas— obligaciones de la Empresa Municipal de Transportes, adquiridas a 56 por 100, en momentos de infundado pánico, que ahora se cotizan a 98 por 100, y que proporcionaron 44 enteros de beneficio en la amortización, en tanto que su venta superó con mucho al 7 por 100; pero de esta clase son escasísimas.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA ESPAÑOLA
PREMIOS DEL CURSO 1962-1963

Premio de la Academia, 10.000 pesetas: «Oportunidades quirúrgicas en las esplenopatías».

Premio Rodríguez Abaytua, 10.000 pesetas: «Radiología clínica del intestino delgado».

Premio Marañón, 5.000 pesetas: Tema libre de endocrinología.

Premio Peña, 20.000 pesetas: «Hipertensión nefrógena experimental».

Premio García Ortiz, 5.000 pesetas: «Estudio comparativo del electrocardiograma, el fonocardiograma y el cateterismo en el diagnóstico de las cardiopatías congénitas».

Premio Hidalgo Huerta, 15.000 pesetas: «Bases para el tratamiento de las pancreatitis crónicas».

Los trabajos para optar a estos premios deberán ser inéditos y realizados por médicos, recibiéndose en la Secretaría de esta Academia (Villanueva, 11, Madrid - 1) antes del día 15 de octubre de 1963. Deberán llevar el correspondiente lema y el nombre y dirección del autor en un sobre cerrado, con el mismo lema.

Los trabajos serán examinados por los señores académicos designados por la Junta de Gobierno, siendo su decisión dada a conocer en la sesión inaugural del curso, abriéndose entonces el sobre con el lema correspondiente a cada trabajo premiado. Los premios pueden quedar desiertos si así lo estiman los señores académicos que lo juzguen.

Los trabajos premiados quedarán en propiedad de la Academia Médico Quirúrgica Española.

VIDA MÉDICA NACIONAL

REUNION EN MADRID DE MEDICOS DE SERVICIOS DE URGENCIA

Se ha reunido un grupo de médicos, de distintas regiones españolas, dedicados a la prestación de servicios médico-quirúrgicos de urgencia. Esta reunión cristalizó en la creación de una fundación de derecho privado, que, con la denominación de «Fundación Nacional Pro-Servicio Médico Urgente de la Cruz Blanca», tiene por finalidad promover, difundir y mejorar esta importante faceta de la asistencia médica. La fundación se constituyó mediante escritura pública, y quedó dotada con los recursos necesarios para el desarrollo de sus actividades y regida por un patronato, formado por un presidente y doce focales. Uno de los objetivos es el de fomentar e impulsar la creación de una amplia red de centros de urgencia, debidamente equipados y atendidos, en todas las rutas de España, a distancias no superiores a veinticinco kilómetros, cubriendo así todo el territorio naconal.

PRIMERA LECCION DE CATEDRA DEL PROF. TAMARIT

El profesor J. Tamarit Torres, que obtuvo brillantemente la cátedra de Fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid, pronunció con toda solemnidad su primera lección de cátedra, ante una gran concurrencia, tratando admirablemente el tema de «Bioquímica de las enzimas».

EL DR. PEREZ MODREGO, JEFE DE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGIA DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID

Con verdadera satisfacción nos enteramos del nuevo triunfo de un aragonés destacadísimo: el doctor S. Pérez Modrego, que ha obtenido tras brillantísimas oposiciones la plaza de profesor de número, jefe de los servicios de Oncología de la Beneficencia Provincial de Madrid. Con este motivo le felicitamos cariñosamente por el éxito alcanzado.

También recientemente ha creado el Centro de Oncología (Primer Centro Regional de la Lucha contra el Cáncer), dotado de un equipo de jóvenes investigadores y clínicos (físicos, radioterapeutas, radioquímicos, cirujanos, etcétera), que realiza una labor muy estimable.

NOTABLE CONFERENCIA DEL DOCTOR FERNANDEZ RUIZ

En el pasado mes, el doctor don César Fernández Ruiz, notable médico escritor, ha pronunciado una primorosa conferencia en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, sobre el tema «La Medicina y los médicos en los escritos de Santa Teresa. Ensayo interpretativo de sus dolencias».

RECEPCION DEL DR. BARON EN LA REAL ACADEMIA DE GALICIA Y ASTURIAS

El día 8 del corriente, bajo la presidencia del doctor don Galo G. Baquero, el doctor don José Barón, puericultor del Estado y académico corresponsal, ocupó la tribuna de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia y Asturias, pronunciando el discurso para su recepción coma académico numerario, que versó sobre el tema «La peregrinación y muerte de Andrés Vesalio, médico de Carlos V y Felipe II», un capítulo de la Historia de la Medicina hasta ahora muy poco aclarado, lleno de lagunas y variadas interpretaciones.

En nombre de la Corporación le contestó el doctor Pérez Hervada, quien hizo una glosa de la vida de Vesalio y resaltó las aportaciones inéditas descubiertas por el recipiendario en el Archivo de Simancas.
sias».

JUBILACION DEL DR. MACIAS DE TORRES

El «Boletín Oficial de Estado» ha publicado la resolución por la que se declara jubilado, por cumplir la edad reglamentaria, a D. Ernesto Macías de Torres, médico maternólogo del Estado. Con este motivo, sus compañeros y ginecólogos de toda España le han rendido un homenaje de afecto, publicando un volumen de trabajos en la «Revista Española de Obstetricia y Ginecología», de Valencia.

BRILLANTE ACTUACION DEL PROFESOR SUAREZ, EN CENTROAMERICA

Ha regresado el profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, doctor don Manuel Suárez Perdiguero, quien invitado por la Sociedad de Pediatría ha pronunciado conferencias en Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Colombia.

El doctor Suárez es el primer catedrático español de Pediatría que ha visitado Centroamérica, presencia que da sido muy bien acogida y cuyas lecciones se han seguido con gran interés.

FALLECIMIENTO DEL DR. FRIAS ROIG

Con gran sentimiento damos cuenta del fallecimiento del que fue ilustre predecesor de la Pediatría y Puericultura, doctor Frías Roig, de Reus, fundador del Instituto de Puericultura de aquella ciudad y de la «Revista de Puericultura», que dirigió con entusiasmo, vocación y capacidad. Fue maestro de la Medicina social infantil, gran publicista y educador sanitario.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

La nueva Junta Directiva de la Sociedad Ginecológica Española está formada por los siguientes doctores:

Presidente, profesor doctor Santiago Dexeus Font (Barcelonag; vicepresidente primero, doctor Francisco Orengo Díaz del Castillo (Madrid); vicepresidente segundo, profesor doctor E. Recaséns Méndez Queipo de Llano (Cádiz); secretario general, doctor A. Sopeña Ibáñez (Madrid); secretario de actas, doctor Eduardo Díez Gómez (Madrid); tesorero, doctor Alfonso Cano Monasterio (Madrid); con-

tador, doctor José Gálvez Ruiz (Madrid); vocales, doctores Bernardino Pardo Ouro (Lugo), Julio Albea Urrutia (San Sebastián), José María Sánchez Ibáñez (Albacete), y Salvador Cabrera Aduauin de Zumalave (Las Palmas de Gran Canaria).

CONGRESOS

I CONGRESO ESPAÑOL DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Tendrá lugar en Madrid, del 15 al 17 de abril de 1963, estando constituído el comité organizador por los siguientes miembros:

Presidente: profesor doctor don Pedro Laín Entralgo; vicepresidentes: profesor doctor don Francisco Oliver Rubio, profesor doctor don Luis S. Granjel; secretario: doctor don Silverio Palafox Marqués; tesorero: doctor don Agustín Albarracín Teulón; vocales: profesor doctor don Gabriel Sánchez de la Cuesta, profesor doctor don Manuel Usandizaga Soraluce, doctor don Antonio Castillo de Lucas y doctor don José María López Piñero.

Los actos del congreso serán los siguientes:

Día 15.—A las once de la mañana, sesión inaugural en la Facultad de Medicina de Madrid (Ciudad Universitaria); vino de honor ofrecido por el Ilmo. Sr. Decano. A las cuatro de la tarde, salida en auto especial a Toledo, donde se celebrará la sesión conmemorativa en homenaje al presidente de honor de la Sociedad, don Gregorio Marañón y Posadillo. A las ocho de la tarde, cena en Venta de Aires, ofrecida por el congreso; regreso a Madrid.

Día 16.—A las diez de la mañana, lectura de comunicaciones correspondientes al tema I («La Medicina española en el siglo XVIII»), en el salón de actos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Duque de Medinaceli, 4, bajo). A las cuatro de la tarde, en el mismo local, lectura de comunicaciones correspondientes al tema II («Historia del concepto de neurosis»).

Día 17.—A las diez de la mañana, lectura de comunicaciones libres (tema III), en el mismo local. A las seis de la tarde, junta general de la Sociedad, en la Real Academia de Medicina (Arrieta, 12). A las siete de la tarde, sesión de clausura del congreso, en dicha Real Academia. A las nueve y media de la noche, cena de clausura, en el «Hotel Palace», ofrecida por «Productos Químicos Schering, S. A.».

III CONGRESO GENERAL DE LA UNION MEDICA MEDITERRANEA

La Unión Médica Mediterránea celebrará su III Congreso General, conjuntamene con la Sociedad de Farmacia del Mediterráneo Latino, durante los días 3, 4 y 5 de junio próximo (Pascua de Pentecostés), en San Sebastián (España).

Tema: **Resultados clínicos del tratamiento quirúrgico de las principales cardiopatías.**

En este Congreso se reunirán las siguientes secciones de la Unión Médica Mediterránea: Medicina Interna, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología, Urología, Pediatría, Odontoestomatología, Farmacia.

La cuota de inscripción se ha fijado en 1.000 pesetas, incluyéndose en la misma todos los actos sociales y festejos.

Para información e inscripciones, dirigirse al profesor José María Cañadell, Avda. Generalísimo, 497, Barcelona (15), España.

Las solicitudes de reserva de hotel, viajes, etc., deben dirigirse a «Compañía Hispano-Americana de Turismo», Paseo de Gracia, 11, Barcelona (7), España.

VIII REUNION DE LA SECCION ESPAÑOLA DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LOS BRONQUIOS

En Valencia, durante los días 14 y 15 de junio de 1963, tendrá lugar la VIII Reunión de la Sección Española de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios.

Comité organizador local: presidente, doctor Luis de Velasco Belausteguigoitia; vicepresidentes, doctores Carlos Carbonell Antolí, Rafael Bartual Vicens y Juan Guallar Segarra; secretario general, doctor Javier Altabella San Juan; vocales: doctores Antonio Barbero Carnicero, Rafael Consuelo Ros, Angel Elarre Cortés, Manuel Ferris Santes, José García Fuster, Enrique Gomar del Sarto, Ricardo Flores Marco, Vicente López Merino, Vicente López Botet, Benjamín Narbona Arnau, Francisco París Romeo y Manuel Picardo Castellón.

Programa provisional:

Viernes día 14 de junio

A las diez de la mañana: Sesión de apertura en la Facultad de Medicina. Saludo del presidente de la VIII Reunión, doctor Luis de Velasco.

A las diez y cuarto de la mañana: Exposición de la primera ponencia por el doctor Francisco París Romeu (Valencia): «Alteración vascular broncopulmonar en las bronquiectasias.

A las once de la mañana: Discusión de la primera ponencia.

A las doce de la mañana: Comunicaciones libres en relación con la primera ponencia.

A las cuatro de la tarde: Presentación de comunicaciones libres.

A las diez de la noche: Cena en un hotel de la localidad.

Sábado día 15 de junio

A las nueve de la mañana: Exposición de la segunda ponencia por los doctores Alberto Agustí Vidal, Raimundo Cornudella, Francisco Martí-Lleonart y Jorge Salvadó (Barcelona): «Exploración funcional respiratoria prequirúrgica».

A las diez y media de la mañana: Discusión de la segunda ponencia.

A las doce de la mañana: Presentación de comunicaciones libres en relación con la segunda ponencia.

A las dos de la tarde: Almuerzo en un lugar turístico de la costa. Excursión turística.

A las diez y media de la noche: Cena de gala en un hotel de la localidad.

Derechos de inscripción: Congresistas, 500 pesetas; acompañantes, 400 pesetas; miembros A. I. E. B., 300 pesetas; acompañantes A. I. E. B., 200 pesetas.

Recepción de comunicaciones libres: Hasta el día 15 de mayo de 1963.

Secretario general: Doctor Javier Altabella San Juan, Sanatorio Antituberculoso de Porta-Coeli, Bétera (Valencia).

CURSOS

CURSO DE PATOLOGIA Y CLINICA MATERNO-INFANTIL

Organizado por la V Asamblea de la Cruz Roja, bajo la dirección del jefe de Obstetricia, doctor Cruz Hermida, se ha celebrado en el mes de marzo este interesante curso, en el que han disertado el profesor Bosch Marín, que pronunció la lección inaugural sobre «La íntima colaboración entre el obstetra y el pediatra, como base eficaz de una mejor asistencia neonatal». También intervinieron pronunciando sendas conferencias el doctor F. Luque, sobre «Vacunaciones en la embarazada»; doctor Sánchez Puelles, «Isoinmunización fetal»; doctor Pallardo, «Diabetes»; doctor Cruz Hermida, «Conducta obstétrica en el parto prematuro y aborto habitual»; doctor Blanco Otero, «Asistencia pediátrica al prematuro», y los doctores Torres Acero, González Merlo, Daudén Sala, Blanco Soler Ros y Brasa.

XV CURSO MONOGRAFICO

En la Escuela de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, bajo la dirección del doctor V. Bosch Olives, tendrá lugar el XV Curso Monográfico (III de Patología del Aparato Locomotor), del 22 al 27 de abril de 1963.

Las lecciones del curso serán dictadas por los médicos del Servicio y por los profesores siguientes: Doctor Francisco Gomar Guarner, catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valencia; doctor Luis Gubern Salisachs, director del Servicio de Cirugí Infantil del Hospital de los Niños Pobres de Barcelona; doctor Alvaro López Fernández, director del Sanatorio Malvarrosa, de Valencia; doctor Pedro Martínez García, catedrático y director del Servicio de Medicina Infantil del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo; doctor Robert Merle D'Aubigne, catedrático de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Facultad de Medicina de París; doctor Juan Plaja Masip, director del Servicio de Rehabilitación del Hospital Provincial de Oviedo; doctor Raffaele Zanoli, director del Instituto Ortopédico Rizzoli, de Bolonia.

El programa será el siguiente:

Día 23, por la mañana, «Patogénesis», por el profesor P. Martínez García; por la tarde, «Fisiopatología de las parálisis y su aplicación terapéutica, por el doctor J. Plaja Masip.

Día 23 por la mañana, «Columna vertebral», por el profesor F. Gomar Guarner; por la tarde, «Miembro superior», por el profesor R. Zanoli.

Día 24, por la mañana, «Operaciones paliativas en las parálisis de la muñeca y mano», por el profesor R. Merle D'Aubigne; por la tarde, «Miembro inferior», por el doctor L. Gubern Salisachs.

Día 25, por la mañana, «Cadera», por el doctor A. Jornet Cases; por la tarde, «Rodilla», por el doctor P. Rubies Trías.

Día 26, por la mañana, «Pie», por el doctor Alvaro López; por la tarde, «Estímulo y kinesiterapia», por el doctor J. Roig Puerta.

Día 27, por la mañana, «Programa global de recuperación», por el doctor V. Bosch Olives.

El horario de las lecciones, que se celebrarán en el Auditorio del Servicio, será a las once de la mañana y a las ocho de la tarde.

La inscripción para este curso monográfico es de 1.000 pesetas, extendiéndose, a los que asistan, el correspondiente certificado.

Para inscripciones dirigirse a la Secretaría del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Avda. San Antonio María Claret, 167. Barcelona.

I CURSO INTENSIVO DE NOVEDADES EN PEDIATRIA

Organizado por el cuerpo facultativo de Clínica Pediátrica Teknon, con la colaboración del profesor Cruz Hernández, catedrático de Pediatría de la Universidad de Cádiz, tendrá lugar del 10 al 16 de junio de 1963, con arreglo al programa fijado.

El número de plazas al curso es limitado, y se completará por riguroso orden de llegada de las solicitudes.

Para inscripciones, solicitud de becas y cualquier clase de información, dirigirse al doctor I. Claret Corominas, Clínica Pediátrica Teknon, Herráiz, 2, Barcelona (17).

VII CURSO TEORICO - PRACTICO SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

En el Ambulatorio Hermanos Aznar, Modesto Lafuente, 21, Madrid, Servicio de Aparato Digestivo, jefe doctor E. Arias Vallejo, se celebrará el VII curso para médicos sobre «Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo».

Tendrá lugar en este Ambulatorio, dirigido por el jefe del Servicio, doctor Arias Vallejo, durante todas las mañanas laborables del mes de mayo, desarrollándose los trabajos prácticos de diez a una y las lecciones y conferencias de una a dos.

Es idea primordial de este curso que sus enseñanzas sean eminentemente prácticas, tomando parte activa los señores cursillistas desde el primer momento en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos estudiados.

El número de plazas está limitado a treinta, reservándose una cuarta parte para médicos hispanoamericanos.

La inscripción es absolutamente gratuita, debiendo ser hecha personalmente o por carta, antes del día 20 de abril, en la Secretaría del curso, desempeñada por la señorita Mercedes Teso, en el Ambulatorio Hermanos Aznar, calle de Modesto Lafuente, 21, Madrid (3), de nueve a una.

Los interesados deberán hacer constar su edad y condiciones profesionales y formativas, puesto que la dirección del curso se reserva el derecho de selección.

Los cursillistas que demuestren su asiduidad y aprovechamiento, recibirán al final del curso un certificado de asistencia.

Habrá conferencias extraordinarias a cargo de los profesores y doctores: Amo Galán, Arias Vallejo, Díaz Rubio, Espinosa, Esteban Márquez, Estrada, Fernández Pleyán, Gallego Fernández, Gallego Tejedor, Gándara, Gar-

cía Conde, García Morán, Gimena, Gómez López, González Bueno, Gutiérrez Arrese, Hernando, Hidalgo Huerta, Marcos Robles, Marina Fiol, Mogena, Monereo, Mora Soler, Moreno González Bueno, Muñiz González, Oliver Pascual, Pozuelo Escudero, Quadros Tejeiro, San Julián, Sanz Ibáñez, Torres González, Vega Díaz y Viesca, y trabajos prácticos y exposición de puestas al día a cargo de los doctores ayudantes del Servicio.

CURSO PRACTICO DE ALECCIONAMIENTO TOCOLOGICO PARA POSTGRADUADOS

En el Instituto Municipal de Maternología, dirigido por el doctor J. Vanrell, tendrá lugar un curso práctico de Tocología para postgraduados, organizado por la Dirección, con la participación de los doctores J. Venrell, A. Carulla, M. Garriga, V. Marqués, R. Bardés, J. Pont, J. Camprobí, J. M. Dexeus, P. Buxó, A. Amigó, L. Marqués, E. Fernández Pellicer y L. Sarrias.

Habrá conferencias magistrales a cargo de los profesores V. Cónill, S. Dexeus, Gil Vernet y M. Usandizaga; y conferencias prácticas diarias, sobre parto médico, parto dirigido y extracción ventosa, en el auditorio del Instituto de Maternología, de once a doce de la mañana.

Asistencia a los consultorios, partos normales e intervención.

Los inscritos practicarán durante dichos meses, en régimen de externado, colaboración con los jefes de Servicio y médicos de guardia, en la asistencia a partos y operaciones tocológicas.

Al terminar sus estudios recibirán el correspondiente diploma acreditativo. El curso comenzará el día 31 de mayo próximo.

Matrícula con derecho a las prácticas: 2.000 pesetas (número limitado a siete plazas).

Para informes, en la Administración del Instituto de Maternología, avenida de José Antonio, 477, Barcelona.

CURSILLO SOBRE MENOPAUSIA

Este cursillo, organizado por la doctora Quadras-Bordes, M. V. (endocrinología de la mujer), con la colaboración del profesor doctor M. Viera, director del Servicio (cardiólogo), y de los ayudantes doctores A. Bobé (psiquíatra), F. J. Calmet (endocrinólogo), T. Curell (digestólogo), B. Gratacós (endocrinólogo), A. Serra Peralba (reumatólogo) y J. Vilató (neurólogo), se desarrollará en la sala biblioteca del Servicio de Medicina general c Cardiología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, del 15 al 31 de mayo de 1963.

El orden de los temas será el siguiente:

Día 15.—Doctora Quadras-Bordes: «Menopausia precoz y tardía», «Meno-metrorragias en la pre-menopausia», «Hemorragias en la post-menopausia».

Día 17.—Doctor Calmet: «Obesidad e hipertensión en la menopausia».

Día 20.—Doctor Gratacós: «Diabetes y menopausia».

Día 22.—Doctor T. Curell: «Repercusión de la menopausia en el aparato digestivo».

Día 24.—Doctor Serra: «Alteraciones articulares en la menopausia».

Día 27.—Doctor Bobé: «Trastornos psíquicos en la menopausia».

Día 29.—Doctor Vilató: «Trastornos nerviosos en la menopausia».

Día 31.—Doctor Viera: «Trastornos cardiovasculares en la menopausia». Clausura del cursillo.

CENTRO DE ESTUDIOS GENETICOS Y DE PUERICULTURA PRENATAL, DE BARCELONA

Se pronunciarán en este Centro, dependiente del Instituto Municipal de Maternología, dos conferencias sobre «Poblemas de la anoxia en la gestación», por el doctor don José Armengol de Llano. La primera, el día 29 de mayo, sobre «Influencia de la anoxia sobre la madre», y la segunda el día 31 de mayo, sobre «Influencia de la anoxia sobre el hijo».

Otras dos conferencias sobre el «Metabolismo del nitrógeno en la gestante», también por el doctor don José Armengol de Llano. La primera el día 5 de junio, sobre «Anabolia nitrogenada en el embarazo», y la segunda el día 7 de junio», sobre «Catabolia nitrogenada en el embarazo».

CURSILLO SOBRE EL APARATO URINARIO EN EL CARCINOMA UTERINO

En el Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología de Madrid (director: profesor doctor J. Botella Llusiá), se ha celebrado del 18 de marzo al 1 de abril un cursillo monográfico sobre «El aparato urinario en el carcinoma uterino (en la cirugía, en la evolución y en la fisioterapia)», dirigido por el doctor Díez Yanguas (jefe clínico del Servicio de Urología del Hospital Provincial de Madrid), con la colaboración de los doctores Botella, Parache, Pérez Castro y Pérez Modrego.

El programa de conferencias fue el siguiente:

Profesor Botella: «El aparato urinario en la cirugía abdominal del carcinoma Colli».

Profesor Parache: «El aparato urinario en la cirugía vaginal del carcinoma Colli».

Doctor Díez Yanguas: «Secuelas de la cirugía del carcinoma Colli, control a distancia, terapéutica».

Doctor Díez Yanguas: «Alteraciones del aparato urinario condicionadas por el carcinoma Colli».

Doctor Pérez Modrego: «Las radiaciones ionizantes en la terapéutica del carcinoma Colli (técnicas, indicaciones)».

Profesor Pérez Castro: «Riesgos ureterales en la cirugía del carcinoma Colli».

Doctor Díez Yanguas: «Alteraciones del aparato urinario, consecutivas a la terapéutica del carcinoma Colli, con radiaciones ionizantes».

Doctor Díez Yanguas: «Papel de las derivaciones urinarias y de las neovejigas, en la terapéutica de las secuelas de la cirugía y de las radiaciones ionizantes».

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

APLAZAMIENTO DE LA REUNION DE LA U. P. I. G. O.

A petición del profesor Wilh Schultz, de Hamburgo, el V Conreso de la «Unión Profesional Internacinal de Ginecólogos y Obstetras», que debía celebrarse durante el mes de mayo, queda aplazado para los días 19 al 22 de septiembre, por el deseo de la Sociedad de Ginecología alemana del oeste, de agrupar este congreso con una reunión internacional científica.

APARCAMIENTO LIBRE PARA LOS MEDICOS FRANCESES

Una disposición del Ministerio del Interior autoriza a los médicos para aparcar su automóvil —con la contraseña profesional— en cualquier lugar, a cualquier hora y por todo el tiempo preciso para su cometido profesional, siempre que su vehículo no interrumpa el tránsito. Anteriormente, las autoridades eran ya muy benignas con los médicos y sus multas eran canceladas directamente a simple escrito de reclamación del interesado.

JORNADAS GINECOLOGICAS DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Bajo la presidencia de honor del doctor Luque y del profesor Villar, de Bordeaux, se anuncian estas Jornadas en Royan, del 23 al 26 de mao de 1963. En ellas se tratará como tema general «La acción del mar y el sol en la mujer», y se visitarán los establecimientos termales y marítimos de Royan y Rochefort, habiéndose preparado un aradable programa de actos sociales y excursiones.

La inscripción (80 F.), debe enviarse al tesorero de la S. F. de G., doctor Mestier du Bourg, 11, Rue de Soutay, París, 16.

Para informes y alojamiento, dirigirse al secretario general de S. F. G., doctor G. Fayolle, 23, Rue des Martyrs, París, 9.

XX CONGRESO DE LA SOCIETE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

Tendrá lugar en Roma, del 14 al 21 de septiembre, bajo la presidencia del profesor Ochsner, de Nueva Orleáns. Las sesiones se celebrarán en el «Hotel Cavalieri Hilton», Monte Mario, Roma.

Informes y programas pueden solicitarse al secretario general, doctor P. Martín, 43, Rue des Camps Elysées, Bruxelles, 5.

EL 50 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ITALIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Tendrá lugar, en Génova, del 28 de septiembre al 1 de octubre de 1963.

Los temas a desarrollar son: «La recidiva del carcinoma uterino», por el profesor M. S. Massazza, director de la Clínica Universitaria de Milán; «Inmunología y embarazo», que será expuesto por el profesor M. Tortora, director de la Clínica Universitaria de Ferrara.

Se han proyectado excursiones y cruceros por las costas de la Riviera del Poniente y de Levante, un espectáculo teatral, una recepción y cena de gala en un moderno paquebote y otros actos complementarios.

Informes al doctor Ettore Debiasi, Secretaría: Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Universita. Policlínico San Martino. Génova.

UN CIRUJANO SOVIETICO CONVERTIDO EN OBISPO

La prensa de Turin refiere la singular conversión del cirujano soviético profesor Volno-Jasenetskij, que por sus notables trabajos de técnica quirúrgica mereció la más alta recompensa de la U. R. R. S. en 1946, el Premio Stalin.

El mismo refiere cómo le impresionó la lectura de una edición del Nuevo Testamento, que le regaló el director de un Liceo, al cual le daba derecho a entrar la posesión de su diploma.

Un día, siendo director del Hospital de Taskent, pronunció una apasionada conferencia ante una asamblea del clero ortodoxo local y de los fieles, sobre la misión del médico. Al terminar, el Arzobispo local, cogiéndole amistosamente del brazo y mirándole fijamente a los ojos, le dijo: «Usted debería hacerse sacerdote». En domingos sucesivos, el «Premio Stalin» fue ordenado diácono y después sacerdote, recibiendo al cabo de tres años la consagración episcopal.

Hoy el profesor Volno-Jasenetskij ha llegado a ser un brillantísimo predicador y un valiente conferenciante, y a pesar de sus ochenta años sigue siendo un fácil expugnador de los «sin Dios», habiendo llevado a cabo una gran labor en defensa y difusión de la fe.

LA HORA MORTAL MAS PELIGROSA PARA LOS PARISIENSES

Diversos incidentes mortales en las primeras horas de la noche hacían pensar que la circulación nocturna, especialmente después de la medianoche, sería la más peligrosa para los parisienses. Pero las estadísticas han venido a demostrar que es entre las dieciocho y las diecinueve horas cuando se da un número mayor de accidentes mortales: treinta y cinco muertos y nueve mil quinientos heridos en 1961; vienen después las veinte y veintiuna horas, con veinticinco muertos; las diecinueve y veinte, con veintidós fallecidos, y después, las veintidós y veintitrés, con veinte muertos, para caer a ocho entre las veintitrés y veinticuatro, ascendiendo de nuevo a once entre las doce y la una.

Los peatones son los más expuestos a estos mortales accidentes, ciento cuarenta muertos en un año, de trescientos treinta y seis accidentes ocurridos; siguen a éstos los ciclistas y motoristas, con ciento veintiocho muertos, y los automovilistas, con sesenta y ocho, de los cuales treinta eran conductores y los restantes pasajeros.

LOS MAYORES CENTROS MEDICOS DEL MUNDO

El centro médico mayor del mundo es el «District Medical Centre», de Chicago, que cubre 193 hectáreas y comprende cinco hospitales, con un total de 5.600 camas y ocho escuelas médicas en las que estudian 3.600 alumnos.

El mayor hospital de medicina general del mundo es el «King County Hospital Center», de Brooklyn, con 3.451 camas. Y la mayor maternidad, la «Kerdang Kerban Governement Maternity», de Singapur, que registra más de 37.000 nacimientos anuales; unos 700 semanales.

MASCARILLA DE PAPEL PARA HOSPITALES

Una firma británica fabricante de vendajes quirúrgicos ha producido un nuevo artículo que se afirma será de gran valor para hospitales y sanatorios. Se trata de una mascarilla de papel —una vez usada, se destruye— que ha sido ensayada satisfactoriamente por espacio de año y medio en los laboratorios de Sanidad y departamentos patológicos. La mascarilla ha sido empleada por los cirujanos durante las intervenciones quirúrgicas.

La firma fabricante asegura que el coste será, naturalmente, inferior al de otros modelos parecidos que se usan una sola vez. Con la nueva mascarilla se reduce considerablemente el riesgo de infección. Se ha registrado su diseño y la patente se halla en trámite.

NUEVO SISTEMA PARA LIMPIAR AGUJAS HIPODERMICAS

De interés para hospitales e instituciones similares es un moderno dispositivo para limpiar el interior de las agujas hipodérmicas y otros mecanismos delicados, por el procedimiento ultrasónico. Las agujas se sumergen en una vasija llena de un líquido limpiador, combinado con un generador ultrasónico. La energía de éste se transmite al flúido, produciendo una frotación que limpia el interior de la aguja. El dispositivo ha sido probado en el Hospital de Portsmouth, donde ha venido limpiando agujas hipodérmicas al promedio de mil por hora.

RADIOACTIVIDAD Y SALUD

En la revista científica británica «Nature» apareció hace algún tiempo un artículo de un biólogo soviético llamando la atención sobre el hecho de que todo organismo debe tener un medio de defenderse contra la radioactividad, porque él mismo es radioactivo; en efecto, el potasio, que es radioactivo, es un constituyente esencial de toda célula viviente. Varios investigadores británicos han efectuado laboriosos experimentos para determinar si las radiaciones adicionales, imputables a las explosiones nucleares de prueba, pueden afectar y hasta qué punto, la salud de los hombres. Las investigaciones británicas revelan que la defensa del organismo consiste en una verdadera regulación de la radioactividad, comparable, por ejemplo, a la regulación del azúcar en la sangre; de la misma manera, el organismo elimina la mayor parte de los cuerpos radioactivos y no conserva más que una pequeña fracción. Es posible que algún día incluso llegue a demostrarse que la radioactividad que el organismo no elimina cumple una función esencial. Esto en cuanto a la radioactividad natural de los alimentos, que parece ser trescientas veces más fuerte que la radioactividad del estroncio-90, procedente de las cenizas atómicas. Las investigaciones han sido realizadas por el profesor Mayneord, por el doctor Turner y por el doctor Radley, del Instituto del Cáncer de Londres; y para ello ha habido que perfeccionar los aparatos técnicos para medir con toda exactitud la radioactividad natural de los alimentos y también la del organismo humano.

CURSO INSTRUCTIVO DE ALERGIA

En los días 30 y 31 de mayo, 1 y 2 de junio del presente año, se celebrará el curso de alergia (esta vez en colaboración con la Asociación de Alergia e Inmunología de la A. C. M.), y que tendrá lugar por las mañanas en el auditorio de la cátedra de Patología General, y por las tardes en la Academia de Ciencias Médicas (Vía Layetana, 31).

Aparte de las conferencias inaugurales y de la de clausura del profesor doctor A. Fernández Cruz, y de las extraordinarias del profesor Cabanieu, de la Facultad de Medicina de Burdeos, y de los doctores M. Damas Mora, de Lisboa, y P. Zerbib, de Toulouse, profesor Daufi y doctores J. Viñas Riera y J. Farrerons-Có, se desarrollará el curso en forma de symposium, coloquios y seminarios, en que tomarán parte los más destacados especialistas en el campo de la alergia, neurología, otorrinolaringología y dermatología.

Los temas a tratar son los siguientes:

1.° Aspecto teórico de la alergia.

2.° Aspecto práctico de la alergia

a) Symposium: Causas etiológicas del asma bronquial.

b) Seminario: Alergia nasal.

c) Symposium: Pruebas funcionales respiratorias.

d) Symposium: Dermatología.

e) Coloquio: Tratamiento actual del asma.

La conferencia de clausura, por el profesor A. Fernández Cruz, se celebrará en un hotel de la Costa Brava, y versará sobre «Clínica y tratamiento de las enfermedades llamadas "de grupo celular prohibido"».

Los derechos de inscripción son de 100 pesetas, y estará prevista la visita a laboratorios farmacéuticos.

Para más detalle, dirigirse al doctor Farrerons-Có (organizador del curso), Departamento de Alergia, Cátedra de Patología General, Facultad de Medicina de Barcelona, o a su Instituto, Consejo de Ciento, 343, Barcelona.

Están previstas prácticas, tanto de alergia como broncoscopias, para aquéllos que así lo deseen.

ZARAGOZA, 15 MAYO 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

ACTOS EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 30 de abril, bajo la presidencia del doctor Francisco Oliver, acompañado de los doctores Noailles y Horno Liria, tuvo lugar una solemne sesión, en la que el doctor don Manuel Suárez, catedrático de Pediatría y Puericultura de la Universidad de Sevilla, pronunció una documentadísima y excelente conferencia sobre «Problemas actuales en el tratamiento de la meningitis tuberculosa», que fue seguida con gran atención por los numerosos médicos que llenaban el local, y que premiaron con calurosos aplausos su magnífica lección.

Nuevamente, el día 9 del corriente se celebró otra sesión científica, en la que actuó primeramente el doctor Fernando Solsona, miembro corresponsal, recientemente laureado por esta Corporación, que expuso con gran erudición y una completísima parte gráfica, el tema «Exploración de las enfermedades del tiroides por el iodo radioactivo», analizando sus fundamentos fisiológicos, su patología y el esquema de tratamiento aplicando las técnicas llevadas a cabo en el Instituto de Isótopos Radiactivos de la Universidad de Marsella, donde el conferenciante ha estado pensionado por el Ministerio de Educación Nacional.

Intervinieron en la discusión los doctores Marín Górriz, Mateo Tinao y Horno Liria.

En la segunda parte de la sesión intervino la doctora María Victoria Quadras-Bordes, de Barcelona, también académico corresponsal de Zaragoza, que expuso el tema «Anomalías genitales», presentando un caso recientemente observado y tratado personalmente en el Hospital de San Pablo, cuya historia clínica detalló, aportando una interesante parte gráfica.

En la discusión intervinieron para felicitarle y aportar datos y consideraciones, los doctores Ramón y Cajal, Roncalés, Horno Liria y Respaldiza, cerrando el acto, con acertadas consideraciones, el presidente de la Real Academia, doctor Oliver.

CONFERENCIA DEL PROF. COURTOIS EN LA CATEDRA DE FISIOLOGIA DE ZARAGOZA

Invitado por el decanato de la Facultad de Medicina de Zaragoza y por la cátedra de Fisiología de la misma, que dirige el profesor Andrés Pié, el profesor Jean Emile Courtois pronunció el pasado día 26 de abril una documentada disertación sobre el tema «Les applications de la chromatographie à l'étude de la biochimie des glucides», que fue seguida con el mayor interés por su brillante exposición y la importancia de sus experiencias personales.

La personalidad del profesor Courtois, doctor en Farmacia y Ciencias Químicas, catedrático de Bioquímica de la Facultad de Farmacia de París, miembro de la Comisión de Química Biológica del Centro Nacional de Investigación Científica, miembro de la Academia de Farmacia, presidente de la Sociedad de Biología Clínica y secretario general de la Sociedad de Química Biológica, es ya de todos conocida, por tratarse de una de las figuras más destacadas de la Bioquímica francesa.

Debe agradecerse esta visita al Gobierno francés, que ha costeado el desplazamiento del profesor Courtois, tras una acertada gestión de M. Claude Colin, agregado cultural de la Embajada francesa en España.

IMPOSICION DE LA MEDALLA DEL TRABAJO AL DR. MARQUINEZ

El día 1 de mayo le fue impuesta a don Modesto Marquínez Isasi, relevante personalidad farmacéutica, vocal de la junta económica del Sindicato Provincial de Industrias Químicas, presidente honorario del Colegio Oficial de Farmacéuticos y académico de la Real de Medicina de Zaragoza, la Medalla al Mérito en el Trabajo, en su categoría de plata, que le ha sido otorgada a propuesta del Sindicato de Industrias Químicas.

El acto de la imposición se efectuó en los locales de la empresa donde el interesado presta sus servicios en calidad de gerente, «Laboratorios Infar, S. A.». El acto, en el que intervino el Delegado Provincial del Trabajo, se vio muy concurrido.

HOMENAJE AL DR. MARCO CUERVO

El día 19 de abril le fue ofrecida por el personal sanitario del S. O. E. una comida homenaje de despedida al doctor Teógenes Marco Cuervo, con motivo de su cese al frente de la dirección de la Residencia Sanitaria «José Antonio». El acto resultó muy cordial.

NUEVO PUERICULTOR DEL ESTADO

En recientes oposiciones celebradas en Madrid ha obtenido plaza de médico puericultor de los servicios sanitarios del Estado, el doctor Manuel Becana Crusellas, distinguido pediatra zaragozano.

ASAMBLEA NACIONAL DE ORTODONCIA

Durante los días 30 de abril al 2 de mayo, se han celebrado en nuestra ciudad los actos organizados por los odontólogos con motivo de la IX Reunión Nacional de Ortodoncia, que ha agrupado un numeroso grupo de profesionales.

El comité organizador, presidido por D. José Lobera Rubio, preparó un variado programa que culminó en un acto de hermandad en el «Hostal el Ciervo», al cual asistieron las autoridades sanitarias locales.

Las intervenciones con motivo de ponencias y comunicaciones han resultado muy brillantes, constituyendo un éxito para los odontólogos zaragozanos.

SEMINARIO MEDICO MILITAR DE LA QUINTA REGION

El día 7 del corriente, en el Hospital Militar d la plaza, y bajo la presidencia del inspector médico jefe de Sanidad Militar de la Región, Excmo. Sr. D. Antonio Amor Tejedor, celebró este Seminario su acostumbrada sesión, en la que hizo uso de la palabra el teniente médico don Tomás Antona Leal, quien disertó sobre el tema «Calcinosis».

Terminada su disertación intervinieron en animada discusión los doctores Calvo, Chamorro, Vilaret, Mozota, Olivares, Lesta, Herrera, Lesta, Herrera y Quintana, a quienes contestó muy acertadamente el conferenciante y, finalmente, el General Amor Tejero felicita al conferenciante, dando fin al acto.

SE CLAUSURO EL III CURSILLO TEORICO-PRACTICO DE URGENCIA OBSTETRICA

Como en años anteriores, organizado por la Sociedad Ginecológica Española (Sección del Ebro), en colaboración con el S. O. E., de Zaragoza, ha tenido lugar un nuevo cursillo teórico-práctico de urgencia obstétrica, orientado hacia el médico rural.

El cursillo dio comienzo el día 14 de abril, desarrollándose el siguiente programa:

Día 14 de abril: «Exploración de la embarazada», por el doctor Horno Liria (M.), secretario de la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española.

Día 20: «Exploración de la parturienta», por el doctor Savirón Feliu, jefe clínico del S.O.E. y vicepresidente de la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española.

Día 21: «Asistencia al parto normal», por la doctora Alvarez Domínguez, ayudante de equipo de Tocología del S. O. E.

Día 27: «Hemorragias de la primera mitad del embarazo», por el doctor Roncalés Cativiela, jefe clínico del S. O. E. y miembro de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Día 28: «Hemorragias del último trimestre del embarazo», por el doctor Horno Liria (R.), secretario de la Real Academia de Medicina de Zaragoza y jefe clínico del S. O. E.

Día 4 de mayo: «Sufrimiento fetal», por el doctor Ramón Abelló.

Día 5: «Las versiones», por el doctor Martínez Bazán, jefe clínico del S. O. E. y tesorero de la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española.

Día 11: «Hemorragias del alumbramiento», por la doctora Gómez Salinas, ayudante de equipo de Tocología del S. O. E.

Día 12: «Gestosis del tercer trimestre del embarazo», por el dotcor Teixeira Gracianeta, jefe clínico del S. O. E. y director de la Maternidad Provincial de Zaragoza.

El cursillo fue clausurado por el profesor Jiménez González, jefe clínico del S. O. E. y presidente de la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española, entregándose después a los participantes el correspondiente diploma de asistencia.

MUTUA DE ACCIDENTES DE ZARAGOZA

En la Mutua de Accidentes de Zaragoza tuvieron lugar dos conferencias a cargo de los doctores don Jaime Planas Guasch, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora, y don Ramón Soriano García Garcés, secretario de la Sociedad Española de Traumatología, sobre los temas «Cirugía de los tendones de la mano» y «Fractura de los platillos tibiales».

DIVERSAS

UN DISCO PARA LOS CARDIOLOGOS

Una sociedad alemana de distribución de discos ha lanzado uno en el que están registrados, en microsurco, los latidos de un corazón. El registro comprende, en efecto, los latidos de un corazón humano normal; después, los ruidos característicos consecutivos de un cierto número de lesiones cardíacas, con comentarios para cada caso. Este disco está destinado a los médicos jóvenes y a los estudiantes de Medicina, y les permitirá familiarizarse con casos que raramente se presentan en el ejercicio de su profesión.

EL 303 SUICIDA DE LA TORRE EIFFEL

La torre Eiffel, cuya silueta es tan conocida y característica, ha servido con sus terrazas y miradores para los propósitos suicidas de 303 infelices, que han atentado contro su vida lanzándose al espacio desde sus plataformas, desde las que se divisa todo París.

La tercera plataforma de esta torre ha visto en estos días su sexto suicida, mientras que desde el año de su construcción en 1889, se cuentan 61 suicidios de la segunda plataforma y 236 de la primera, lo cual constituye una cifra nada envidiable en estas rachas de atentados contra la vida.

ESTADISTICA DE HIJOS ILEGITIMOS

Una reciente estadística sobre el nacimiento de hijos ilegítimos, coloca a Francia en el cuarto lugar de la lista mundial, con el 6'7 por ciento. En cabeza figura Austria (15'5 por ciento), después Suecia (9'8 por ciento), y luego Alemania (7'7 por ciento).

En Francia, la zona de la capital ofrece la tasa más elevada de nacimientos ilegítimos, que representan un 12 por ciento en el año 1961. Durante ese período hubo de 50 a 60.000 muchachas-madres, de las cuales el 13 por ciento no tenían todavía los 20 años, y el 38 por ciento no alcanzaban los 24. Pavoroso problema fue muestra el fracaso moral y religioso de gran parte de la juventud actual.

ANTE LAS IV JORNADAS MEDICAS ARAGONESAS

Durante los próximos días 18 al 22, tendrán lugar las IV Jornadas Médicas Aragonesas, que este año quieren tener también por marco a Huesca y Teruel, las provincias hermanas.

Ha quedado ya ultimado el programa general a desarrollar, y son numerosísimos los médicos inscritos y las comunicaciones presentadas. Se anuncia también la participación de varios profesores extranjeros.

La labor de preparación llevada a cabo por el secretario, general, doctor Fernando Zubiri, ha sido activísima, y se ha dado una intensa información, tanto a la prensa como a los médicos, a través de varias hojas informativas, impresas esmeradamente.

Como ya es sabido, se dsearrollarán siete ponencias, cuyos títulos y autores son los siguientes:

1.ª ponencia: «Arterioesclerosis», por el profesor doctor don Enrique de la Figuera y de Benito y el doctor don Joaquín Aznar García. El aspecto quirúrgico de esta ponencia será desarrollado por el profesor doctor don Diego Figuera y Almerich.

Colaborarán a esta ponencia los doctores don Gabriel Guillén y don Leopoldo Ossorio.

2.ª ponencia: «Higiene mental», por el profesor doctor don Valentín Pérez Argilés y los doctores don Ramón Rey Ardid, don Amadeo González Fabregat y don Martín Vilaret Ribas.

3.ª ponencia: «Cirugía de las comunicaciones intracardíacas», por los doctores don Ricardo Malumbres Logroño y don Mario Castro Lloréns.

4.ª ponencia: «Etiopatogenia y tratamiento del vértigo», por los doctores don José María Bermejo, don José Manuel García Esteras y don Santiago Ucar.

5.ª ponencia: «Hepatopatías en la infancia», por los doctores D. Jaime Dolset Chumilla, don Luis Boné Sandoval y don Luis Ros Lavín.

6.ª ponencia: «Injertos óseos», por los doctores don Luis Pérez Serrano, don Carlos Vázquez Alvarez y don José María Gómez Beltrán.

7.ª ponencia: «Pseudoapendicitis», por los doctores don Francisco Romero Aguirre, don Jesús Faro Moreno, don Angel Duplá Marco, don Antonio Ramón y Cajal Vinós, don Ramón Celma Delgado y don Antonio Abel Ramiro.

El plazo de inscripción para las Jornadas quedará cerrado improrrogablemente el día 15.

Para todas las cuestiones relacionadas con las Jornadas deben dirigirse al doctor don Fernando Zubiri Vidal, secretario general de las mismas, de doce a dos y de siete a nueve de la tarde, quien les atenderá en la Institución «Fernando el Católico», Palacio Provincial, Plaza de España, 2, Zaragoza.

INSTITUCION «FERNANDO EL CATOLICO»

En la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», pronunció una conferencia, el día 30 del pasado abril, el doctor Emilio José Rosel Sáez, que trató sobre el tema: «Presencia de la Medicina Española en el Perú. Réplica a un estadista».

EL DR. NOAILLES PUYOL, EN LA SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA



El día 25 de abril, en la sesión reglamentaria celebrada por la Sociedad Ginecológica Española (Sección del Ebro), pronunció una interesante conferencia sobre el tema «Algunas consideraciones sobre mortalidad perinatal», el distinguido pediatra zaragozano D. Antonio Noailles Puyol, jefe del Servicio Infantil de la Residencia del S. O. E.

CONFERENCIAS DEL DOCTOR HORNO LIRIA EN LA JEFATURA DE SANIDAD

En el pasado mes, nuestro director, D. Ricardo Horno Liria, intervino en los cursos de perfeccionamiento para profesionales, organizados por la Jefatura Provincial de Sanidad, pronunciando una conferencia sobre: «El problema sanitario-social de la maternidad y de la infancia», en el curso para Diplomados de Sanidad, y otra sobre: «Lucha contra la mortalidad maternal e infantil y aplicaciones al medio rural», para los médicos del Escalafón B.

LA CATEDRA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE ZARAGOZA, A CONCURSO

Por el «Boletín Oficial del Estado» del 16 de abril se convoca concurso, entre catedráticos numerarios de la misma asignatura, en activo servicio o excedentes, y los que hayan sido titulares de la misma asignatura por oposición y en la actualidad lo sean de otra distinta, para la provisión en propiedad de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología.

SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRIA

Esta Sociedad celebró sesión el día 26 de abril, en el Colegio de Médicos, con arreglo al siguiente orden del día:

Primero: Información sobre la creación y fines de la Asociación Aragonesa de Subnormales, por el profesor doctor don Luis Azúa Dochao.

Segundo: Continuación de la comunicación presentada por el doctor don Carlos Antolín, sobre «Estado actual de la Odontología infantil».

D. MARIANO HORNO, EN «CALIBO»

En el club «Calibo» pronunció una brillante conferencia de divulgación científica, sobre el tema «La Obstetricia de nuestro tiempo», el doctor don Mariano Horno Liria, que fue muy aplaudido y felicitado.

CONFERENCIA
DEL DR. COLMEIRO LAFORET

En la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo pronunció una notable conferencia sobre «Aumento de la población mundial», el distinguido ginecológico doctor Colmeiro Laforet.

III REUNION DE LAS SECCIONES DE LAS SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE CASTILLA Y NOROESTE DE ESPAÑA

Patrocinada por la Universidad de Salamanca, Gobierno Civil, Diputación Provincial, Ayuntamiento, Jefatura de Sanidad y Colegio de Médicos, tuvo lugar esta reunión en Salamanca, durante los días 29 de abril al 1 de mayo, con arreglo al siguiente programa científico:

Profesor Novo González (Santiago), conferencia sobre «Disfunción placentaria»; profesor Usandizaga (Salamanca), «Las hemorragias funcionales juveniles».

En ella se presentaron y discutieron las siguientes comunicaciones:

«Importancia de la caracterización neoplásica de la terapéutica del carcinoma cervical», por el doctor Angel García Hernández (Salamanca).

«Hipófisis y barbitúricos en el embrión de "Gallus Domésticus"», por el profesor Gómez Bosque y los doctores Valverde y Carreas (Valladolid).

«Suprarrenales y barbitúricos en el embrión de "Gallus Domesticus"», profesor Gómez Bosque y doctores Valverde y Carreras.

«Sarcoma uterino», por el doctor Luis Vega (Astorga).

«Carcinoma de ovario infantil», por el doctor J. L. Pérez Lezama (Oviedo).

«Parásitos soprofíticos en epitelio uterino», por los doctores Jabonero y P. Lezama (Oviedo).

«Un caso de torsión anexial», por el doctor E. Junceda Avello (Oviedo).

«Hemangioma de la uretra femenina», por el doctor Junceda Avello (Oviedo).

«La placenta previa. Aspectos diagnóstico y terapéutico», por el doctor Junceda Avello (Oviedo).

«Los ultrasonidos en Ginecología», por los doctores César Fernández-Ruiz y G. Rodríguez Villa (Palencia).

«Aportación de nuevos casos de disovarismo tratados con radioterapia estimulante de hipófisis», por los doctores Fernández-Ruiz y Rodríguez Villa.

«Nuestra experiencia sobre la cirugía ginecológica de la mujer vieja», por los doctores Fernández-Ruiz y Rodríguez Villa.

«Técnica del parto dirigido con aspiración y analgésico con thiobarbital.» Película, por los doctores Fernández-Ruiz y Rodríguez Villa.

«Caracteres biológicos y clínicos de la micosis vaginal», por el doctor García Allen (Santiago).

«Douglasectomía», Película, por el doctor V. Beato (Burgos).

«El citodiagnóstico en el cáncer endometrial», por el doctor Otero (Santiago).

«Malformacions fetales. Aportación de un caso de intensa otocefalia», por los doctores Otero y Varela (Santiago).

«La inserción placentaria y su localización con isótopos radiactivos», por el doctor A. Calvo (Santiago).

«Valor clínico de la electrocardiografía fetal», por el doctor Fontoira García (Santiago).

«Nuestra metodología con telecobaltoterapia en el cáncer del cuello uterino», por el doctor Ferreriros (Santiago).

«Criterio tocológico sobre tratamiento operatorio de las embarazadas con estrechez mitral», por el doctor M. Tafall (Ferrol).

«Analgesia con thiobarbital en el parto», por el doctor Nieto Moya (Ferrol).

«Estado actual del tratamiento en los procesos inflamatorios de los anexos», por el doctor J. Población (Salamanca).

«Inervación uterina», por el doctor Jabonero (Oviedo).

CONGRESOS

III CONGRESO GENERAL DE LA UNION MEDICA MEDITERRANEA

La Unión Médica Maditerránea prepara su III Congreso General, con la participación de las Sociedades de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Urología, Estomatología y Farmacia.

La reunión se celebrará en el Palacio Municipal de San Sebastián, durante los días 3, 4 y 5 de junio próximo.

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología ya está ultimando su programa científico, en el que se incluyen, para ser tratados y discutidos en mesa redonda, y en forma de ponencias y comunicaciones, los siguientes temas de estudio:

Primera sesión: discusión en mesa redonda sobre el tema «Incompatibilidad materno-fetal Rh y ABO» (conjuntamente con la Sección de Pediatría). Presidencia: profesor Lacomme (París).

Segunda sesión: «El metabolismo hidrocarbonado en el embarazo». Ponente: profesor Quinto (Bolonia).

Tercera sesión: «Dismenorrea». Ponentes: profesores Cónill (Barcelona), Salvatierra (Granada), Usandizaga (Salamanca) y Recaséns (Cádiz).

Cuarta sesión: comunicaciones libres.

Como complemento de esta reunión, el Comité Organizador de San Sebastián prepara la celebración de numerosos actos sociales, así como una excursión por el País Vasco.

Todos los médicos españoles quedan cordialmente invitados a asistir a nuestro Congreso y a participar activamente en sus tareas científicas. Estamos seguros que ello nos deparará una excelente oportunidad para saludar a un extenso grupo de colegas franceses e italianos que nos honrarán con su presencia, y nos ofrecerá la ocasión de efectuar un intenso intercambio de conocimientos científicos.

Las inscripciones, intervenciones y títulos de las comunicaciones deben remitirse, antes del 15 de mayo próximo, a la secretaría general del Congreso: Dr. M. Garriga Roca, avenida Generalísimo, 497, Barcelona.

VIDA MÉDICA NACIONAL

HOMENAJE AL DR. MARTIN LAGOS

Los alumnos de la Facultad de Medicina de Madrid rindieron homenaje al profesor don Francisco Martín Lagos, director del Hospital Clínico e impulsor de la construcción de éste.

Los actos comenzaron con un acto académico, en el que el delegado del S. E. U. hizo la exaltación del homenaje. A continuación, el doctor Carbonell pronunció una lección en la que resaltó la labor científica y docente del profesor Martín Lagos, y el tenaz empeño con que éste ha luchado hasta ver finalizadas las obras del Hospital. El jefe nacional del S. E. U., don Rodolfo Martín Villa, impuso al homenajeado el Víctor de Plata.

Después de la lección magistral pronunciada por el profesor Martín Lagos, fue descubierta en el aula primera del Hospital Clínico una placa conmemorativa en mármol y bronce, y leyó unas palabras el alumno Sr. Alonso Montero.

Finalmente se celebró una comida homenaje en el «Hotel Victoria», que estuvo presidida por el decano de la Facultad de Medicina, doctor Velázquez; el director general de Sanidad, doctor García Orcoyen; el secretario de la Facultad de Medicina, don Fernando de Castro, y don Daniel Regalado, jefe del S. E. U. del distrito universitario de Madrid, y numerosos catedráticos.

EXITO DE LA CUESTACION EN MADRID PARA LA «LUCHA CONTRA EL CANCER»

El día 9 se celebró en la capital de España la jornada de la cuestación organizada por la «Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer», que preside la marquesa de Villaverde.

Las recaudaciones han sido muy lucidas; entre otros, los «Laboratorios Carlo Erba», de Milán, entregaron un millón de pesetas en donativos.

El objetivo de la cuestación ha sido cumplido, pues superan los quince millones de pesetas de la recaudación del año pasado. Es la generosa contribución del pueblo madrileño, tan gentilmente solicitada, a la campaña de la lucha contra el terrible mal.

EL DR. CASTROVIEJO, ENFERMO

El doctor don Ramón Castroviejo, que había vuelto a Bilbao procedente de Madrid, sufrió en el hotel donde se hospedaba una indisposición, por lo que tuvo que ser trasladado a una clínica, donde se le apreció un ataque de pancreatitis aguda. La gravedad de su estado hizo necesaria una operación, siendo atendido por los doctores Casas, Duarte, Obregón y Goti.

El estado del ilustre oftalmólogo, aun persistiendo la gravedad, ha experimentado notable mejoría.

Al extenderse la noticia se han recibido telegramas y llamadas en gran número, interesándose por la salud del doctor Castroviejo, a quien deseamos sinceramente una total y rápida mejoría.

SESION CIENTIFICA EN LA ACADEMIA DE CIRUGIA

La Academia de Cirugía, bajo la presidencia de los doctores Vara López, Casanova Seco y Rementería, ha celebrado sesión científica, en la que el señor Raso Díez de Ulzurrun disertó sobre «Interés de la electromiografía en neurocirugía». Después de señalar el fundamento de este novísimo método de exploración, practicado por el conferenciante en la clínica del doctor Isch, de Estrasburgo, precisó sus aplicaciones en el diagnóstico de las parálisis periféricas, así como la posibilidad de establecer un juicio precoz sobre la regeneración de un nervio desver, dada la utilidad del método, todavía en su fase inicial. Dado lo interesante del tema, el doctor Raso fue muy aplaudido por los asistentes al acto.

EDUCACION SANITARIA EN CIUDAD REAL

Se ha celebrado en Ciudad Real una campaña piloto de educación sanitaria de la población rural, a través de las escuelas. Intervinieron el Inspector General de Enseñanza Primaria, Sr. Gil Alberdi, y el doctor Sáiz Moreno, jefe provincial de Veterinaria, con asistencia del gobernador civil de la provincia.

LA VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA

La Sociedad de Pediatría de Madrid, que preside el catedrático y académico don Ciriaco Laguna Serrano, ha tratado en mesa redonda el tema de la vacunación contra la poliomielitis. Según las conclusiones de una encuesta científica, que fueron dadas a conocer, queda demostrada la eficacia de la vacunación hasta ahora realizada con la vacuna «Salk», y la necesidad de continuarla. El doctor Torres Goet, director del Hospital del Rey, indicó la necesidad de los remitidos controles de las vacunas, que sean analizadas, y dijo que tanto la «Salk» como la tipo «Sabín» son igualmente eficaces, y que lo decisivo es vacunar. Expusieron también sus criterios los doctores Arias, Cano, Valls, Clavero y Olaizola. El doctor Laguna Serrano, que actuó de moderador, analizó las ventajas y los inconvenientes de los distintos tipos de vacunación y señaló «la indudable eficacia» de la tipo «Salk», que ha hecho descender en un país como los Estados Unidos, cifras que sobrepasan la de cincuenta y ocho mil casos en un año, a tan sólo mil en 1962. Añadió que «no se puede discutir tampoco la eficacia de la tipo "Sabín", con virus vivos atenuados, que no sólo son eficaces, sino también inocuos», y que «en todo caso los niños pueden ser vacunados con los tres tipos "Sabín" con eficacia». Lo que es indudable —concluyó afirmando el profesor Laguna Serrano— es el beneficio que la pob'ación española ha de encontrar en la puesta en marcha de esta amplia campaña de vacunación.

BENDICION DE LOS NUEVOS LOCALES DE «PUBLICIDAD MEDICA GARSI»

Por el Excmo. y Rvdmo. Sr. Arzobispo de Sión, Dr. Muñoyerro, han sido bendecidos los nuevos locales de esta agencia amiga, que tan demostrado tiene su afecto por nuestra publicación y su inquietud de renovación y servicio a la prensa profesional y laboratorios.

Al acto asistieron, entre otros, los académicos de la Real de Medicina doctores Carro (vicepresidente), Matilla (secretario), Luque, Cortezo y Laguna; el decano de la Beneficencia los doctores Muñoz Calero, Nazario Díaz, Marín Provincial de Madrid, doctor González Bueno; Amat, Martínez Díaz, Hidalgo Huerta, Nogueras, Colomer, Vega (académico de la Real de Farmacia), Laborde, Ramón Martínez, Oliver



Pascual, Mogena, Schüssler, Passigli, Fermoso, Práxedes, Massons, Paz Montalvo, Vega (hijo), Magaz, Picazo, etc., directores de revistas de Medicina, Farmacia y Veterinaria, administradores de publicaciones profesionales y representantes de las artes gráficas y de la industria químico-farmacéutica.

Con tal motivo se inauguró una exposición de treinta y tres magníficos dibujos sobre Historia de la Medicina, que el genial dibujante Mingote ha hecho expresamente para «Publicidad Médica Garsi». El Sr. Mingote, que asistió a la inauguración, fue muy felicitado por todos los asistentes, dado el gran acierto de ambientación y realización que ha conseguido en sus treinta y tres cuadros.

La exposición podrá ser visitada por médicos y representantes de la prensa profesional y laboratorios.

Felicitamos muy cordialmente al Sr. García Sicilia por el acierto y modernización de sus instalaciones, en las que le deseamos toda suerte de prosperidades.

LA CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA

La Dirección General de Sanidad sigue actualmente su campaña de inmunización con vacuna «Salk», cuyos resultados de carácter individual son satisfactorios, y celebra las colaboraciones que en esta obra de prevención realizan otras instituciones, algunos organismos locales y en mayor escala el S. O. E. En conclusión, la Dirección General de Sanidad se cree finalmente en el deber de rechazar toda información que signifique duda sobre la conveniencia de la utilización de la vacuna «Sabín», ratificándose en el criterio expresado en su propuesta del texto de la Orden de fecha 26 de enero.

MANIFESTACIONES DEL DR. BOSCH MARIN, EN EL CLUB DE PRENSA

El Dr. D. Juan Bosch Marín, académico de Medicina y Jefe de Puericultura de Sanidad Nacional, dio una conferencia de prensa acerca del tema «Venticinco años de acción sanitaria puericultora». El acto se celebró en el Club Internacional de Prensa, con asistencia del Dr. D. José Sierra, secretario general técnico de la Dirección General de Sanidad.

El doctor Bosch Marín se refirió a la trayectoria de la actividad sanitaria en beneficio de la infancia española, analizando tres momentos: primero, con anterioridad a 1937; en segundo lugar, desde entonces hasta el momento actual, y en último término, las perspectivas futuras. Dijo que al comienzo del siglo morían cien mil niños en el primer año de su vida; hoy no llegan a veinte mil. Entonces, cerca de cuatro mil mujeres perdían la vida con motivo de la maternidad; hoy no pasan de cien.

El doctor Bosch Marín aconseja, en beneficio de la infancia, una especial atención al niño recién nacido y prematuro; intensificar la Medicina preventiva y la de higiene mental y extender los servicios de rehabilitación y recuperación de niños deficientes.

RASGO DE UN MEDICO

El doctor don Manuel Gavilán Maña, perteneciente al Equipo de Tocología de la residencia sanitaria del Seguro de Enfermedad de Córdoba, fue avisado por la noche para que se presentara en dicho centro sanitario, donde se encontraba internada una enferma grave.

El doctor Gavilán salió inmediatamente de su domicilio camino de la residencia. En el trayecto sufrió una caída que le ocasionó la fractura del maléolo de la pierna derecha. Pese a su grave estado y los dolores que padecía, el facultativo logró llegar hasta la puerta de la residencia, desde donde inmediatamente pasó al quirófano, e intervino a la enferma, que se encontraba en situación muy grave. El doctor Gavilán, que tuvo que entrar en el quirófano en una camilla, permaneció en la misma hasta que, después de intervenir a la paciente, el doctor Infante hizo una aplicación de 1.200 c. c. de sangre a la paciente, que se recuperó. Más tarde, el doctor Gavilán fue asistido por sus propios compañeros de la residencia y trasladado a su domicilio.

Este acto del médico del Seguro de Enfermedad ha sido muy comentado y elogiado por todos los enfermos de la residencia sanitaria, recibiendo el doctor Gavilán múltiples manifestaciones de adhesión y gratitud por su magnífico comportamiento profesional.

BECAS DEL INSTITUTO BARRAQUER

Se pone en conocimiento de todos los médicos que deseen ampliar sus conocimientos en Oftalmología, que el día 1.º de abril ha quedado abierto un concurso de méritos para cubrir dos plazas de becario interno (residente), de este Instituto, de treinta y tres meses de duración, prorrogables por doce meses más.

La solicitud y demás documentos deben remitirse a esta entidad científica hasta el 30 de junio de 1963, en que quedará cerrado el plazo de admisión.

Para optar a dichas plazas deberán reunirse las condiciones mínimas exigidas por las normas de este Instituto, a saber: «...Poseer el título de licenciado en Medicina y Cirugía, o su equivalente extranjero; llevar un año de prácticas en la especialidad en una clínica o centro de solvencia científica, o tener conocimientos básicos de Oftalmología; ser propuesto por dos oftalmólogos de reconocido prestigio. Los concursantes deberán presentar cuantos méritos posean, considerándose como un mérito especial haber sido médico externo de este Instituto.»

PREMIOS

CONCURSO DE TRABAJOS OFTALMOLOGICOS PARA 1963, DEL INSTITUTO BARRAQUER

En el presente año se abre un nuevo concurso de trabajos científicos sobre temas oftalmológicos, en el que se concede un premio de diez mil pesetas.

Pueden optar a dicho premio todos los médicos españoles y extranjeros, sean o no miembros del Instituto, menores de cuarenta años. Quedan excluídos los componentes de la Junta Rectora del mismo.

El plazo de admisión termina el 31 de diciembre del corriente año.

Los trabajos deben ser inéditos, y pueden estar redactados en español, francés, inglés o alemán, debiendo llevar un resumen en francés e inglés de unas quinientas palabras.

A fin de respetar el anonimato, en los trabajos no deberá figurar el nombre del autor, e irán acompañados de un sobre cerrado, ostentando el lema de trabajo (una sola palabra) y conteniendo el nombre, apellidos y señas del autor.

Los originales deben ir escritos a máquina, a doble espacio, y en una sola cara, ostentando cada página, en la parte superior izquierda, el lema con el que se distinga el trabajo.

Las ilustraciones deben fijarse en una hoja del mismo tamaño que las demás, con el lema correspondiente.

El tribunal calificador de los trabajos presentados estará compuesto por la junta rectora, asesorada por la de publicaciones, siendo su fallo inapelable. El resultado del concurso se comunicará al agraciado después del 31 de enero de 1964, y el trabajo premiado será publicado en «Anales del Instituto Barraquer», quedando el original premiado propiedad del Instituto.

Dirigirse a: Instituto Barraquer, Laforja, 88, s/n., Barcelona.

CURSOS

V CURSO MONOGRAFICO DE GINECOLOGIA

Se celebró en Barcelona, del 6 al 12 de mayo de 1963, organizado por la Cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor doctor E. Gil Vernet, y el programa de lecciones establecido versará sobre los medios auxiliares de diagnóstico en Ginecología (colposcopia, laparoscopia, histerosalpingografías, linfografía, citología). Además de las lecciones, tendrán lugar varias conferencias magistrales, a cargo de los profesores doctores M. Usandizaga y A. García Hernández, y de los doctores J. Vanrell, Guy Epagno y S. Dexeus Font.

También se celebrarán dos mesas redondas: I: «Valor de la colposcopia, citología e histopatología en el diagnóstico del carcinoma uterino»; II: «Linfografía, urografía y laparoscopia en Ginecología».

El curso será eminentemente práctico, efectuándose en los laboratorios de citología y anatomía patológica, en los dispensarios de lucha anticancerosa, esterilidad y en el departamento de rayos X de la clínica.

Al finalizar el curso se entregará el diploma de asistencia.

Derechos de inscripción: 1.500 pesetas.

Para informes, dirigirse al doctor J. Royo, Cátedra de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Casanova, 147, Barcelona.

CURSO MONOGRAFICO SOBRE CARDIOPATIAS CONGENITAS

Este curso se celebrará en la Escuela de Cardioangiología de la Universidad de Barcelona, del 13 al 25 de mayo de 1963, siendo dirigido por el profesor Gibert-Queraltó, con la colaboración de los doctores Torner Soler, Balaguer Vintró, Paravisini, Casellas Bernat, Mayol Valls, Carrasco Azemar, Corrons Espinalt, Trilla Sánchez, Fort de Ribot, Duarte Mantilla, Simón Lamuela, Peret Riera, Bayés, Lozano y Vilalta.

Al finalizar el curso tendrán lugar cuatro conferencias extraordinarias a cargo de los doctores Jean Bret, de Lyon; F. Bouchard, de París; M. Iriarte Ezcurdia y C. Rodríguez de Azúa, de Bilbao.

Se darán dos lecciones diarias, dando comienzo a las doce horas, en el auditorio del Centro de la Lucha contra las Cardiopatías y el Reumatismo. Las conferencias extraordinarias y la discusión en mesa redonda tendrán lugar en la cátedra del profesor Gibert-Queraltó, en la Facultad de Medicina. Los asistentes al curso podrán participar durante la duración del mismo en las actividades de la Escuela de Cardiología, y si alguno de ellos estuviera interesado, podrá permanecer un mes en alguno de los Departamentos de la Escuela, aceptando las normas de trabajo del mismo.

Al terminar el curso se dará un diploma de asistencia. El número de inscripciones se limita a quince. Los derechos de matrícula son de 2.000 pesetas.

Dirigir las solicitudes al doctor Torner Soler, secretario de la Escuela de Cardioangiología, edificio de Sanidad del Puerto, Paseo de Colón, s/n., Barcelona.

VII CURSO DE ANGIOLOGIA

Se celebrará en la Cátedra de Patología y Clínica Médica «A» de la Facultad de Medicina de Barcelona, del 7 de mayo al 1 de junio de 1963, y consistirá en una exposición de las técnicas desarrolladas por los distintos Departamentos de la Clínica Médica «A», colaborando conjuntamente para formar una unidad de hipertensión arterial dedicada al diagnóstico y tratamiento de los enfermos hipertensos.

El curso será dirigido por el doctor J. Valls-Serra, jefe del Departamento de Angiología, actuando como secretario el doctor W. Padrós Archs, contando con numerosos colaboradores.

La matrícula del curso es de 1.500 pesetas. A los señores cursillistas les será entregado un diploma.

Para programas y mayor información, dirigirse al secretario del curso, doctor W. Padrós Archs, Cátedra de Patología Médica «A» del profesor A. Pedro-Pons, Facultad de Medicina. Casanova, 143, Barcelona (11).

II CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE PATOLOGIA Y AFECCIONES TUMORALES DE LA MAMA, Y TERAPEUTICA RADIANTE DEL CANCER DE LA MAMA

Se celebrará de 20 al 26 de mayo de 1963, en el Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, por los médicos del Servicio y la colaboración de la doctora Rodríguez López y de los doctores J. Vives Cunillera y A. Subías Fages, actuando de secretario el doctor Abades Blanchart.

Los derechos de inscripción a este ciclo de conferencias son de 500 pesetas. Se extenderá el correspondiente diploma de asistencia al término del mismo.

Para informes, programas e inscripciones, dirigirse al secretario del curso, doctor J. Abades Blanchart, avenida del Generalísimo Franco, 416, ó al Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, avenida del Padre Claret, 167, Barcelona (13).

VI CURSO DE CIRUGIA TORACICA

Del 1 al 28 de junio de 1963, patrocinado por la Excma. Diputación de Vizcaya, tendrá lugar en el Departamento Quirúrgico del Grupo Sanatorial de Santa Marina (Bilbao), un curso de Cirugía Torácica para postgraduados y estudiantes de último curso de la licenciatura.

Será dirigido por el doctor C. Gil-Turner, con la cooperación de los doctores: A. Abalo, A. Bernar, A. Boyero, J. Cañadas, J. A. Chañadas, J. A. Chacón, J. Duque, I. Fernández, E. García, J. A. Iriarte, V. Jiménez, L. López Areal, B. Pedraz, F. Vara y A. Yáñez, y la colaboración extraordinaria de los doctores: A. de la Fuente Chaos (Madrid), A. Núñez Puertas (Santiago), A. Ortega Núñez (Madrid), L. M. Piniés (Bilbao), y J. R. Puchol (Madrid).

El curso tendrá un carácter teórico-práctico, y en él tomarán parte activa los veinte alumnos a que se ha restringido el mismo, para mayor eficacia de la labor docente.

La enseñanza teórica tendrá lugar según el programa confeccionado.

La enseñanza práctica tendrá lugar todas las mañanas, desde las ocho a las catorce horas, en las distintas secciones del Grupo Sanatorial, para lo cual los alumnos serán distribuídos en grupos.

Las prácticas se realizarán según el siguiente programa:

Sesiones operatorias, los lunes, miércoles y viernes por la mañana.

Sesiones clínicas, los martes por la mañana. Consistirán en la presentación de enfermos que han de ser operados, con la discusión del diagnóstico, indicación operatoria y de la preparación preoperatoria.

Sesiones clínico-patológicas, los jueves por la mañana, con la presentación de enfermos ya operados, con discusión de los resultados conseguidos y estudio de las piezas operatorias. La exposición se completará con la proyección de la iconografía que de cada caso exista en el archivo fotográfico.

Los alumnos tomarán parte activa en estas prácticas, así como en las de anestesia, fisioterapia, exploración funcional cardio-respiratoria, broncoscopia, exploraciones radiológicas especiales, electrocardiografía, fonocardiografía, cateterismos cardíacos, y en las intervenciones quirúrgicas que se realicen, a la cabecera de los enfermos operados se expondrán los problemas del período postoperatorio.

Se organizarán sesiones de cine científico, en las que se proyectarán películas obtenidas en el Departamento Quirúrgico del grupo Sanatorial de Santa Marina.

Al finalizar el curso se entregará el certificado de asistencia.

Las solicitudes de inscripción han de dirigirse, antes del 25 de mayo, al Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax, Licenciado Poza, 13, Bilbao, indicando en el sobre «VI Curso de Cirugía Torácica», e incluyendo dos mil pesetas en concepto de derechos de matrícula.

Por riguroso orden de recepción se acusará recibo de la inscripción y los derechos de matrícula, que acreditará la condición de cursillistas.

SOCIEDAD CUBANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

En la Asamblea General de Elecciones últimamente celebrada en el presente año, fue elegida para el bienio 1963-1965 la siguiente Junta de Gobierno:

Presidente, doctor Ignacio Alvaré Gómez; vicepresidente, doctor Esteban Valdés Castillo; secretario general, señor César Rodríguez Expósito; vicesecretario general, doctor Pedro Nogueira Rivero; tesorero, doctor Luis Felipe Le Roy; vicetesorero, doctora María Julia de Lara; vocales: doctores José López Sánchez, Alfredo Romeu Rodríguez, Miguel Angel González Prendes.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

LUTO EN EL MUNDO POR SU SANTIDAD EL PAPA JUAN XXIII



Después de cuatro años de pontificado, ha muerto el Papa de la Humanidad, en un plácido ocaso, siendo llorado por todos, ya que por su gran bondad, su amor a la paz, su humildad y su paternal espíritu de conciliación se había hecho querer y respetar en el mundo entero.

España le debe el haber erigido en Pamplona una Universidad de la Iglesia, escogiendo como tal al Estudio General de Navarra, con sede en Pamplona.

La Prensa ha recibido de él enseñanzas concretas y normas valiosísimas.

Suya es la siguiente frase, que puede tomarse como un testamento doctrinal:

«Con la difusión de la buena Prensa se sostienen las obras de apostolado, se propaga la doctrina social de la Iglesia y se refuerza la unidad de los católicos. De esta forma, también el periódico contribuye a ilustrar y defender el patrimonio de la civilización cristiana, operando como la levadura en la masa "para que toda quede fermentada".»

Todos le amaban y el mundo entero le ha rendido homenaje por sus claros conceptos sobre la justicia y su gran labor para la paz y la unidad de todos los hombres. La historia ofrece pocos ejemplos de afección y de respeto universal concentrados en un solo ser humano, como ha sido el caso de Su Santidad Juan XXIII, que fue sacerdote pacífico y leal, y un amigo entrañable de todos los hombres y de todas las naciones.

VIDA MÉDICA LOCAL

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

La ilustre Corporación zaragozana ha celebrado con toda regularidad sus acostumbradas sesiones científicas, bajo la presidencia del doctor Oliver.

El día 16 de mayo ocupó su tribuna el doctor don **Félix Pérez y Pérez**, catedrático de la Facultad de Veterinaria, que desarrolló el tema **«Conjugación gamética»**.

Fue presentado por el doctor Oliver Rubio, quien con acertadas palabras glosó sus méritos y trabajos.

El doctor Félix Pérez agradeció las frases dedicadas y la bienvenida del presidente, y pasó a expresar el problema de la reproducción en las distintas especies, definiendo el concepto de sexualidad y estudiando los tres tipos de conjugación: la sexual, la genital y la gamética.

Planteó el problema biológico de la conjugación gamética basada en reacciones enzimáticas de despolimerización del mucus oóforo, estudiando sus factores estimuladores e inhibidores. Pasó después a los fenómenos de capacitación del esperma, fecundación «in vitro» y selección poliespérmica, así como de las reacciones biológicas que la determinan, y detalló la significación de las gamonas.

Su conferencia fue seguida por numeroso público, que aplaudió calurosamente al conferenciante.

* * *

El día 7 del corriente hubo otra brillante sesión, presidida por el doctor Oliver, al que acompañaban los doctores Amor, general jefe de Sanidad Militar; Noaílles, vicepresidente de la Real Academia, y Horno, secretario general de la misma.

Habló en primer lugar el presidente de la Academia, doctor Oliver, refiriéndose al fallecimiento de S. S. Juan XXIII, invitando a los presente a ponerse en pie y orar un momento en silencio porque hallase la paz en el cielo quien tanto hizo en la tierra por conseguir la paz en el mundo y entre los hombres de buena voluntad. Seguidamente dio la bienvenida al doctor Sancha de Lara, cediendo la palabra al doctor Ariño, como presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, para que en nombre de la Academia hiciera la presentación del conferenciante.

El doctor Ariño, con elocuentes palabras, destacó la figura del doctor Sancha de Lara, en su aspecto científico, profesional y social. Se refirió a la psicología del sordo y al ambiente de la sociedad que le rodea, extendiéndose en interesantes consideraciones relacionadas con la prótesis auditiva, y terminó citando el hecho curioso del conferenciante que se ha dedicado con amor y empeño constante a esta rama de la Audiología.

A continuación hizo uso de la palabra el doctor Sancha de Lara, estudiando la trascendencia que en el aspecto social tiene el problema de la recuperación del individuo sordo.

Expone desde el punto de vista físico la mecánica de la audición, enunciando los aspectos clínico, psicológico y técnico que presenta toda corrección auditiva por prótesis electro-acústica, referido el primero a la exploración médica del órgano, el segundo al impacto psíquico que la alteración funcional produce en el enfermo, y el técnico, a la exploración de la función auditiva, deteniéndose ampliamente en este último.

Destaca la eficacia que puede tener la acción conjunta de otólogos diplomados en acústica, pediatras, pedagogos, físicos, psicólogos, etcétera, para una eficiente labor de determinación precoz de la sordera y su posible corrección.

Indicó los principios fundamentales que debe alcanzar toda corrección auditiva para considerarse eficiente, así como las exploraciones de orientación, adaptación de prótesis y control de la misma que son necesarias en cada caso. Describió las instalaciones y elementos empleados, deteniéndose en la evolución de los audífonos a través del tiempo, indicando cómo los descubrimientos de la física, aplicados a la Audiología, han hecho factible la miniaturización de las prótesis actuales y las posibilidades que en este sentido ofrece el futuro.

Su conferencia, ilustrada con profusión de proyecciones, constituyó una lección magistral que fue grandemente aplaudida.

A continuación intervinieron para felicitar al conferenciante y comentar algunos puntos de su trabajo, los doctores Bermejo y Midón, a los que contestó agradecido el doctor Sancha.

Finalmente, el doctor Oliver pronunció las últimas palabras, recordando datos curiosos de las sorderas de Beethoven y Goya, y felicitó al doctor Sancha de Lara en nombre de la Academia.

EL DR. ARMIJO, CATEDRATICO DE HIDROLOGIA, EN LA CENTRAL

El doctor don Manuel Armijo Valenzuela, catedrático de Terapéutica, ha logrado por unanimidad del tribunal, tras brillantísimas oposiciones, la cátedra de Hidrología del doctorado de Medicina de la Facultad de Medicina de Madrid.

El doctor Armijo, perteneciente a conocida y muy estimada familia zaragozana, fue alumno brillantísimo de esta Facultad y es premio extraordinario de la licenciatura y del doctorado.

Obtuvo plaza de médico de baños, y después la cátedra de Terapéutica de Valladolid. Es «Premio Gari» de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Tiene numerosas publicaciones, habiendo dado conferencias en diversas ciudades europeas y tomado parte en numerosos congresos y reuniones científicas.

Su actual triunfo es la coronación de una carrera brillantísima, por lo que le enviamos nuestra cordial felicitación, asociándonos a la alegría de su triunfo.

CONFERENCIA DEL DR. GIMENO VIDAL

El día 1 de junio, en el salón de actos de la Mutua de Accidentes, pronunció una interesante conferencia sobre el tema «Problemas terapéuticos que plantean las fracturas de calcáneo», el doctor Gimeno Vidal, de Barcelona, distinguido traumatólogo.

CON GRAN EXITO SE CELEBRARON EN MAYO LAS "IV JORNADAS MEDICAS ARAGONESAS"

Una vez más, durante los días 18 al 22 de mayo, los médicos aragoneses han convivido en sus tareas de estudio y de esparcimiento, durante los actos oficiales de las **IV Jornadas Médicas**. En ellas se ha puesto nuevamente de relieve el alto valor científico y social de la capacidad de los médicos aragoneses, afirmando además un fuerte lazo de unión entre las tres provincias, confirmado por la sucesión de sus sesiones de trabajo y de actos sociales en las tres capitales, hecho que suponía grandes dificultades en el acoplamiento y en la organización y que fueron felizmente superadas por la labor eficacísima de cuantos han intervenido y de modo especial por el presidente, doctor don Antonio Zubiri, y por su hermano, el secretario general de las mismas, don Fernando Zubiri.

La inauguración

Tras una misa de Espíritu Santo en la Angélica Capilla de Nuestra Señora del Pilar, tuvo lugar la ceremonia inaugural, con un acto solemnísimo celebrado en el Paraninfo de las Facultades de Medicina y Ciencias, bajo la presidencia del Subsecretario de Educación Nacional, señor Legaz Cambra. Comenzó la sesión con unas palabras de presentación de don Antonio Zubiri, haciendo una breve historia de cómo se iniciaron las Jornadas hace más de treinta años debido al tesón y al esfuerzo del doctor Horno Alcorta y de don Ricardo Lozano Monzón, y cómo en los años sucesivos han cumplido magníficamente aquel espíritu inicial en la función de demostrar que los médicos aragoneses sienten verdadero espíritu de trabajo y hermandad, congregándose ampliamente para llevar a cabo sus tareas, acudiendo de todas partes de España, para convivir con sus paisanos. Subrayó la personalidad de los que iban a intervenir e hizo presente su gratitud a las autoridades y a cuantos han colaborado.

La conferencia que a continuación desarrolló el profesor Laín Entralgo sobre «La palabra y el silencio del médico», fue un modelo acabado de concepto y de análisis de un tema profesional. En el devenir de la profesión médica, nada tiene tanta importancia como estas dos notas contradictorias: el silencio y la palabra. Silencio y palabra se suceden en los actos puros de la Medicina: exploración, diagnóstico y tratamiento. Silencio y palabra son actos fundamentales de las relaciones entre el médico y el paciente. Silencio ante el misterio de la enfermedad; ante la expectativa del diagnóstico. Por otra parte, la palabra es la defensa de la enfermedad en un ser inteligente. Mediante ella surgen los datos subjetivos que han de ofrecer al menos parte de la aclaración al misterio del dolor que el médico desvela. Silencio y palabra son un conjunto que el profesional ha de armonizar, concediendo a cada uno de los conceptos la importancia práctica y psicológica que poseen.

El profesor Laín Entralgo dio una auténtica lección magistral de ética y metafísica de la profesión médica.

Tras unas breves palabras del señor subsecretario sobre la importancia y solemnidad del acto, las autoridades, los jornadistas y el pú-



El doctor Zubiri, durante su discurso en la presidencia de la solemne sesión inaugural de las Jornadas Médicas Aragonesas. (Foto Lozano.)

blico en general visitaron con todo detenimiento la exposición sanitaria montada en los pasillos de la Facultad de Medicina. Y al final, los asambleístas fueron obsequiados con un vino español ofrecido por la Universidad de Zaragoza.

La labor científica

Las ponencias oficiales desarrolladas —que previamente han sido impresas y repartidas entre los jornadistas para su lectura y discusión— han sido las siguientes:

Arterioesclerosis, realizada y expuesta por los doctores La Figuera, J. Aznar García y Diego Figuera, en su parte quirúrgica. En ella han colaborado también los doctores Gabriel Guillén y Leopoldo Mz. Osorio, que resumieron brillantemente sus partes respectivas.

Pseudoapendicitis, tratada en la sesión de Teruel, por los doctores Faro Moreno, Romero Aguirre, Celma Delgado y Abel Ramiro García.

Etiopatogenia y tratamiento del vértigo, defendida en la sesión de Huesca por los doctores Bermejo, García Esteras, Santiago Ucar y F. Casamayor.

La de **Higiene mental**, redactada por los doctores Pérez Argilés, Rey Ardid, González Fabregat y Vilaret Ribas.

Hepatopatías en la infancia, expuesta por los doctores Dolset, Luis Boné y L. Ros Lavín.

Y finalmente, la de **Injertos óseos**, llevada a cabo por los doctores Pérez Serrano, Vázquez Alvarez y Gómez Beltrán. Todas ellas fueron expuestas y discutidas en sesiones plenarias.

Junto a ello se han expuesto numerosas y muy estimables comunicaciones solicitadas, aparte de un número muy crecido de comunicaciones que han sido agrupadas y leídas en las sesiones de Medicina, Cirugía, Especialidades, Medicina social, Higiene y Epidemiología, Historia de la Medicina, Deontología Médica y Filosofía, y Estomatología. Todo ello da una ligera impresión de la extraordinaria labor realizada, que como en ocasiones anteriores quedará reflejada en los volúmenes de sus actas.

Sesión de clausura

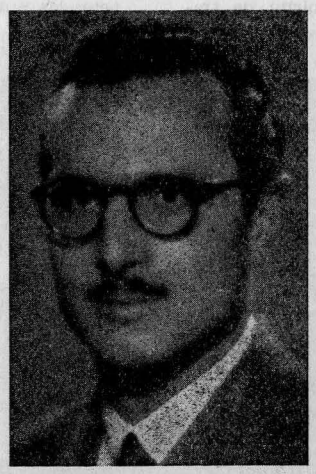
El día 22 por la tarde, con gran concurrencia de jornadistas, se celebró la solemne clausura de las IV Jornadas, en el salón de conferencias de la Facultad de Medicina. En la presidencia se hallaba el presidente de las Jornadas y presidente de la Diputación, doctor don Antonio Zubiri Vidal. A su derecha, el decano de la Facultad de Medicina, doctor La Figuera; presidente de la Real Academia de Medicina, doctor Oliver; y los doctores Ramón Vinós, Horno Liria y Antolín Paz, presidentes de las secciones. A la izquierda, el vicepresidente de las IV Jornadas doctor don Jaime Dolset Chumilla, con los doctores don Antonio Noailles; doctor Zubiri, secretario general de las Jornadas; y los doctores Val-Carreres y Serrate, presidentes de las secciones correspondientes.

En primer término, abierta la sesión, hizo uso de la palabra el doctor don Fernando Zubiri, que dio las más expresivas gracias a los

FIGURAS DE LAS JORNADAS



El ilustre aragonés, catedrático de la Universidad de Madrid, don **Pedro Laín Entralgo**, que pronunció la conferencia inaugural sobre el tema «La palabra y el silencio del médico».



El doctor don **Antonio Zubiri**, presidente de las Jornadas, a cuya iniciativa se debe la celebración de los actos científicos de Teruel y Huesca, que tan brillante éxito lograron.



El doctor don **Fernando Zubiri**, que con su laboriosidad y simpatía ha contribuído a la gran concurrencia de jornadistas y a la perfecta organización de esta asamblea médica.

organizadores, diciendo que estas IV Jornadas Médcas Aragonesas han sido, efectivamente, un éxito, y que como secretario general no puede menos que elogiar la perfecta organización que las ha caracterizado. Expresó su gratitud a las autoridades, por las facilidades, tanto de tipo moral como económico, que han dado; a los representantes de la Medicina alemana, por la brillantez e importancia de las ponencias y comunicaciones que han presentado; y, en general, a cuantos les han ayudado a la celebración de las Jornadas, sin olvidar a las autoridades de Teruel y Huesca, de cuya estancia en ambas capitales tan grato recuerdo ha quedado entre los jornadistas. Terminó diciendo que se había recibido un telegrama del jefe de la Casa Civil de S. E. el Jefe del Estado, aceptando la presidencia de honor de las Jornadas, lo cual es un grandísimo honor para los organizadores de las mismas.

Seguidamente fueron interviniendo brevemente los presidentes de las distintas secciones, y por último el vicepresidente, doctor Dolset, que dio las gracias a todos por su asistencia y terminó con el deseo ferviente de que los jornadistas regresasen con toda felicidad a sus hogares después de este intercambio de valores humanos y espirituales que en estos días se han creado.

La cena de gala

Las IV Jornadas terminaron con una brillante cena de gala, servida en el recinto de la Feria Oficial y Nacional de Muestras, que lucía espléndida iluminación y que había sido adornada con verdadero alarde de buen gusto, prestando mayor realce al ambiente la presencia de distinguidas señoras y bellísimas señoritas jornadistas.

Después de la cena hubo un animadísimo baile en los amplios locales del pabellón hispano-francés, especialmente acondicionado para esta magnífica fiesta de sociedad, ofreciendo un aspecto fantástico, tanto por la gran cantidad de luces como por el adorno con plantas y flores.

Exposición de arte médico

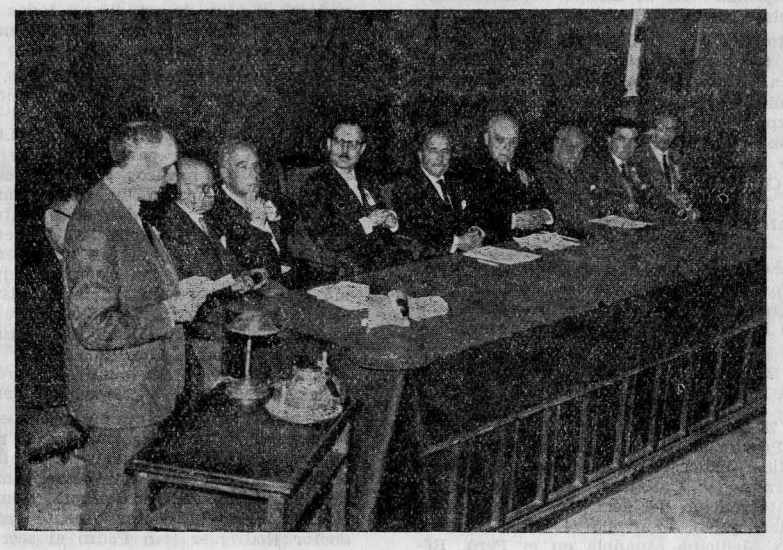
También fue inaugurada en la sala de exposiciones del palacio de la Diputación, la exposición «El arte para la Medicina y la Medicina para el arte», con buen número de obras, que fueron unánimemente elogiadas por los jornadistas, sus familiares y el numeroso público que la visitó.

* * *

En resumen, unos días de grata reunión y de intensa labor intelectual y científica, en un ambiente de cordial hermandad entre los médicos de las tres capitales del antiguo Reino de Aragón, exaltando el amplio valor científico y humano de la Medicina y de sus profesionales.

EL DR. ORENSANZ, EN EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

El 30 de mayo se celebró la reunión mensual del Seminario de Estudios Odontológicos Aragoneses, disertando el doctor don Fernando Orensanz Gutiérrez, sobre «Estudio de la embriología de la cara. Cartílago premaxilar», y que tuvo lugar, como de costumbre, en el Seminario de a Institución «Fernando el Católico».



Nuestro director, don Ricardo Horno, en un momento de su actuación en la sesión de clausura de las IV Jornadas Médicas. (Foto Sancho.)

EL DR. SAMITIER, EN EL SEMINARIO MEDICO DE SANIDAD MILITAR

En el Seminario Médico Militar de la Quinta Región, disertó brillantísimamente nuestro colaborador el comandante médico y prestigioso especialista de pulmón y corazón, doctor don Javier Samitier, acerca del tema «Evolución histórica concepcial de la electrocardiografía». El acto fue presidido por el general jefe de Sanidad Militar, doctor Amor.

El doctor Samitier se refirió al cambio radical de ideas y a los incesantes progresos de la electrocardiografía y en la vectocardiografía en los últimos treinta años, hasta el extraordinario progreso y perfección actual en la profilaxis y en los trazados clínicos. La discusión y aportaciones presentadas por diferentes especialistas que siguieron atentamente la palabra del doctor Samitier, fue muy movida, y a todos contestó con gran brillantez el conferenciante, siendo muy felicitado y aplaudido por su meritísimo trabajo.

ACTOS DE LA SOCIEDAD GINECOLOGICA EN CALATAYUD

El día 26 de mayo tuvo lugar en Calatayud la reunión mensual de esta Sociedad Ginecológica. Bajo la presidencia del jefe provincial de Sanidad, señor Herrero, a quien acompañaban el excelentísimo señor alcalde de Calatayud y el presidente de esta Corporación, profesor Jiménez González, junto con las restantes autoridades médicas locales, se celebró la sesión con arreglo al siguiente orden:

En primer lugar, el profesor Jiménez pronunció unas breves palabras de justificación y de agradecimiento a todos por las facilidades que para ello habían dado a esta Sociedad Ginecológica. Especialmente al Excmo. Ayuntamiento y a la clase médica bilbilitana.

El doctor Savirón Felíu trató de «Vacuoextracción: técnica, condiciones e indicaciones de la misma. Algunas consideraciones clínicas». Acto seguido, el doctor don Ramón Delgado Serrano expuso su comunicación sobre «Nueva aportación terapéutica a la asistencia en el período de alumbramiento». Después, el doctor Aguado García trató sobre «Absceso del ovario». En la discusión intervinieron numerosos socios, cerrando el acto el doctor Jiménez González.

Finalmente, los asistentes se reunieron en el «Hotel Fornos» en un almuerzo de hermandad. El acto resultó muy simpático y cordial, dejando en los concurrentes excelente recuerdo.

EL DR. ROSEL SAEZ, EN LA SECCION DE ESTUDIOS MEDICOS ARAGONESES

El día 28 de mayo tuvo lugar en la sala del Palacio Provincial, organizada por la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», una sesión clínica con la intervención del doctor don Emilio José Rosel Sáez, quien desarrolló el tema «Presencia de la Medicina española en el Perú. Réplica a un estadista». El acto estuvo presidido por el doctor don Jaime Dolset, director de la S. E. M. A.

NECROLOGÍA

EL DR. ESPONERA

Víctima de fulminante afección cardíaca ha fallecido en nuestra ciudad el comandante médico de Sanidad Militar, doctor don Pascual Esponera Andrés, persona muy estimada por su bondad, competencia y caballerosidad, como se puso de manifiesto por la extraordinaria afluencia de gentes que acudieron a su entierro y funerales.

A su esposa, doña María Rosario Cerdán, hijos y hermanos, particularmente a su hermano político don Julián Sanz Ibáñez, les participamos nuestro profundo sentimiento de pesar por esta desgracia.

* * *

Igualmente acompañamos en su dolor a nuestros queridos compañeros los doctores don Valentín Pérez Argilés, académico de la Real de Medicina y profesor de Medicina Legal en esta Facultad, y a don Ramón García Porta, de la Junta Asesora del S. O. E. en nuestro Colegio Oficial de Médicos, que han tenido la desgracia de perder recientemente a sus respectivas madres.

EL DR. LOREN CLAUSURA LAS SESIONES CLINICAS DEL CAMPO DE GIBRALTAR

Días pasados, el doctor don Santiago Lorén fue invitado a pronunciar en Algeciras la conferencia de clausura en la Asociación de Médicos del Campo de Gibraltar. El tema expuesto brillantemente por el distinguido escritor y ginecólogo fue «La mujer del médico».

Esta Asociación de Médicos, cuyas sesiones clínicas se han popularizado ya en toda España, nació del deseo de estimular en los compañeros el afán de estudio en todas las ramas de la Medicina y el de los problemas sociales que acucian a la clase.

Durante cuatro años consecutivos, los constituyentes de esta Sociedad se reúnen dos veces al mes durante la duración del curso académico, bien en Algeciras o en La Línea, a las once de la noche, para facilitar el desplazamiento de los médicos de los alrededores, y en sus debates, con un tiempo máximo de treinta minutos, o de diez si se trata de casos clínicos, se hace la exposición del tema, dando preferencia a los puntos de vista personales, a los que sigue luego una discusión general. Además, se celebran conferencias magistrales, habiendo tomado parte en ellas, entre otros, los doctores Hernando, Galdó, Díaz Rubio, Peña Yáñez, Zamorano, Gimena, Peláez, etc. También se han celebrado cursillos sobre enfermedades reumáticas y enfermedades del tórax.

La asistencia, por término medio, es de treinta a cuarenta médicos, no siendo raro sobrepasar esta cifra. Aunque dependientes del Colegio de Médicos de Cádiz, tienen amplia autonomía y junta directiva propia, siendo el presidente actual el doctor Vicente Iranzo, y el doctor Rodríguez San Pedro el secretario.

Felicitamos muy sinceramente a este activo grupo de médicos, cuya iniciativa y entusiasmo son dignos de imitación.

VIDA MÉDICA NACIONAL

EL DR. CASTROVIEJO, RESTABLECIDO

El ilustre oftalmólogo doctor Castroviejo ha sido dado de alta en Bilbao, en la clínica en que se encontraba desde el día 6 de mayo, en que fue operado, y posteriormente salió para Nueva York por vía aérea. Aunque convaleciente, su estado hace concebir halagüeñas esperanzas.

EL DIRECTOR DE SANIDAD FRANCES, EN MADRID

Invitado por el Director General de Sanidad, profesor García Orcoyen, ha estado en Madrid su colega con el mismo cargo en el Ministerio de Sanidad y de la Población de Francia, profesor Aujaleu. El profesor Aujaleu, además de celebrar un cambio de impresiones sobre los problemas sanitarios que afectan a los dos países vecinos, pronunció dos conferencias sobre lucha antituberculosa en el aula magna de la Escuela Nacional de Sanidad (Ciudad Universitaria).

CONFERENCIA DEL DR. BOSCH MARIN

En la Asociación de Médicos Escritores y Artistas pronunció recientemente una notable conferencia sobre el tema «Orientaciones de la Medicina Contemporánea», el profesor doctor don Juan Bosch Marín, perteneciente a la Real Academia Nacional de Medicina, siendo muy aplaudido.

Dado el interés del tema, publicaremos en breve un amplio resumen de la misma.

NUEVOS MEDICOS PUERICULTORES DEL ESTADO

La Dirección General de Sanidad, en el concurso-oposición convocado en 17 de febrero de 1962, para proveer vacantes de médicos puericultores del Estado en la plantilla unificada de médicos puericultores y maternólogos del Estado, ha declarado médicos puericultores del Estado a los señores que se indican («B. O. del Estado» de 16 de abril de 1963):

A doña Fe María Méndez Aparicio, don Emilio Borrajo Guadarrama, don José Miranda Eras, don Vicente Alvarez Angel, don Gonzalo Huidobro Tech, don Bernardo Pérez Moreno, doña Carmen Arrabal Terán, doña Dolores López Cantón, don Felipe Luis Lagunilla Martínez, don Valentín Salazar Alonso Villalobos, don César Rojo Nazal, don Manuel Becana Crusellas, don José Luis Bezanilla Regato, don Rafael Estefanía Vázquez, don Francisco Orellana López don Emilio Rolán Mosquera y don Justo Imaz Jiménez.

D. ENRIQUE BRAVO, NUEVO SECRETARIO GENERAL DE LA COMISION CATOLICA ESPAÑOLA DE LA INFANCIA

Ha sido nombrado por S. E. el Cardenal Primado, secretario general de la Comisión Católica Española de la Infancia, D. Enrique Bravo y Sánchez del Peral, administrador de los Servicios Cntrales de Higiene Infantil y Maternal de la Dirección General de Sanidad.

CLAUSURA EL CURSO DE UROLOGIA EN BARCELONA

Ha finalizado en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo el XXVII curso monográfico de Urología para postgraduados, que versó sobre «Litiasis renal». En él han colaborado, además de los médicos del Instituto, los profesores Alken, Couvelaire, Fergusson, Mayor, Fernández Cruz, Font Altaba, García Valdecasas, Timermann, Foz Tena y Dalmau Ciria.

Son de destacar las conferencias magistrales dictadas por los profesores Alken y Timmermann, quienes expusieron el estado actual de la técnica para la disolución «in situ» de los cálculos renales por vías naturales.

Los profesores Mayor y Fergusson desarrollaron el resultado de su experiencia sobre el hiperparatiroidismo como factor desencadenante de la litiasis renal, mostrando las técnicas por ambos empleadas para corregir las recidivas calculosas.

El profesor Couvelaire expuso su amplia casuística de la litiasis como exponente de otras enfermedades urológicas, mostrando interesantes ejemplos clínicos.

Los profesores Fernández Cruz y García Valdecasas profesaron magníficas conferencias acerca de la fisiopatología y la farmacodinamia en la litiasis, y el profesor Font Altaba los estudios que está realizando, en colaboración con el Instituto, sobre la cristalografía de los cálculos urinarios con el propósito de aportar nuevos conocimientos a tan oscuro problema.

El gran número de médicos inscritos al curso acredita una vez más el interés que estos cursos alcanzan en nuestro país y fuera de él.

Durante el curso se desarrollaron sesiones quirúrgicas en las que colaboraron algunos de los médicos cursillistas.

CLAUSURA DEL CURSO EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION, EN MADRID

Bajo la presidencia del Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina, profesor Velázquez, y del jefe del Servicio de Ordenación Sanitaria del I. N. P., doctor Cano Díaz, tuvo lugar en el Ambulatorio «Hermanos Aznar», del Seguro de Enfermedad, el acto de clausura de los cursos de especialización en las enfermedades digestivas, comenzados en noviembre pasado, bajo la dirección del doctor Arias Vallejo.

La última lección de los cursos fue explicada por el profesor González Bueno, decano de la Beneficencia Provincial, el cual hizo una magnífica exposición sobre su criterio personal en el tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal, aportando su extensa experiencia en este debatido tema de la Cirugía.

A continuación, el doctor Arias Vallejo hizo el resumen de las tareas de estos cursos de especialización, llevados a cabo por séptimo año consecutivo, con la colaboración de las más destacadas personalidades de la Gastroen-

terología española. Concurrieron a ellos cuarenta médicos españoles e hispanoamericanos, que han desarrollado una extensa tarea práctica, aprendiendo las más modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas de la especialidad. En nombre de los cursillistas, expresaron su agradecimiento en sentidas palabras los doctores Sanchís Caballar y Rojas Abril.

Han tomado parte en las lecciones de estos cursos los profesores Díaz Rubio, Hernando Ortega, Jiménez Díaz, Oliver Pascual, Sanz Ibáñez, García Conde y García Díaz, y los doctores Esteban Márquez, Gándara, Gimena, González Bueno, Gutiérrez Arrese, Hidalgo Huerta, Marina Fiol, Mogena, Monereo, Moreno González-Bueno, Múñiz González, Quadros Tejeiro, Torre González, Vega Díaz, Esteban Gil, Estrada, García Morán, Marcos Pérez, Arias Vallejo, Galán Navarro, La Torre Fernández, Díaz Marín, Espinosa Espinosa, Gállego Tejedor, Casanova Cánovas, Amo Galán, Frutos Carabias y Gómez López, dirigiendo las secciones de prácticas los doctores Garrido Delgado, Guillén Caballano, Güemes Díaz, Montenegro Cabello, Martín Cobos, Sánchez Borbón y la doctora Gómez Obregón.

Terminó el acto con unas elocuentes palabras del doctor Cano, en nombre del Instituto Nacional de Previsión, y del profesor Velázquez, decano de la Facultad de Medicina, en las que ambos pusieron de relieve la importancia de esta clase de enseñanza para la formación postgradual de los médicos jóvenes que van a formar parte del Seguro de Enfermedad o van a ejercer su profesión en los países americanos de habla hispánica.

SYMPOSIUM SOBRE «INJERTOS Y TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS»

En la Academia Deontológica Médico-Farmacéutica de Madrid se ha celebrado durante los días 28 al 31 de mayo un interesante symposium sobre «Injertos y trasplantes de órganos y tejidos», con arreglo al siguiente programa:

Día 28.—En «Trasplantes cardíacos y vasculares» intervinieron el profesor doctor don Francisco Martín Lagos, como moderador, y formando parte de la mesa los doctores don Alfonso de la Fuente Chaos, don Diego Figueras, don Ernesto Castro Fariñas, don Enrique García Ortiz, don Cristóbal Martínez Bordíu y don Santiago Tamames.

Día 29.—En «Urología» intervinieron el profesar doctor don Alfonso de la Peña, como moderador, y los doctores Gil Vernet, don Luis Cifuentes Delatte, don José Antonio Martínez Piñeiro, don José Parra Lázaro y don Emilio de la Peña, como componentes de mesa.

El día 30, en «Cirugía plástica y reparadora», intervinieron el profesor doctor don José Gay Prieto, como moderador, y en la mesa los doctores don Miguel Angel Alonso, don Alejandro Bermúdez, don Fernando Enríquez de Salamanca, don Luis Vázquez Auñón, don Benito Vilar Sancho.

Finalmente, el día 31, en «Traumatología», intervinieron el doctor don Tomás Epeldegui Fernández, que actuó de moderador, y los doctores don Cecilio González Sánchez, don Antonio Hernández Ros, Palacios Carvajal, don Vicente Sanchís Olmos y don Luis Suárez Carreño, como consultores.

Las sesiones se celebraron en el salón de actos del Consejo General de Colegios Médicos, con gran asistencia de público.

INSTITUTO BARRAQUER

Del 17 al 28 de junio tendrá lugar un curso de «Estrabismo y visión binocular», a cargo del doctor Alfredo Muiños. El número de plazas está limitado a veinte. Detalles e inscripción en la secretaría del Instituto, Laforja, número 88, Barcelona (6).

III CONGRESO INTERNACIONAL DE DE MEDICINA CIBERNETICA

Organizado por la Sociedad Internacional de Medicina Cibernética, tendrá lugar en Nápoles, bajo la presidencia del profesor Aldo Masturzo, del 21 al 24 de marzo de 1964, el III Congreso Internacional de Medicina Cibernética.

La actividad científica del congreso comprenderá las siguientes temas: 1, Cibernética; 2, Neurofisiología; 3, Cálculo automático aplicado a la investigación biológica; 4, Cibernética de las enfermedades reumáticas y osteoarticulares; 5, Cibernética del cáncer; 6, Cibernética de la Medicina espacial; 7, Todos los asuntos relacionados con la Cibernética aplicada a la Medicina y a la Biología.

Los miembros que deseen participar en el congreso deben enviar antes del 1 de julio de 1963 su adhesión y el título de su comunicación, con un resumen que no exceda de las 200 palabras y copiado en los tres idiomas (italiano, francés e inglés), dirigiéndolo a la secretaría antes del 1 de septiembre de 1963.

Los textos definitivos no deberán sobrepasar seis páginas (incluídos los cuadros y figuras).

Serán lenguas oficiales del congreso el francés, italiano, inglés, alemán y ruso.

Los gastos de inscripción son: 20 dólares para los miembros activos y 12 dólares para los miembros asociados.

Para toda información, dirigirse al secretariado del Congreso: (SIMC) 348, Via Roma, Nápoles (Italia).

NECROLOGÍA

EL PROF. ESCUDERO

Recientemente ha desaparecido una figura eminente de la Medicina argentina y sudamericana, el profesor Pedro Escudero, maestro de muchas generaciones y clínico eminente del Hospital Rawson, de Buenos Aires, donde creó la especialidad de enfermedades de la nutrición, destacando la importancia de sus trastornos en las colectividades.

Fue presidente de la Asociación Médica Argentina, profesor de Clínica Médica y después de Clínica de la Nutrición; su patria le debe mucho como universitario y como hombre.

Aparte numerosos trabajos, es autor de un excelente «Tratado de la diabetes». Su figura y prestigio fueron siempre grandes, y su recuerdo perdurará en esta revista, a la que tanto apreciaba y en la que publicó algunos de sus artículos científicos en pasadas épocas.

Clínica y Laboratorio

REVISTA ESPAÑOLA
DE CIENCIAS MÉDICAS

Redactada bajo la dirección
de!
Dr. Ricardo Horno Liria
y colaboradores



Tomo LXXVI Año XLVIII

ZARAGOZA

MCMLXIII

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

SOBRE ALGUNOS PROBLEMAS CLÍNICOS QUE PUEDEN PLANTEAR LOS FIBROMIOMAS UTERINOS

POR EL

DR. LUIS DE VEGA F. CRESPO

ACADÉMICO C. DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
EX PROFESOR A. DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID
JEFE DE EQUIPO DE GINECOLOGÍA DEL S. O. E.

ASTORGA

GRAN número de fibromiomas uterinos pueden ser perfectamente tolerados largo tiempo completamente *asintomáticos* e ignorados; su existencia no es revelada hasta que el aumento de volumen del vientre, o con ocasión de un examen completo, el tumor hasta entonces «latente» es puesto de manifiesto. Sin embargo, la mayoría originan signos clínicos bastante claros que suelen guardar cierto paralelismo con la forma anatómica del tumor, sobre todo en cuanto a localización y dirección de crecimiento se refiere. Es frecuente que los intersticiales den lugar a hipermenorreas o *menorragias;* que los submucosos evolucionen desde muy pronto hacia el tipo *metrorrágico*, sin relación menstrual; y que los subserosos, sin repercusión hemorrágica, produzcan molestias de tipo *mecánico* al alcanzar cierto tamaño. En ocasiones el tumor es descubierto con motivo de un *accidente agudo,* súbito; es el raro caso clínico operado bajo falso diagnóstico que se corrige con el vientre abierto. Algunos fibromiomas presentan *aspectos clínicos diversos,* según el problema que llama la atención (anemia, infección, degeneración, etc.). En fin, lugar aparte merecen los *miomas submucosos,* tan especiales.

Prescindiendo de los «asintomáticos», trataremos sucesivamente de:

1. Los miomas que producen *manifestaciones clínicas* que conducen a su diagnóstico.
2. Los que son descubiertos con motivo de un *accidente agudo.*
3. El caso especial de los *miomas submucosos.*

1. MIOMAS CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS QUE CONDUCEN A SU DIAGNÓSTICO

Estas manifestaciones suelen ser de tres categorías:

a) Signos *directos* y *funcionales* que indican la existencia del mioma.
b) Signos *funcionales de vecindad,* que despiertan la idea de posible compresión.
c) Signos aparecidos en el curso evolutivo del tumor, «*asociados*», que parecen evidenciar una posible *complicación* del mismo.

a) *Signos directos y funcionales que indican la existencia del mioma*

El *signo directo* fundamental lo proporciona la palpación combinada, al revelar que el cuello uterino se continúa por una tumoración pelviana o abdominopelviana, de mayor o menor tamaño, consistencia dura (a veces más bien blanda), regular o francamente «gibosa», con más o menos nódulos, y que como carácter esencial «forma cuerpo con el útero», percibiéndose con claridad la transmisión al cuello uterino de los movimientos que la mano situada en el abdomen imprime a la masa tumoral.

La mayoría de los intersticiales o intramurales producen *síntomas funcionales* consistentes en pérdidas sanguíneas intensas y prolongadas (hiperpolimenorreas o menorragias), dependiente, en unos casos, de que las paredes uterinas hiperplásicas y con nódulos miomatosos pierden parte de su capacidad contráctil o se contraen insuficientemente por el obstáculo mecánico que suponen los propios miomas; en otros casos, la hipermenorrea depende de la hiperplasia endometrial, frecuente acompañante de estos tumores.

De todos modos, la simple presencia de miomas en una mujer con hemorragias genitales no es prueba de que dichos tumores sean forzosamente la causa de éstas; por eso no debe prescindirse nunca de la inspección con valvas o espéculo, extremando la exploración para tener la certeza de la no existencia de otros focos de hemorragia. Siguiendo el consejo de TE LINDE, en toda miomatosa con hemorragias irregulares y sin relación cíclica, practicamos previamente a toda terapéutica legrado-biopsia, e incluso, si las circunstancias lo aconsejan, biopsia cervical. En una serie de setenta y dos miomatosas operadas estos últimos años, encontramos la *coexistencia mioma-neoplasia maligna* en cuatro ocasiones (5'5 por ciento), dos adenocarcinomas corporales, un adenoacantoma de igual localización y un cáncer endocervical en soltera vieja. Sólo en un caso de adenocarcinoma corporal hicimos el diagnóstico preoperatorio por seguir la norma anterior, mientras que los otros tres fueron verdaderas sorpresas surgidas al abrir la pieza operatoria (mioma típico) después de la intervención. Hoy nos reafirmamos en la citada conducta hasta punto tal de prácticamente sistematizarla antes de cualquier intervención en toda miomatosa que presenta hemorragias irregulares, en especial de tipo metrorrágico.

Las manifestaciones subjetivas señaladas, y los hallazgos del tacto combinado, permiten las más de las veces hacer el diagnóstico de *mioma uterino*. Hay casos naturalmente de diagnóstico difícil; pero aun suponiendo alguno de ellos, la sorpresa sólo suele ser posible en escasas circunstancias, tales como (fig. 1):

Ciertos cuadros de *hiperplasia endometrial* en los que no es infrecuente la hipertrofia uterina. Los contornos del órgano suelen ser regulares, no estando deformado por tumor alguno, y además las pérdidas sanguíneas son en esta afección casi siempre de tipo metrorrágico.

Un *quiste ovárico grande*, medio y de desigual consistencia, cuya independencia del útero no sea fácilmente demostrable. Sin embargo, en el quiste el crecimiento suele ser bastante rápido, no siendo tampoco frecuente que se asocien hemorragias. La diferenciación entre quiste ovárico a gran tensión y fibroma, o de éste reblandecido o quístico, con la tumoración ovárica, es práctica y ocasionalmente muy difícil. La histerografía puede mostrar en el quiste una cavidad uterina de dimensiones normales, cavidad que en el fibroma casi siempre suele estar elongada. En múltiples circunstancias sólo la laparotomía podrá resolver la duda entre el origen ovárico o uterino de una gran tumoración abdominopelviana.

Con un *embarazo eutópico*, y aunque parezca sorprendente, puede a veces ser muy difícil el diagnóstico diferencial, dada la existencia de ciertos fibromas blandos, en vías de transformación edematosa, y de gestaciones en cuyo curso pueden aparecer hemorragias. No es tampoco rara la existencia de miomas que cursan con amenorrea, o de embarazos algo tardíos en premenopáusicas que ya no se creen de nuevo grávidas. Una prudente espera para ver qué desarrollo toma el cuadro, junto con la práctica de las reacciones biológicas de embarazo, es la conducta lógica a seguir, en vez de intervenir inmediata y precipitadamente.

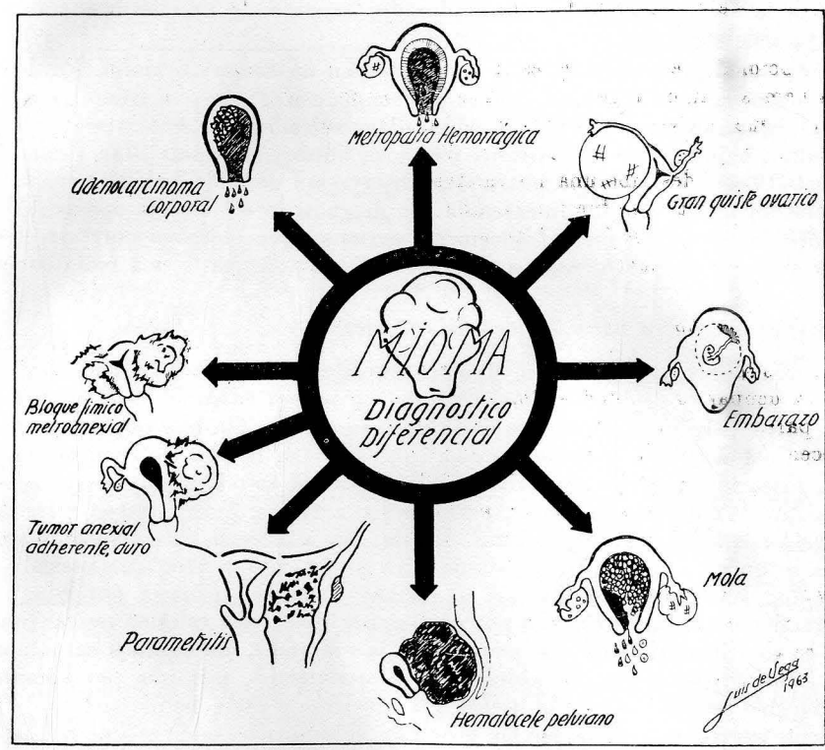


FIGURA 1

Con cierta frecuencia hay casos de *coexistencia de fibroma y embarazo*, que evidentemente complican el pronóstico. El tumor no impide por completo la gestación, y reblandecido y extendido puede ser causa de aborto con hemorragia profusa e infección nodular, como consecuencia del legrado intempestivo necesario para evitarla. Si el embarazo a pesar de todo continúa, el tumor favorece la inserción placentaria baja o una presentación viciosa. En el parto son de temer una hipodinamia uterina si el tumor es abdominal, o distocia por tumor previo si es pelviano. Son muy peligrosas en las miomatosas las hemorragias del alumbramiento por atonía uterina.

Ciertas afecciones que presentan *tumor o induración* pueden en ocasiones originar dificultades diagnósticas. Tal ocurre en algunos *hematoceles pelvianos* por ectópico, que aunque más blandos y mal limitados por su parte superior, pueden

motivar confusiones con los grandes miomas retrouterinos adherentes a pelvis. La anamnesis, bastante característica en el ectópico, conduce casi siempre al diagnóstico correcto. Otras veces tampoco es fácil diferenciar un mioma de los *tumores anexiales inflamatorios*, antiguos, duros y tan adheridos al útero que no permiten delimitarlo con claridad. Algo análogo puede ocurrir con ciertas formas de *tuberculosis metroanexial, pelvicelulitis*, etc.

Por su carácter sangrante, y en ocasiones cierta hipertrofia uterina, no deben ser olvidados ciertos *adenocarcinomas corporales* (o su coexistencia con el mioma). En la duda se impone el legrado-explorador seguido de estudio histopatológico, como ya señalamos.

Excepcional, pero posible, es la confusión con un *embarazo molar*. En dos ocasiones hemos tratado enfermas (ambas premenopáusicas) de esta complicación gestacional, que previamente habían sido diagnosticadas de miomatosas uterinas. H. ROBERT, bajo el título de «Histoire d'un gros fibrome saignant» (*Rev. Franc. Gyn.*, sept.-oct. 1954), describe una instructiva observación de mola hidatiforme, también en premenopáusica, que fue intervenida con diagnóstico de fibroma uterino. Abierto el vientre, apareció un útero francamente gestante, que obligó a corregir el diagnóstico y cerrar de nuevo. A las pocas horas, la enferma paría una mola completa.

b) *Signos que hacen nacer la idea de compresión*

Cuando por cualquier razón el útero fibromatoso no puede rebasar la pelvis menor y ocupar la cavidad abdominal libre, no tardan en producirse compresiones de la pared pelviana y de los órganos vecinos. En un fibroma que sangra, o no, aparecen entonces una serie de síntomas que sugieren la idea de compresión (figura 2), sensación de pesadez pelviana, dolores sacros, estreñimiento, tenesmo rectal, o más rara vez dolores lumbares, perineales o crurales. Tampoco son infrecuentes los trastornos urinarios: polaquiuria, disuria, dificultades en el vaciamiento vesical, cistitis secundaria, hematurias (atribuídas en algún caso a neoplasia vesical —ZUKERKANDL, HARTMAN, LOUMEAU—) e incluso retención urinaria por compresión o estiramiento uretral directos, o por contractura refleja del esfínter vesical (muchas veces es el primer síntoma que preocupa a la enferma). En algunos casos aparece una «iscuria paradójica» (micciones por rebosamiento), más que por compresión por excesivo estiramiento de la uretra. En oposición a estas manifestaciones, es sorprendente ver cómo a todos nos ha ocurrido, voluminosos miomas que ocupan casi en totalidad la pelvis, y que no producen síntoma vesical alguno.

Los síntomas señalados son «*patentes*», pero también pueden existir otros «*latentes*» que deben ser buscados: varices, edemas en miembros inferiores (por compresión tumoral de las venas ilíacas), fenómenos de estasis sanguíneo, etc. De todas formas, el edema grande es raro, aun en caso de enormes miomas, por lo que si su extensión es considerable no estará de más pensar en la posibilidad de una neoplasia maligna infiltrante que pueda ocluir las venas o linfáticos pelvianos (o ambos al mismo tiempo), o también en la concomitancia de una afección cardíaca o renal. La ascitis es también rara, pero puede producirse por compresión tumoral de las venas pélvicas. Su existencia, sin embargo, orientará más hacia un «malignoma infraabdominal» (degeneración maligna del fibroma, tumor ovárico maligno, etc.).

De gran interés es el llamado «*síndrome renal*» (oliguria, albuminuria, bacteriuria e hiperazoemia), que testimonia una compresión ureteral contra la pelvis, y que como han demostrado EVERETT y STURGIS no es rara. Menos frecuente es,

en cambio, el desarrollo de un hidroureter o una hidronefrosis. La compresión ureteral puede, sin embargo, ser completamente indolora aun cuando origine graves lesiones renales, por lo que es siempre aconsejable e incluso muchas veces decisiva, la intervención en toda enferma con mioma, aun asintomático, en la que el pielograma demuestra una importante lesión renal. Los citados EVERETT y STURGIS, al comprobar que la hipertensión es el doble frecuente en enfermas que radiográficamente mostraban estasis de las vías urinarias, sugirieron la idea de que tal hipertensión podría ser la responsable del discutido «corazón de mioma», del que tanto se ha escrito.

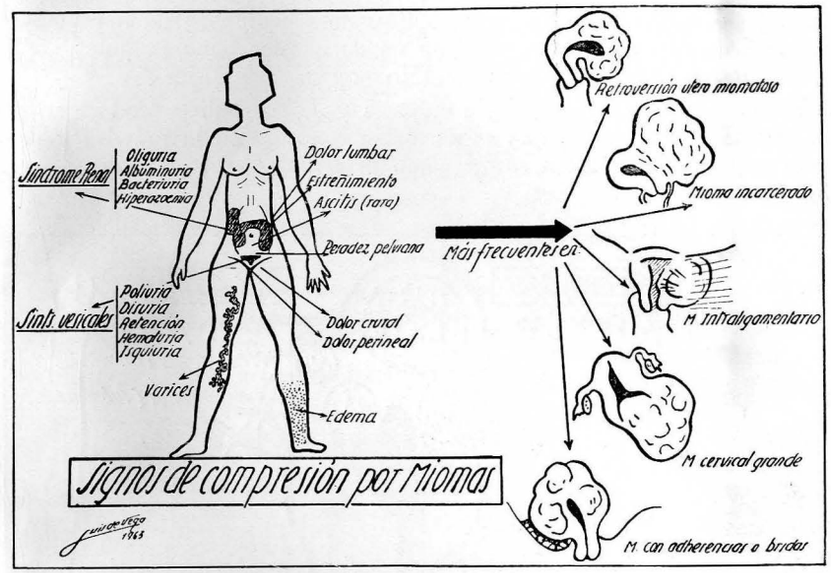


FIGURA 2

En los síndromes compresivos el tacto vaginal puede revelar diversos hallazgos; posiblemente, los más frecuentes son:

Cuello por debajo de la sinfisis, no siendo posible delimitar el fondo uterino; detrás del útero, en el Douglas, hay una gran masa dura que hace cuerpo con la matriz. Es este el carácter primordial del *fibroma posterior, que por su peso ha originado la retroversión uterina.*

Cuello y cuerpo están rechazados hacia delante por un tumor fijo, duro, irregular o no, que asienta en el fondo de saco posterior. Muy posiblemente se trata de un *fibroma incarcerado en pelvis.*

Cuello muy elevado, apoyado lateralmente por una masa dura, lisa, gibosa y pelviana, pero que por su aumento de volumen se ha convertido en abdominal rellenando el fondo de saco lateral. Hay que pensar en *fibroma intraligamentario.*

En general, los dolores y molestias por compresión dependen del *tamaño y localización de los nódulos tumorales*, por eso aparecen casi siempre (fig. 2):

En *miomas cervicales* que por su tamaño llenan casi por completo la pelvis.

En la *retroflexión* fija, o libre, que no puede reponerse por el tamaño del tumor.

En *tumores incluídos en el ligamento ancho* (imposibilidad de crecimiento hacia arriba).

Cuando existen *adherencias o bridas* por antiguas perimetroanexitis (el tumor al crecer y distenderlas produce dolor).

A pesar de todo lo dicho, sorprende ver enormes miomas que ocupan toda la pelvis sin que aparezcan manifestaciones urinarias o intestinales, de hiperemia pasiva o de compresión de troncos nerviosos importantes.

c) *Signos asociados al tumor que parecen evidenciar una complicación del mismo*

Aunque numerosos fibromas pueden ser tolerados indefinidamente, e incluso detenerse en su marcha en la menopausia, es muy corriente que si el tumor no se trata oportuna y adecuadamente, surjan complicaciones evolutivas de importancia. Sin embargo, «La cirugía activa y cotidiana no da a estos tumores tantas facilidades para complicarse como antiguamente» (MONDOR).

El fibroma, conocido o no, de la enferma y de su médico, traduce su complicación por «*signos nuevos*», que es necesario conocer. En la práctica y de modo un tanto esquemático, pueden surgir como principales eventualidades las siguientes (fig. 3):

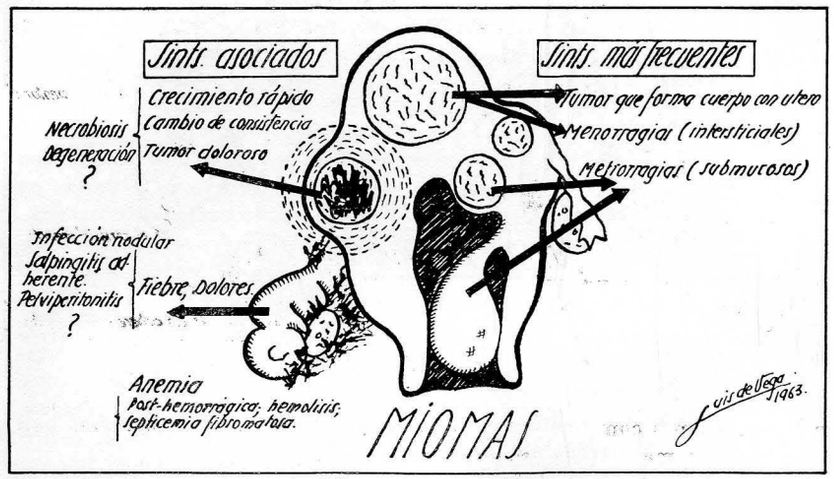


FIGURA 3

1. Un mioma *crece en poco tiempo, cambia de consistencia* y se *hace doloroso*. ¿Qué ha ocurrido?... Prácticamente hay sólo dos respuestas a este interrogante: ¿se trata de una necrobiosis?... ¿es una degeneración maligna?...

Los antecedentes de la enferma y la búsqueda de signos «asociados», pueden zanjar un problema que es ciertamente menos sombrío para el primero que el segundo caso.

En la *necrobiosis* (con frecuencia debida a isquemia por obliteración de una arteria única, terminal y nutricia de un fibroma intersticial o subseroso) son de gran interés:

El comienzo progresivo o señalado por un estado febril agudo; el aumento notable del tumor en pocos días; el carácter doloroso espontáneo y palpatorio; su consistencia blanda; un mal estado general de tipo tóxico por productos desintegrativos del metabolismo proteico, con facies de tinte amarillento manifiestamente

alterada; la V. S. G. suele estar francamente acelerada; la fiebre es casi siempre constante en la necrosis, supuración o putrefacción del mioma.

El mioma, tumor habitualmente indoloro, duele cuando es asiento de degeneración maligna o infección, comprime, está adherido o se torsiona. Justifican la aparición de este síntoma la presión sobre los nervios pélvicos, la necrosis extensa, torsión pedicular, distensión de adherencias en procesos inflamatorios agudos o crónicos de los órganos pelvianos, los trastornos circulatorios con edema que los presiona, etc.

Las degeneraciones secundarias *benignas* (que se presentan en un 30 por ciento de casos, según PIQUARD), no suelen originar síntomas clínicos llamativos; su descubrimiento es casi siempre resultado del examen histopatológico sistemático de las piezas extirpadas. El *endurecimiento* del mioma (por predominio de tejido conjuntivo —fibroma puro— o por calcificación) es raro. Mucho más frecuente es el *reblandecimiento*, que puede ser motivado por variadas causas:

Abundancia tumoral de espacios cavernosos (mioma telangiectásico o cavernoso).

Infiltración edematosa, por estasis circulatorio.

Degeneración mixomatosa o mucoide.

Degeneración hialina (ocasionalmente y por licuefación puede llegar a transformar el tumor en un verdadero quiste).

Degeneración adiposa (más frecuente en el puerperio).

Degeneración roja (forma de microbiosis peculiar del estado grávido, que también puede aparecer sin embarazo coexistente).

Necrosis (por alteraciones circulatorias de orden isquémico, trombosis vascular, alteraciones distópicas uterinas, torsión pedicular, necrosis aséptica total (WINTER).

Infecciones bacterianas (por gérmenes procedentes del aparato genital o intestino, llegados por vía linfática o sanguínea).

La *degeneración maligna*, sarcomatosa, es por fortuna rara, aunque muy variable, según los diversos autores; así desde un 10 por ciento, que llegó a dar WARNEKROS, se llega al 0 por ciento de PFANNESTIEL, pasando por 0'70 (EVANS), 0'56 (NOVAK-ANDERSON), 0'46 (VOGT), en setenta y dos mil casos hallados en la literatura, 1 por ciento (MASSON, CURTIS) y 2-3 por ciento (PIQUAND, OPITZ, ALBRECH). Recientemente, entre mil quinientos fibromas encuentran CORSCADEN y SING, de Nueva York, diecinueve casos de transformación sarcomatosa.

Esta disparidad estadística no es difícil de comprender si se tiene en cuenta lo relativamente comunes que son los fibromiomas muy ricos en células, y que a primera vista pueden confundirse con un sarcoma. Sin embargo, no suelen presentar mitosis y las enfermas de ellos operadas han continuado luego bien. TE LINDE cree que tan elevados porcentajes de degeneración sarcomatosa se deberían a una errónea interpretación histológica de estos fibromas muy ricos en células. CORSCAVEN y SING señalan que la sola presencia de atipias citológicas no es suficiente para justificar el diagnóstico de transformación sarcomatosa del mioma, sino que es precisa también la comprobación de propagación invasora. En sus enfermas que sólo presentaban estas atipias no observaron recidivas después de la miomectomía o histerectomía total o subtotal, pero en cambio las que tenían evidente propagación invasora recidivaron, sucumbiendo todas ellas.

Esta degeneración es mucho más frecuente entre los 40 - 60 años y, sobre todo, después de la menopausia, en la que se traduce por una reanudación de la actividad del tumor después de cierto tiempo de silencio. Puede ocurrir que en esta época un mioma que hasta entonces no lo había hecho, comience a sangrar por

hacerse submucoso y ulcerarse; pero toda hemorragia climatérica, sobre todo si se acompaña de aumento rápido del tumor, y que además se hace doloroso, debe despertar la idea inmediata de degeneración maligna, eventualidad cuya sola sospecha implica una indicación: la histerectomía, intervención a nuestro juicio plenamente justificada en «toda menopáusica que sangra», sin que pueda precisarse con exactitud la causa hemorrágica.

Los más expuestos a malignizarse parecen ser los miomas intersticiales, luego los submucosos y en mucha menor escala los subserosos.

2. En un mioma hasta entonces bien tolerado y después de un error terapéutico (radioterapia intempestiva) o sin causa desencadenante, aparecen *fiebre* y *dolores*. El tacto revela un tumor fijo con empastamiento posterior muy doloroso que se extiende a ambos lados. Hay que pensar en una posible pelviperitonitis o salpingitis adherente que fijan el tumor a los órganos vecinos. La intervención se impone, pero siempre y cuando las lesiones inflamatorias hayan sido «enfriadas».

En los procesos infectivos urinarios (vesicales o pieloureterales), como consecuencia del estasis urinario, es bastante constante la fiebre, manifestación que tampoco suele faltar en las degeneraciones del mioma, necróticas, supurativas o por putrefacción.

3. En una enferma con mioma ya conocido, llama la atención su extensa palidez, reveladora de acentuada *anemia*. Esta puede ser posthemorrágica (hipocrómica, de bajo valor globular) por pérdidas abundantes o prolongadas, con pausas interhemorrágicas muy cortas que no dan a la enferma ocasión de reponerse, originando un cuadro anémico cada vez más acentuado con palpitaciones, mareos, cefaleas, gran palidez cutánea y laxitud extrema. El análisis sanguíneo (recuento globular, tasa de hemoglobina, etc.) proporcionará los datos necesarios para estatuir el adecuado tratamiento previo (antianémicos, transfusiones, etc.) a la intervención, indicación que en estos casos se impone.

Con hemorragia *moderada*, también pueden existir facies pálida, taquicardia, ligero estado subfebril y diversas manifestaciones anémicas, como consecuencia de una verdadera *septicemia fibromatosa*. La presencia de una gran palidez desarrollada sobre una ictericia, es con frecuencia resultado de una *hemólisis* por destrucción globular originada por ciertos miomas de marcha rápida o transformados (degeneración maligna, asociación a adenocarcinoma corporal) que lanzan a la circulación lipoides hemolíticos, que son los responsables de las manifestaciones citadas (taquicardia, disnea, palpitaciones, etc.).

Todos estos casos constituyen indicación de transfusiones sanguíneas, seguidas de la extirpación del foco hemorrágico o de la hemólisis desencadenada.

2. Miomas descubiertos con motivo de un accidente agudo

Son los raros casos que se operan de urgencia con falso diagnóstico que la laparotomía hace rectificar. El error no es difícil en algunas circunstancias (figura 4):

1. La aparición súbita de un *síndrome de torsión*: dolor abdominal violento, ansiedad extrema, tendencia sincopal, respiración entrecortada, taquicardia, hipotensión, palidez, sudores fríos, deshidratación general, náuseas o vómitos, vientre cerrado con reacción de defensa y timpanización, a veces fiebre, etc. (fig. 5), es decir, un verdadero cuadro de «peritonitis por cuerpo extraño», hace ir a buscar un tumor en el vientre o, si éste era ya conocido, sus cambios locales, sobre todo el aumento de volumen. Dada su frecuencia pronto se diagnostica: «torsión de

quiste ovárico», pero la intervención muestra como error una rara complicación: la *torsión de un fibroma subseroso pediculado*, o más rara vez aún: la *torsión axial de un útero fibromatoso*, caso rarísimo y extraordinariamente grave, en el que la rotación se hace sobre el eje útero-tumor, con síntomas de abdomen agudo semejantes a los de la torsión pedicular (Nordmeyer), pudiendo surgir, aunque muy rara, una grave contingencia: el *hematometra* por oclusión del canal cervical (Pankow).

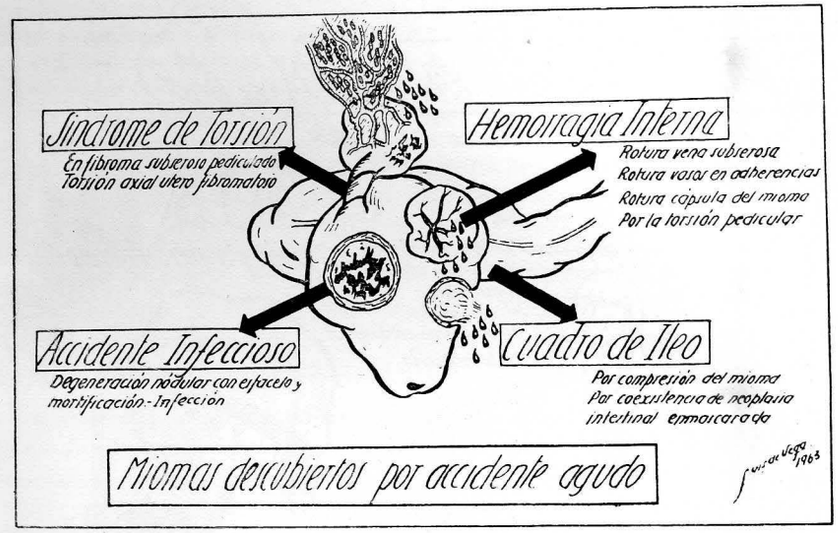


Figura 4

El predominio del shock puede hacer confundir el cuadro con un íleo o una perforación. La compresión venosa dificulta la circulación de retorno, originando congestión y aumento de volumen del tumor con dolor intenso, al que se une un cuadro tóxico de irritación peritoneal por absorción de productos amínicos (Botella); súmanse así al shock hemodinámico y el protoplasmático.

En algunos casos la torsión axial del útero fibromatoso ha coincidido con embarazo (Pérez, Pavlosky, Poggi) o sobrevenido en el puerperio (Boero, Enríquez). Fundamental para el diagnóstico sería el «*plegamiento de los fondos de saco vaginales que siguen la rotación del eje uterino*» (Chueco, Pavlosky) y *la impracticabilidad del cateterismo uterino* (fig. 5).

En la mayoría de casos las lesiones hísticas indicarán la histerectomía, pero en otros (torsión pedicular de miomas) el problema podrá ser resuelto de modo conservador con una polipectomía o miomectomía seguida de ligamentopexia, en evitación de una recidiva de la torsión (Cotte, Mathieu, Poilleux).

2. Otras veces un brusco cuadro de *hemorragia interna* (Perrier, Wallace, Brunner) es el que con un diagnóstico de embarazo ectópico complicado obliga a laparotomizar de urgencia, pero en la intervención lo que se encuentra es un fibroma, generalmente grande, enclavado y duro, en cuya superficie *se ha roto una vena subserosa*, que es la causante del hemoperitoneo. Son casos raros (Masciottra, Stingl, Mc. Neil, Fernández Ruiz, Leroux-Hermonet, Polloson —caso coincidente con embarazo—, etc.), de los que Bauman, en su tesis, logró reunir treinta.

La rotura venosa se ha atribuído a traumatismos directos o indirectos, coito violento y rozamiento del tumor contra el promontorio. En ocasiones, sin dominar el cuadro hemorrágico, con escasa cantidad de sangre, es el cuadro doloroso (muy semejante al del ectópico) quien obliga a laparotomizar. Generalmente la sangre se colecciona en el Douglas formando un hematocele retrouterino más o menos voluminoso. Son casos que obligan con frecuencia a histerectomizar.

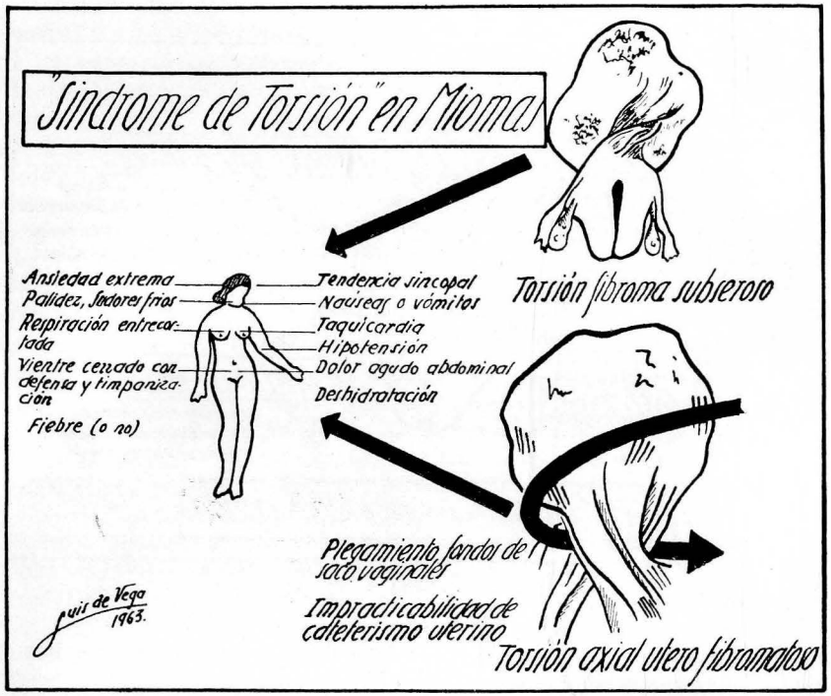


FIGURA 5

En algunos miomas de larga duración y localización subserosa, pueden producirse adherencias a intestino y epiplon, desarrollándose vasos de cierta magnitud, que por rotura también pueden causar un grave hemoperitoneo (fig. 4). La rotura de la cápsula del mioma, de vasos en la torsión pedicular de los subserosos, las grandes hemorragias en el interior de miomas encapsulados, originan cuadros similares, cuyo diagnóstico preoperatorio es prácticamente imposible; se piensa en ectópico roto, torsión pedicular, perforación gástrica o intestinal, pero no en esta rara eventualidad.

3. En una enferma con mioma (conocido o no), aparece un brusco *cuadro de íleo;* se plantea entonces un problema pleno de dificultades: el de las *oclusiones combinadas.*

Si el fibroma es duro y comprime fuertemente el recto o colon pelviano puede ser causa de la oclusión, produciendo en estos órganos toda una gama de alteraciones (congestión, necrosis o masa inflamatoria) responsables del íleo (CALVET). La eventualidad es rara, pero posible (CULLINGWORT, REUUTER). Pero la relación de causa a efecto: mioma-oclusión, no siempre es tan aparente, ya que pueden

coexistir el tumor uterino y una neoplasia de colon enmascarada, que es quien verdaderamente causa el trastorno mecánico intestinal (OKINCZYC, METIVEG). Abierto el vientre y antes de tomar cualquier decisión, es conveniente extremar la exploración, como dice MONDOR: «Il faut savoir lire dans le ventre; agrandir é chercher l'explicaption du simptome qui ne cadre pas».

4. Más raro es que el mioma plantee un abdomen agudo por *accidente infeccioso.* La necrosis por isquemia en una torsión o en una trombosis vascular, facilita la infección, y viceversa: la infección tumoral puede llevar a la necrosis. En cualquier circunstancia y cualquiera que sea la procedencia de los gérmenes (conducto genital, órganos vecinos, vía linfática o sanguínea), el cuadro dominante es *peritoneal, doloroso* y *febril,* con alteración hemática de tipo infeccioso. Se puede llegar hasta la supuración global del tumor, que se transforma en un saco de fina pared semejante a un quiste supurado. La rotura de su pared puede originar una peritonitis séptica, con desaparición exploratoria del tumor antes perceptible. Mucho más frecuente que esto es encontrar miomas degenerados, con esfacelo y mortificación, que originan cuadros dolorosos febriles, con timpanización abdominal, alta leucocitosis y elevada sedimetría; cuadros que naturalmente invitan a un tratamiento contemporizador y en los que, sin embargo, el único tratamiento correcto, y siempre comportando un serio pronóstico, es la intervención.

3. LOS MIOMAS SUBMUCOSOS

Ofrecen signos particulares y riesgos especiales que es necesario conocer. Recordemos su evolución anatómica: *fase intrauterina, parto a través del cuello, amenaza de necrosis.* ¿Qué signos clínicos evidencian estas diversas fases?

Las hemorragias, es decir, la prolongación de las reglas, suelen ser quienes en principio preocupan a la enferma. Tampoco es infrecuente que en el intervalo menstrual aparezca cierto derrame blanquecino mucoso, o francamente acuoso, hidrorreico. Secundariamente aparecen dolores vivos, de corta duración y repetidos, verdaderos cólicos expulsivos. Si las hemorragias se prolongan demasiado o son muy abundantes no tarda en aparecer un cuadro anémico que puede llegar a ser grave. Al tacto en estos casos, aparecen síntomas locales variados, pero poco demostrativos: útero aumentado o lobulado y cuello generalmente entreabierto, que naturalmente hacen vacilar en principio: ¿restos abortivos?... ¿cáncer endometrial?..., ¿pólipo cavitario?..., obligando a la histerometría y legrado-explorador. Sin embargo, no suelen tardar en aparecer ciertos signos particulares que permiten reconocer al pólipo cuando éste se ha exteriorizado: cuello dilatado, y por delante de él o entre sus labios, e incluso ya en vagina, un tumor que por su firmeza no puede semejar ninguna otra cosa. El índice puede desplazarse a su alrededor y percibir con claridad el pedículo tumoral. Diagnosticado el pólipo miomatoso, en estos momentos debe intervenirse quirúrgicamente (exéresis simple por torsión o sección pedicular, o histerectomía si se trata de un nódulo submucoso de un fibroma plurinodular). De no intervenir en esta fase, posiblemente más adelante llegará un momento en el que la enferma, si todavía no se ha alarmado por los síntomas anteriores, lo hará por la anemia progresiva, y aun con más frecuencia por las manifestaciones originadas como consecuencia de la mortificación del pólipo, a causa de su precaria nutrición y de la infección adicional. Aparece entonces un flujo sucio, amarillento, mezclado o no con sangre, mal oliente o fétido, y al tacto es de fácil percepción un tumor de consistencia irregular, duro en algunos puntos, blando en otros, que de primera intención y por el no habituado puede llegar a confun-

dirse con un cáncer cervical, y que, sin embargo, es un tumor prolapsado a través del cuello, que está completamente indemne y forma un rodete o reborde circular que rodea al tumor o su pedículo.

Junto a estos síntomas locales, aparecen con frecuencia otros generales: aspecto pálido anémico, de toxiinfección, con estado febril y grandes escalofríos, taquicardia, oliguria, etc., que revelan un grado diverso de «septicemia uterina», cuyo pronóstico hay que condicionar a la virulencia del germen y a la resistencia orgánica, pero casi siempre de gran seriedad si no se adopta oportunamente la decisión operatoria acompañada del adecuado tratamiento médico.

Son estos, en líneas generales, los principales «problemas *clínicos* que pueden plantear los fibromiomas uterinos», problemas que de modo eminentemente *práctico* hemos tratado de exponer en las líneas que anteceden.

RESUMEN

Se abordan en este trabajo, esencialmente práctico, los múltiples problemas que en la clínica pueden ofrecer los miomas uterinos en cuanto a su diagnóstico, a sus signos especiales, a su evolución y a las características de su tratamiento.

En su exposición se refiere sucesivamente: a aquellos que son "asintomáticos", tolerados largo tiempo e ignorados hasta que un examen fortuito los pone de manifiesto; a los que una serie de "signos funcionales", fenómenos de vecindad o complicaciones, conducen a su diagnóstico; a otro grupo importante, descubiertos con motivo de un "accidente agudo" (torsión, hemorragia interna, íleo o infección); y, finalmente, a los "de evolución submucosa", que ofrecen signos particulares y riesgos especiales, señalando en todo momento el criterio adecuado para su tratamiento correcto.

Dirección: Sanjurjo, 1, 1.° - Astorga.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

VALORACIÓN DEL QUIMISMO GÁSTRICO EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

VICEPRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

MADRID

Los avances en los métodos exploratorios, no han disminuído las dificultades en el diagnóstico temprano del cáncer gástrico.

El problema se mantiene sin resolver, con toda la angustia que representa la enorme cifra de mortalidad por cáncer, aproximadamente la décima parte de las causas de muerte.

Del total de los casos de cáncer se eleva, según las estadísticas, a un tercio la localización gástrica, con tendencia a aumentar globalmente ambas cifras al prolongarse considerablemente la vida humana.

La sintomatología del cáncer gástrico suele ser bastante clara en las fases avanzadas del tumor, haciendo fácil el diagnóstico. No faltan casos en que los síntomas faltan, o son tan atenuados que cuando el médico ve por primera vez al enfermo, ya la neoplasia es inasequible, o difícilmente asequible a la cirugía.

Otras veces, desde los primeros síntomas, la evolución ha sido tan lenta e incluso intercalada por largos períodos de mejoría general y desaparición de aquellos síntomas, que se borra o se atenúa nuestra sospecha, inclinando nuestro pensamiento a trastornos funcionales o disturbios psicógenos.

Varias veces hemos insistido en que muchos casos de cáncer gástrico tardan años en dar sintomatología. Es *a posteriori* cuando relacionamos con él trastornos dispépsicos o neuromotrices, la existencia de anaclorhidria, de anemia o de una hematemesis o melena, que no hemos valorado debidamente, por ser síntoma aislado al parecer dominado con fácil terapéutica o atribuible a un proceso erosivo o ulceroso gastroduodenal con comprobación radioscópica o radiográfica poco demostrativas y faltas de metódica y rigurosa técnica.

No son excepcionales los enfermos en los que una melena, menos veces una hematemesis, es la primera manifestación del cáncer gástrico. La melena puede revestir la forma de pequeñas y discontinuas hemorragias, sin molestias subjetivas, sin dolor y acompañadas sólo de un estado de astenia y flojedad general y anemia más o menos manifiesta, según la intensidad de las pérdidas sanguíneas. El análisis de la sangre confirmará la existencia de la anemia, con las características de una anemia posthemorrágica, generalmente hipocrómica.

Un dato muy importante del análisis de sangre, que hemos comprobado casi siempre, es el aumento de la velocidad de sedimentación, mucho más pronunciado en el cáncer que en la úlcera gástrica.

La causa de estas hemorragias es la ulceración del tumor, que puede ocurrir pronto en las formas blandas, rápidamente proliferantes y destructivas de la mucosa, mientras que las formas de escirro invaden la pared gástrica lentamente, con gran proliferación de tejido conjuntivo y sin destruir la mucosa, por lo que pueden evolucionar sin hemorragia o sobrevenir ésta muy tardíamente y cuando ya el diagnóstico se impone por otros síntomas ostensibles.



FIGURA 1



FIGURA 2

Ya hemos dicho que predomina, en las hemorragias, la forma de melena, y, sobre todo, las pequeñas y frecuentes hemorragias, que pasan inadvertidas y en las que sólo pensamos cuando el análisis de la sangre, impuesto por el estado general del enfermo, confirma la existencia de profunda anemia.

Aún recientemente, hemos visto un paciente que, por aquejar extrema flojedad e incapacidad para el trabajo intelectual, consultó a su médico de cabecera, que fue el primer sorprendido al encontrar, en el análisis de sangre, 1.200.000 glóbulos rojos, con baja de hemoglobina y aumento del índice de Katz. La exploración radiográfica de aparato digestivo fue negativa de varices esofágicas y úlcera o cáncer gástrico o intestinal, dando sólo unos divertículos en colon sigmoideo que no creemos hubieran sido causa de hemorragias ocultas.

En este enfermo se comprobó que el quimismo gástrico era anaclorhídrico. Este hecho, en persona de más de sesenta años, sin otras causas reconocibles de hemorragia o de anemia, hace temer la posibilidad de una neoformación gástrica en

fase inicial, sin signos radiológicos, a pesar de que rápidamente rehizo su fórmula sanguínea, aproximándola a la normal, con moderada hipocromía.

Como muy demostrativo tenemos siempre presente el siguiente caso:

Enferma de 47 años, con historia gástrica de ocho años caracterizada por dolores no intensos, a temporadas, localizados en hipocondrio y cuadrante superior derechos y pocas veces en zona gástrica izquierda, dolores algunos días muy persistentes. Alguna vez regurgitaciones, en ayunas, de líquidos amargos que expulsaba en pequeña cantidad procurándole alivio.

Sin otra sintomatología sufrió una hematemesis acompañada de intenso mareo. La pérdida de sangre no debió ser grande, pues a los quince días, cuando nos consultó, el análisis de la sangre dio los siguientes datos: 4.380.000 hematíes, 7.600 leucocitos, 95 por ciento de hemoglobina, 1'10 de valor globular y 11'25 mm. de velocidad de sedimentación.

La exploración no aporta ningún elemento de juicio.

El análisis del recogido gástrico (EWALD-BOAS) dio anaclorhidria (con acidez total de 0'365 por mil) con reacciones negativas de sangre y de ácido láctico.

Radiográficamente se encuentra un nicho grande en el antro, más próximo a curvadura mayor. El radiólogo sugiere puede tratarse de úlcera, poliposis o neoplasia maligna.

A estos datos hay que añadir la conservación del apetito, la moderada pérdida de peso (unos tres kilos desde la hematemesis) y la rápida reposición del estado general.

En suma, lo más importante para nosotros fue la existencia de una artritis y la anaclorhidria, con moderada anemia ligeramente hipercrómica e índice de Katz casi normal.

¿De qué naturaleza era la antritis? ¿Ulcerosa o neoformativa?

Un mes después la enferma había mejorado mucho de los dolores, recuperado más de tres kilos de peso y radiográficamente sólo presentaba un pequeño nicho en la curvadura menor del antro pilórico.

Le disponemos nuevo tratamiento y juzgamos necesario explorarla periódicamente, siempre por temor a un proceso neoformativo.

Varios años después, por persistir el dolor a temporadas, fue sometida a minuciosa exploración radiográfica, diagnosticando el radiólogo gastroduodenitis con antritis.

Por el tiempo transcurrido desde la hematemesis, por el buen estado general sin pérdida de peso, conservación del apetito y fórmula sanguínea normal, con 8 de índice de Katz, nos tranquilizamos en cuanto a la naturaleza del proceso.

Sin embargo, seis meses después, por acentuarse los dolores, por presentar tumoración palpable, y dar las radiografías imagen de falla en la curvadura mayor (cara posterior, alta), hubo de plantearse con urgencia la indicación quirúrgica. La operación fue realizada por experto cirujano, encontrando una extensa neoformación gástrica, por lo que hubo de practicar una gastrectomía total. El estudio anatomopatológico de la pieza resecada dio el diagnóstico de carcinoma infiltrante.

La enferma sucumbió un año y medio después en plena reproducción del tumor con estenosis progresiva del cardias.

Casos como el historiado nos hacen pensar en el gran valor que tiene la anaclorhidria en los enfermos que parecen ulcerosos, mucho más si se acompañan de dolor o de otros síntomas no muy explicables por un proceso ulceroso.

Y también nos confirman en la idea de que es excepcional la úlcera con anaclorhidria y la degeneración de úlcera en cáncer, así como frecuente la existencia de muchos casos de cáncer gástrico de evolución lenta, como el reseñado, y que son fundado motivo de desviación diagnóstica.

RESUMEN

Se hace resaltar en este trabajo el gran valor que en ocasiones tiene la anaclorhidria en enfermos al parecer ulcerosos y que, a pesar de su escasa o nula sintomatología, pueden desarrollar un cáncer gástrico de lenta evolución, como ocurrió en un caso muy demostrativo, que expone en su nota.

Dirección: Alcalá 108, 5.º. Madrid - 9.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

CURSO INTERNACIONAL DE ENDOCRINOLOGÍA MÉDICA
HOMENAJE DE TRABAJO AL PROFESOR MARAÑÓN EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID
DIRECCIÓN: DR. VICENTE POZUELO

LA CURA BALNEARIA EN LAS ENDOCRINOPATÍAS

POR EL

DR. ANTONIO CASTILLO DE LUCAS

PROFESOR ENCARGADO DE LA CÁTEDRA DE HIDROLOGÍA Y CLIMATOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

MADRID

OFRENDA DE GRATITUD Y ADMIRACIÓN

EL profesor MARAÑÓN siempre habló bien de los balnearios, creía en la cura hidroclimática y se lamentaba de que no estuviese más propagado y acreditado este tratamiento, que es el más antiguo y aún sobrevive en la actualidad, aunque en precario, pasado su período de moda, y no por su falta de eficacia, sino por otros motivos que vamos a copiar, literalmente, de un notable prólogo que escribió nuestro tan llorado y querido maestro [1].

«Las razones de las crisis de las aguas curativas de España son, en términos generales, las siguientes:

Primero, el poco interés de nuestros médicos generales, que han perdido, en los últimos decenios, el hábito de prescribir a sus enfermos la estancia periódica en los balnearios.

Segundo, la deficiente asistencia prestada, en general, por los médicos de baños, que se limitan a recetar maquinalmente tantos vasos de agua o tantas inmersiones a tal temperatura, sin hacer un estudio profundo del caso clínico ni de su curso.

Tercero, el alojamiento incómodo, la comida funesta o, cuando menos, impropia, y el aburrimiento mortal que se disfruta en buena parte de nuestros balnearios, y

Cuarto, el afán de muchos agüistas de preferir las aguas extrapeninsulares a las del país, no siempre por buscar los cuidados médicos o las condiciones materiales a cuya ausencia he aludido antes, y que tendrían alguna justificación, sino casi siempre por el snobismo que ya criticaba FÍGARO y que en los últimos años se ha centuplicado a favor de los fáciles medios de comunicación...»

Como vemos, don Gregorio se interesó por el problema balneario y reflexiona sobre el aspecto científico, profesional y humano, y hasta el económico-nacional como buen español; por todo esto, con todo respeto, rendimos nuestro homenaje de gratitud y de admiración a su gloriosa memoria.

La cura balnearia

Es compleja, por cuanto influyen dos factores: el agua y el bioclima. El agua minero-medicinal actúa tanto por la técnica de aplicación hidroterápica como por sus propiedades físicas, químicas, radioactivas y biológicas, pero además por el bioclima en el ambiente balneario. Es, por tanto, impropio decir «cura de aguas» o «cura termal»; debe decirse, como lo concibe don Gregorio, «cura balnearia»; prueba de ello es que si ese agua se transporta de localidad ya no tendría las mismas propiedades de temperatura, concentración y radioactividad —ésta la pierde totalmente—, y además porque falta el factor bioclimático.

1. Aguas

Las aguas mineromedicinales son variadísimas. Cada autor estima más importante un factor y por él las ordena; así tenemos, entre los que siguen un criterio químico, aquellos que las clasifican con arreglo a los aniones o por los cationes; otros por las propiedades físicas, temperatura, densidad, radioactividad, etc.; mucha fama ha tenido la clasificación clínica: anticatarrales, antirreumáticas, digestivas, etcétera. Nosotros seguimos la del profesor San Román, que participa de las ventajas de cada una de ellas y atiende a su valor práctico y didáctico. Estos grupos son:

a) *Aguas sulfurosas,* por el predominio del ion *sulfur*; son excitantes, reponen el azufre en los tejidos que lo pierden cuando están enfermos (exudación mucosa en las enfermedades del aparato respiratorio, queratina en las de la piel, condroitin sulfúrico en las articulaciones, etc.), estimulan la fibra cardíaca y son hipertensoras. Tipo de ellas son Ledesma y Retortillo (Salamanca), Montemayor (Cáceres), Grávalos (Logroño), Bañolas (Gerona), Caldas de Orense, etc.

b) *Aguas cloruradas,* predomina el cloro; son tónicas, antiinflamatorias en más o menos grados según la concentración, activan la circulación linfática y aumentan el metabolismo. Rodríguez Pinilla [2] las comparaba al tiroides por esta acción. Ejemplos son Arnedillo (Logroño), Cestona (Guipúzcoa) —ésta por estar asociada al sulfato de magnesio, es a la vez colagoga—, Fortuna (Murcia), La Toja (Pontevedra), San Juan de Campos (Baleares). Dentro de la variedad clorurado-sulfurosas, tenemos Archena (Murcia), Zújar (Granada), etc. Indicadas en afecciones reumáticas, respiratorias, aparato locomotor, astenia.

c) *Aguas bicarbonatadas,* son alcalinas por su reacción, excepto las que contienen ácido carbónico (que pierden pronto), regulan el Ph, facilitan el metabolismo y las funciones digestivas en general; tiene una acción sedante sobre el sistema nervioso, especialmente la variedad cálcica. Muchas son potables y se utilizan como aguas de mesa. Entre otras, destacamos las de Borines (Asturias), Caldas de Malavella (Gerona), Firgas y Los Berrazales (Las Palmas), Mondariz (Pontevedra), Molgas (Orense), Lanjarón (Granada), Bellús (Valencia), etc. Indicadas en afecciones digestivas, reumatismos metabólicos, alergias, etc.

d) *Aguas sulfatadas.* Hay dos tipos: las sódicas, magnésicas y mixtas, de acción purgante; las cálcicas, sedantes, metabólicas y reconstituyentes. Alhama de Murcia y Granada.

e) *Aguas ferruginosas.* Las caracteriza la presencia de una sal de hierro en la proporción de un centígramo por litro, como mínimo. El anión más propio es el bicarbonato. Son antianémicas, reconstituyentes y congestivas. Entre otros balnearios, Graena (Granada), Incio (Lugo), Puertollano, Hervideros de Fuensanta (Fuencaliente (Ciudad Real).

f) *Aguas oligometálicas*; están caracterizadas por tener una concentración en sales inferior al gramo; son aguas fácilmente absorbibles, difusibles y eliminables por el riñón. Sus aplicaciones son como diuréticas, sedantes y metabólicas. Existen de todos los tipos, frías y calientes, y dentro de ellos las variedades con los aniones y cationes antes citados. Son muy numerosas, sirvan de ejemplos Guitiriz (Lugo), Corconte (Burgos), Castromonte (Valladolid), Alhama de Aragón (Zaragoza), Solares (Santander), etc.

g) *Aguas radiactivas.* Son también muy numerosas en España. En general son de muy poca concentración y temperatura, excepto La Toja y San Juan de Campos. Tienen una acción antialérgica y sedante. Sobre las secreciones internas, amortiguan la acción del tiroides. Suprarrenales, tiroides y genitales. Como ejemplos, mencionamos la Puda de Montserrat (Barcelona), Caldas de Besaya (Santander), La Garriga (Barcelona), Puente Viesgo (Santander), Caldelas de Tuy (Pontevedra), Jabalcuz (Jaén), Alange (Badajoz), Jaraba (Zaragoza), etc.

2. Bioclimas

En España existen balnearios en todas las latitudes y con los más diferentes caracteres meteorológicos, de regímenes de lluvias, vientos, horas de sol, etc. Con arreglo a su situación, cabe clasificarlos en cuatro grupos:

a) *Marítimos* (en la costa o en sus inmediaciones, y en altitud no superior a 100 metros). En España hay que subdividirlos según el mar que baña la región: Cantábrico, Atlántico (Norte o Sur) y Mediterráneo (tres zonas: Andalucía, Levante y Cataluña). En general, es clima sedante y no existen grandes alteraciones barométricas. La temperatura en relación a la latitud, superiores a 10 grados en el Sur, inferiores en el Norte.

b) *Climas de llanura o de mediana altura* (llanuras de Castilla la Vieja y Nueva, de Aragón y Cataluña). El clima es tónico, con mayor o menor temperatura según corresponde a la parte Norte o Sur de la Península. Grandes oscilaciones barométricas y termométricas entre verano e invierno y aun diarias entre el día y la noche, al sol y a la sombra.

c) *Climas de altura.* Superiores a mil metros: Cordillera Pirenaica (Panticosa 1.636 m.; Caldas de Bohí, 1.415 m.), Cordillera Cantabro-Astúrica (Caldas de Nocedo, 1.060 m.; Caldas de Luna, 1.500 m.), Ibérica (Segura de Aragón, 1.000 m.). El clima es excitante y está contraindicado en los cardíacos e hipertensos.

d) *Climas isleños.* Se caracterizan por la variedad y rápido tránsito del clima marítimo al de llanura y de montaña, con las reacciones cardiovasculares y nerviosas consiguientes.

Fundamento hidroclimático en endocrinología

Lo deducimos de la magistral orientación que don Gregorio señaló en la lección inaugural de su último curso oficial [6], que tenía este título: «Nuevos puntos de vista en el sentido y la pedagogía endocrina», y que sintetizamos en tres principios que pueden aplicarse a la cura balnearia:

Primero: En la patología de las glándulas endocrinas, remanecen las teorías de los síndromes pluriglandulares, no solamente porque el trastorno de una glándula repercuta secundariamente en otras, sino porque en sí sean trastornos primordiales también. Cierto es que hay afecciones muy localizadas aparentemente, pero la anatomía patológica demuestra que existen lesiones en otras glándulas o en otros órganos. Igual ocurre con las aguas mineromedicinales, como acabamos de ver, pues al actuar sobre un sistema influyen también en otros.

Segundo: Por la relación del sistema endocrino sobre el sistema nervioso tienen como eslabón el diencéfalo. También este hecho de correlación neuroendocrina está comprobado en hidrología [3], experimentalmente, reproduciendo el síndrome de adaptación de SELYE, y clínicamente por los efectos curativos en diversas enfermedades reumatoideas, en las que las glándulas de secreción interna intervienen activamente.

Tercero: Idea de la responsabilidad química, superior en extensión a la idea anatómica y fisiológica, y que lleva consigo la noción de la totalidad del trastorno general que sufre el organismo al enfermar. Este concepto marañoniano de *enfermedad de la totalidad* tiene su origen en aquellos clásicos conceptos de nuestros viejos clínicos, saturados de experiencia, y que empleaban palabras como diátesis, dispepsias, artritismo, y que luego después se han cambiado por palabras un tanto huecas, como distonía vegetativa, neurosis, alergia, etc. MARAÑÓN agrega: «El movimiento actual de interpretar estos síndromes vagos, que ningún médico de conciencia hace no sin un sentimiento de humillación, para interpretarlos, digo, como síndromes de sistema, no es un intento más para decir a medias y con más o menos pedantería lo que no se sabe decir con exactitud. Sino un paso importante hacia la verdad. Y esta verdad es la de la Medicina de la totalización» [6].

Esto mismo ocurre con las aguas mineromedicinales con su acción tan variada, tomadas además en su propio ambiente, es decir, en el balneario, y por ser medicación integral para el cuerpo y para el alma, merece que las estudiemos con interés y se apliquen cuando están indicadas con la mayor confianza en su eficacia.

ACCIÓN ESPECIAL

Dentro de la acción general, que, repetimos, es la más importante, dado el concepto de totalidad de la enfermedad, tienen las aguas y los climas indicación particular en determinados síndromes en que tiene preferencia una glándula endocrina, así tenemos las siguientes indicaciones:

a) Tiroides

En el hipertiroidismo, especialmente en los casos sin bocio, están indicadas las aguas radioactivas, por su acción sedante, y en clima bajo o de mediana altura, como Esplugas de Francolí (Barcelona), San Hilario de Sacalm (Gerona), Alhama de Murcia, Caldas de Orense. El baño ha de ser a temperatura indiferente (35-37°), sumersión suave, estancia prolongada. También pueden aplicarse las aguas cálcicas, como las de Alange (Badajoz).

En las formas iniciales del bocio exoftálmico pueden igualmente utilizarse las aguas radioactivas de variedad cálcica y mesotermales, con gran prudencia para no producir reacciones vasamotoras. En período de agudización está contraindicada toda la terapia hidrológica.

En el hipotiroidismo, pueden aplicarse en las formas leves con retardo nutritivo discreto aguas cloruradosódicas fuertes hipotermales y sulfurosas en balnearios con climas tónicos, frescos y de mediana altura, como Arnedillo (Logroño), Fitero (Navarra), Fontibre (Santander), etc.

En los casos de cretinismo, muy precozmente, pueden beneficiarse con aguas del mismo género que las anteriores, ya más avanzadas sólo actúan de modo paliativo. En los casos de mixedema están contraindicadas, en particular, las curas hidroclínicas o en bebida, aunque por otra causa las precisaran, por ejemplo, en los casos de litiasis renal.

En los casos de hipotiroidismo con bocio, no tienen indicación por éste, sino sólo por el síndrome hipotiroideo; las aplicaciones serán suaves y mesotermales, para evitar alteraciones cardiovasculares con aguas cloruradas y sulfurosas.

En general, los casos de distiroidismo tendrán estas indicaciones: si la enfermedad determina reacciones hipertiroideas, se aplicarán aguas radioactivas y oligometálicas, en clima marítimo o de poca altura; en los casos de reacción hipotiroidea, aguas cloruradas y sulfurosas, éstas particularmente si se acompañan de artritis reumatoides y en clima de llanura, fresco y seco.

b) Paratiroides

Las aguas de tipo excitante —sulfurosas y cloruradas hipertónicas— en climas de mediana altura, están indicadas en las formas de hiperparatiroidismo con miastenia, y en las de algias óseas reumatoideas, en balnearios como: Retortillo (Salamanca), Grávalos (Logroño), en clima seco, fresco y de mediana altura.

En casos de síndrome hipoparatiroideo (tetania, contracturas, etc.) están, por el contrario, aconsejadas las aguas sedantes sulfatado-cálcicas y radioactivas en balnearios de llanura, Alanje (Badajoz), Alhama de Murcia, etc.; lo esencial es que sea un clima seco, pues sabido es que estas glándulas se dejan influir mucho por la humedad.

c) Timo

En los trastornos de déficit secretorio y estados timolinfáticos de la infancia, están indicadas las aguas clorurado-sódico fuertes y el clima marítimo. Arteijo (Coruña), La Toja (Pontevedra), etc. La estancia balnearia debe ser prolongada, como en todos los casos de fondo constitucional.

d) Hipófisis

Sólo por su acción paliativa pueden emplearse en los casos de hiperpituitarismo las aguas radioactivas, por su acción sedante, en clima marítimo o de poca altura. En los casos de hipopituitarismo con síndrome adiposo genital incipiente, pueden ser útiles las aguas clorurado-sódico fuertes en clima marítimo La Toja (Coruña), San Juan de Campos (Mallorca).

e) Suprarrenales

Tampoco son más que paliativas, las aguas mineromedicinales en los casos avanzados de hiperepinefria, tanto en su forma cortical (síndrome suprarrenogenital), como en la medular (síndrome suprarrenovascular); en ambos casos se emplearán aguas radioactivas en clima sedante, marítimo o de llanura baja: Solares (Santander), San Hilario de Sacalm (Gerona), Cardó (Tarragona), etc.

En la insuficiencia suprarrenal, en su fase inicial pueden ser útiles las aguas clorurado-sódicas y clorurado-sulfurosas por su acción tónica, alcalinas para combatir la acidosis y ferruginosas y si domina un síndrome anémico. El clima, preferentemente, debe ser de altura, o cuando menos de llanura alta en el Norte de Castilla. En el mal de Addison están totalmente contraindicados los baños medicinales; sólo deben tomar estos enfermos aguas alcalinas en todas las comidas, para combatir la tendencia a la acidosis.

f) Genitales

Tanto en el hombre como en la mujer, pueden tratarse con aguas radioactivas y sedantes, en clima marítimo o de poca altura, los casos de hipergonadismo, y, por el contrario, la insuficiencia genital con aguas clorurado-sódicas fuertes. En la

mujer son útiles las aguas ferruginosas en las insuficiencias ováricas juveniles, con anemias hipocrómicas. En la insuficiencia ovárica de la mujer adulta, tanto por castración quirúrgica como por el climaterio, son muy útiles las aguas radioactivas de variedad alcalina, en clima sedante junto al mar o en llanura de mediana altura con arboleda. Vallfogona (Tarragona), Jabalcuz (Jaén), Caldas de Malavella (Barcelona), Alanje (Badajoz), Alhama de Aragón (Zaragoza), etc.

En las estadísticas de los balnearios se registran casos de curación de la esterilidad cuando tenía por origen una insuficiencia funcional, sin perjuicio de la acción antiflogística genital que tienen las curas termales (baño y ducha vaginal), con aguas alcalino-ferruginosas y clorurado-sódicas.

Insistimos, siguiendo el criterio de MARAÑÓN, en que debe de pensarse siempre en los síndromes pluriglandulares, y en la aplicación hidrológica valorar aisladamente el de mayor interés, salvo en balnearios como Caldas de Bohí (Lérida) y Lanjarón (Granada), en que puede hacerse por sus variadas fuentes una cura múltiple; lo frecuente es que el balneario no tenga más de una clase de aguas.

El crecimiento

La crenoclimatoterapia del crecimiento puede servirnos de ejemplo que confirma el tratamiento que debe hacerse en un síndrome pluriglandular; aprendimos prácticamente esta complejidad de acciones endocrinas, durante el desarrollo del individuo, en el memorable cursillo que sobre «Fisiopatología del crecimiento» dio el doctor MARAÑÓN en este Hospital, enseñanzas que quedaron plasmadas en magnífico libro [4].

Lo más característico del crecimiento se refiere a la talla, aunque, en verdad, había que referirlo también a las demás dimensiones orgánicas (crecimiento somatógeno). Limitando, pues, el crecimiento al del esqueleto, éste acaba en el hombre a los veintiocho años y en la mujer a los veinticinco, aproximadamente; de esto se deriva ya una conclusión, y es que el tratamiento hidroclimático hay que realizarlo antes de estas edades. Dentro de ellas la época de crecimiento más importante es la prepuberal, por tanto en el que ha de intensificarse más esta cura, sobre todo cuando se observa que el fisiologismo de la talla no es proporcional a la edad y al sexo del individuo.

En verdad que las aguas minero-medicinales contribuyen, por diferentes mecanismos, a mejorar y a curar las enfermedades de los padres, con lo que la descendencia resultará favorecida en su fortaleza física y crecimiento. Lo mismo cabe decir del empleo de las aguas minero-medicinales durante la gestación y la lactancia, empleando las aguas y las técnicas adecuadas para que se beneficie el producto de la concepción y tenga ésta una buena talla, índice de su buen desarrollo.

Factores del crecimiento

Tres factores intervienen en el crecimiento morfogenético: el esqueleto, el sexo y el metabolismo.

a) El esqueleto caracteriza la talla, así tenemos tallas muy altas en las que el gigantismo es su representación patológica; tallas bajas alcanzan el estado patológico en el infantilismo y en el enanismo; el primero más proporcionado que el segundo; éste tiene su más expresiva manifestación patológica con la acondroplasia, soldándose prematuramente los huesos de las extremidades, en tanto que la cabeza y el tronco tienen desarrollo normal.

b) En el factor sexual existen también los dos extremos, la mujer tiene menos talla que el hombre. El desarrollo sexual limita la talla, la pubertad precoz retrasa la misma; la pubertad tardía, por el contrario, coincide con las tallas altas; hay que añadir los estados intersexuales, afeminándose el hombre y virilizando a la mujer, y con talla y grosor pareja al sexo contrario.

c) *El factor metabólico* influye en la morfogénesis por dos mecanismos, primero por la nutrición del organismo; a mejor estado nutritivo, mayor desarrollo; quizá deban por eso su gran talla, aparte de la raza, los naturales de aquellos pueblos donde tradicionalmente se come bien, consumiendo abundante carne y leche, como ocurre en general con los pueblos del Norte de Europa y de América, y si son delgados, es por su gran metabolismo. Por otra parte, el metabolismo retardado acumulando la grasa y reteniendo el agua en los tejidos, determina los tipos gordos y bajos; metabolismo que con la talla completa la morfología del individuo.

Acción de las aguas y clima

Se comprende que estos tres factores pueden ser influídos por las aguas y los climas en los balnearios, estimulando o frenando la acción que sobre ellos tienen las glándulas de secreción interna que intervienen en el crecimiento.

a) *La hipófisis* es por antonomasia la glándula del crecimiento, pero su papel, como decía MARAÑÓN, es comparable al del director de una orquesta, o al dedo genético o pulgar de un escultor, que modela la figura con toda la mano, pero con el pulgar da los últimos toques a su obra; así hace la hipófisis por su interreacción con otras glándulas, excitándolas o inhibiéndolas, y a su vez dejándose influir por ellas según la proporción de hormonas liberadas.

La hipófisis influye sobre el esqueleto, excitando su crecimiento; los huesos, además de ser más largos, son más fuertes; en el hiperpituitarismo hay dos tipos: el gigantismo, que tiene lugar en la edad juvenil, dando lugar a los huesos largos, y la acromegalia, creciendo las extremidades y cráneo, en la edad adulta. Las pequeñas excitaciones sexuales, como son en la pubertad y en el embarazo, estimulan por sus gónadas la hipófisis, y tienen lugar esos estirones tan característicos de los muchachos y el hacerse más altas y desarrolladas las preñadas jóvenes. En el hipopituitarismo, los enanos proporcionados (infantilismo) y los deformes acondroplásicos son bien patentes ejemplos de esta influencia sobre los huesos.

Sobre el sistema sexual la hipófisis influye en el sentido viriloide en sus caracteres externos, no en la líbido; al desarrollarse el sexo detiene su actividad la hormona del crecimiento. Con relación al metabolismo, activan especialmente el hidrocarbonado y el hídrico; ejemplo es el adelgazamiento hipofisario y la diabetes de este tipo.

Las aguas y climas que convienen en el hiperpituitarismo, son las radioactivas en balnearios de mediana altura, y en el hipopituitarismo, las sulfurosas y cloruradas en clima de altura.

b) *Tiroides*. Las alteraciones de la talla por influencia del tiroides son también por afectar a los tres factores. En relación al esqueleto, la hiperfunción tiroidea estimula el crecimiento en longitud de los huesos, que además por falta de calcio son delgados y frágiles. Por el contrario, los hipotiroideos son de talla baja y huesos fuertes, ejemplo tenemos en los individuos de las Hurdes (Cáceres), cretinos en su mayoría, de tallas tan bajas que ha habido quintas en que no han podido sacar un soldado.

Sobre el sistema sexual actúa en sentido feminoide en carácter y reacciones. En cuanto al metabolismo, el tiroides actúa, principalmente, activando la combustión de las grasas y la eliminación del agua; por tanto, contribuye al adelgazamiento del sujeto; por el contrario, en los hipotiroideos los sujetos se hacen más gruesos, y muy en especial en las formas con mixedema.

A estos enfermos hay que tratarlos, como hemos indicado, con aguas radioactivas y clima bajo, a los hipertiroideos, y con aguas sulfurosas cloruradas en clima de altura, a los que padecen insuficiencia tiroidea.

c) *Glándulas sexuales.* En el sexo masculino, la hiperfunción gonadal inhibe a la hipofisaria, contribuyendo a la soldadura ósea de los huesos largos. El hipergonadismo disminuye, pues, la talla; sólo hay reacciones hipofisarias, con un mayor estímulo de crecimiento en las fases de excitación gonadal, en la pubertad y en el embarazo, por mecanismos no bien conocidos.

En la hiperfunción sexual aumenta el metabolismo, como lo prueba el estado de adelgazamiento en las épocas de celo de los animales, y también en las personas, considerándose éste por el pueblo como síntoma de estar enamorado. En la hipofunción se retarda el metabolismo, y los individuos se engordan por el mayor acúmulo de grasas; en la especie humana se observa en el síndrome adiposo genital, y en la mujer, en la insuficiencia ovárica. Experimentalmente se comprueba en la castración de los animales, con el fin de cebarlos y que engruesen.

La terapéutica hidroclimática es a base de aguas sedantes, radioactivas y cálcicas, en los casos hiperfuncionales, y cloruradas de climas de altura, en los de hipogonadales.

d) *Las glándulas suprarrenales* tienen también influencia en el crecimiento. En los estados hiperfuncionales aumentan los huesos en grosor, pero no en longitud; sexualmente actúan en sentido viriloide, y retardan el metabolismo determinando el engrosamiento.

En la insuficiencia suprarrenal hay, por el contrario, una talla mayor, adelgazamiento y carácter más feminoide y débil. En los estados hipercorticales convienen las aguas sedantes radioactivas, y en los hipoepinéfricos, las aguas cloruradas fuertes y alcalinas con clima tónico e incluso de altura.

En resumen, la hiperactividad de las cuatro glándulas citadas produce aumento de talla, y en las cuatro convienen las aguas radiactivas y clima sedante; por el contrario, en la hipofunción de las mismas los sujetos tienen talla baja, conviniendo administrarles, precozmente, aguas y vivir en climas tónicos. Insistimos en la precocidad, porque pasada la edad del crecimiento no tienen acción las aguas sobre las glándulas endocrinas que en él influyen, por estar soldados los cartílagos de conjunción.

Tiempo de estancia y complemento

El tiempo de estancia de los agüistas en los balnearios es en España escasísimo, no pasando en la mayoría de los casos de nueve días; así y todo ¡si serán buenas nuestras aguas que producen efectos curativos! Como mínimo debieran tomarse en torno a los veintiuno —aún en el extranjero predomina el mito de los números impares de baños—. La cura hidromineral será completada por el régimen dietético adecuado, fisioterapia, ejercicio y reposo, por prescripción médica, y el complemento de vida agradable y cómoda en el balneario.

Tratándose de la cura hidroclimática en el crecimiento, debe ser ésta más prolongada; lo ideal sería crear en los balnearios adecuados colonias infantiles donde

practicaran esta cura, bajo vigilancia médica, cuidando del régimen alimentario, práctica de gimnasia, educación y vida higiénica.

Influencia psíquica

A esta influencia atribuyen los médicos detractores e indiferentes, el poder curativo de las aguas minero-medicinales. No es poco conseguir el que los enfermos tengan fe en el médico y en la medicación para el buen resultado obtenido con la cura balnearia, y si esta influencia psíquica la consiguen las estancias en un balneario, bien hayan las curas y remedios que tranquilizan el espíritu.

A esta acción física efectiva, se añade la moral, con lo que resulta la más completa terapéutica integral. Marañón, profundamente humano, conocía por experiencia propia el beneficio de este clima espiritual de los balnearios en que al valor curativo de las aguas, a la satisfacción de estar bien atendidos los servicios hidroterápicos con la mejoría del efecto consiguiente, la alimentación adecuada, la comodidad precisa y la de las demás necesidades vegetativas, se añade la imponderable de estar más cerca de Dios, dada la privilegiada situación de los balnearios, contemplando y disfrutando de la naturaleza. Por no ser ya objeto de propaganda, voy a transcribir unas líneas de Marañón, con las que termina, su a modo de prólogo, a un folleto sobre el Balneario de La Isabela (Guadalajara) [1], que un autor del siglo XVIII calificó de «*tesoro de virtudes sepultado*», por estar en el fondo de un valle de la Alcarria al que, en aquellos tiempos, era muy difícil llegar, hoy diríamos «sumergido», ya que está bajo las aguas del embalse de Buendía —el mar de Castilla— [5]. Este hermoso final, extensivo a muchos de nuestros balnearios, dice así: «Yo he pasado horas de paz inolvidables, bajo los negrillos de La Isabela, y quisiera que la recobrasen allí cuantos la han menester, que son tantos y tantos».

RESUMEN

Se expone el valor indiscutible que ejerce la cura balnearia, cuya acción es compleja, pues influyen dos factores: el agua y el clima. La primera, tanto por la técnica de aplicación hidroterápica como por sus propiedades físicas, químicas, radiactivas y biológicas; pero, además, por el bioclima, en el ambiente balneario.

Pasa revista a las variedades de aguas minero-medicinales y a los bioclimas. Recogiendo las orientaciones de Marañón, establece los fundamentos hidroclimáticos en Endocrinología y la acción especial que estos factores tienen en determinados síndromes de las glándulas de secreción interna, contribuyendo a mejorar y curar sus afecciones.

Analiza los factores que intervienen en el crecimiento morfogenético y el papel que aguas y clima pueden tener en ellos estimulando o frenando la acción que sobre los mismos tienen las glándulas de secreción interna, insistiendo en la época y en la duración del tiempo de estancia balnearia. Finaliza con unas acertadas consideraciones sobre su infleuncia psíquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marañón, G.—«Sobre la necesaria resurrección de los balnearios de España.» Prólogo al folleto del Balneario de La Isabela. Madrid, 1931.
2. Rodríguez Pinilla.—«Medicaciones hidrológicas.» Madrid, 1921.
3. San Román y Rouyer, J. — «Hidrología médica.» Madrid, 1945. Id. «El agua en bebida ante el concepto de Stress.» Anales hidromédicos. T. I. 1954.
4. Marañón, G.—«El crecimiento y sus trastornos.» Madrid, 1953.
5. Castillo de Lucas.—«Thérmidas, Salam-Bir, Sacedón, La Isabela.» Anales H. A. de Hidrología Médica. Madrid, 1955.
6. Marañón, G.—«Nuevos puntos de vista en el sentido y la patología endocrina.» Boletín del Instituto de Patología Médica. Enero 1959.

Dirección: Marqués de Cubas, 9, 2.° izqda. Madrid - 14.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

PROTECCIÓN MATERNO INFANTIL EN ESPAÑA

POR EL

PROF. JUAN BOSCH MARÍN

DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

MADRID

ESPAÑA, país situado en el Suroeste de Europa, tiene una población de 30.500.000 habitantes.

Sus características demográficas son de una natalidad de 21 por mil, lo que da lugar a unos 640.000 nacimientos por año. Con una baja mortalidad general de 9, 8, al no llegar las defunciones anuales a 300.000 y siendo la emigración ordinariamente no muy elevada, el aumento demográfico es grande: el superávit anual es de unos 300.000 habitantes, lo que origina el crecimiento de su población en un millón más cada tres o cuatro años.

La baja mortalidad de los últimos quinquenios ha sido originada no sólo por la prolongación de la vida, sino, muy especialmente, por el rápido descenso de la mortalidad infantil.

Al término de la guerra civil española y durante la segunda guerra mundial, todavía la mortalidad infantil era muy alta: de 112 por mil, es decir, que de cada mil nacidos vivos morían ciento doce en el primer año de la vida. Como en la mayor parte de los países civilizados, la mortalidad infantil ha descendido mucho; pero en España el descenso ha sido espectacular.

La nueva organización sanitaria y asistencial ha dado lugar a que en veinte años la mortalidad infantil haya descendido desde 112 por mil a la tasa de 32 por mil, alcanzada en 1962.

Hay instituciones de asistencia social infantil que datan del siglo XV. En el siglo actual, en 1904, se promulga una ley de protección a la infancia y poco después se crean Tribunales Tutelares de Menores. En 1925 se establece la Escuela Nacional de Puericultura; en 1929 se funda el Seguro de Maternidad, y en 1932 inician su tarea los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal del Estado. Mas es a partir de 1937 cuando una amplia organización médico-social atiende sanitariamente a la madre y al niño.

Un completo sistema o red de instituciones cubre toda la geografía nacional. Para atender a la enseñanza hay once cátedras de Obstetricia y otras tantas de Ginecología en sus Universidades, para la formación de médicos y especialistas postgraduados. Hay en España 30.000 médicos en ejercicio. Existen catorce Escue-

las de Matronas anejas a las Universidades o grandes Maternidades y hay 7.000 matronas inscritas obligatoriamente en los cincuenta Colegios Provinciales y más de 15.000 enfermeras tituladas. Se han fundado quince Escuelas de Puericultura para la especialización de postgraduados con enseñanza de Higiene Prenatal, de Higiene Infantil, para médicos, maestros, matronas, enfermeras, asistentes sociales y madres y futuras madres. Un servicio de extensión cultural y «Educación Sanitaria y Social» da cursos de higiene maternal e infantil en los cincuenta Institutos Provinciales de Sanidad del Estado. Todas las mujeres entre diecisiete y treinta y cinco años han de realizar una prestación personal de seis meses llamada «Servicio Social de la Mujer» y en ese tiempo reciben enseñanzas teórico-prácticas de Maternología y Puericultura. En las escuelas primarias y secundarias se incluyen en los programas temas y prácticas de higiene infantil. En el medio rural cátedras ambulantes de la Sección Femenina luchan contra la ignorancia en materia sanitaria y social.

Todas las poblaciones mayores de 10.000 habitantes cuentan con un tocólogo municipal, seleccionado por oncurso de méritos entre especialistas, y en las poblaciones mayores de 3.000 habitantes cuentan con matrona pagada por la municipalidad.

Los cincuenta Hospitales Provinciales tienen servicio de maternidad, como asimismo los treinta y cinco Hospitales o Residencias Sanitarias de la Seguridad Social. La Sanidad nacional tiene ochenta pequeñas maternidades en el medio rural, y las grandes ciudades, como Madrid y Barcelona, cuentan con varias maternidades oficiales. Como ejemplo citaremos que la Maternidad Provincial de Madrid asiste anualmente 12.000 partos.

La Seguridad Social, que inició su actividad con el Seguro de Maternidad y continuó después con el de Enfermedad y Maternidad, asiste gratuitamente a 350.000 gestaciones y partos entre los 640.000 de la totalidad del país.

Aproximadamente, el 35 por ciento de los partos se verifican en el hospital y el 65 por ciento en domicilio, dada la característica rural de gran parte de la población, siendo creciente la tendencia en los últimos tiempos, en todas las clases sociales, a dar a luz en clínica.

Son ya numerosos los centros de prematuros establecidos junto a las maternidades, atendidos por pediatras y enfermeras altamente calificados.

Todo un amplio sistema de vigilancia sanitaria del niño puede decirse que atiende a la mayor parte de la población. En el ambiente privado es ya costumbre que, al lado del médico de familia, en cada hogar haya un médico puericultor-pediatra.

Cuenta la Sanidad Nacional con trescientos dispensarios de maternología y puericultura, y los Seguros Sociales con ochocientos tocólogos y más de mil pediatras para la atención sanitaria y asistencia médica de todos los niños menores de siete años, en dispensario, en clínica y a domicilio.

Once cátedras de Pediatría, con su clínica; cincuenta clínicas infantiles en hospitales provinciales, treinta y cinco clínicas pediátricas de la Seguridad Social atienden hospitalariamente al niño enfermo.

No hay que olvidar los centros de alimentación infantil de «Auxilio Social», los dispensarios provinciales y municipales de puericultura y los dependientes de la Obra de Protección de Menores, de la Cruz Roja, de instituciones privadas, de beneficencia, etc.

Sanatorios y preventorios de montaña y marítimos, que atendían preferentemente a niños tuberculosos o en peligro de serlo, se convierten actualmente en centros de rehabilitación infantil de enfermos de poliomielitis, accidentes, parálisis cerebral, etc.

En el orden internacional, España colabora con la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), el Fondo Internacional de las Naciones Unidas de Ayuda a la Infancia (U. N. I. C. E. F.), la Unión Internacional de Protección a la Infancia (U. I. P. E.), Unión Internacional de Educación Sanitaria (U. I. E. S.), Oficina Internacional Católica de la Infancia (B. I. C. E.), Asociación Europea contra la Poliomielitis, Centro Internacional de la Infancia (C. I. E.) de París, etc.

Gran corriente cultural internacional de becas, cursos o conferencias de expertos, coloquios, symposiums o congresos especializados, de sus Academias y Sociedades médicas, mantienen el adecuado nivel de los especialistas, y una prudente campaña de educación sanitaria informa a la opinión de cuanto interesa, especialmente en orden a la medicina preventiva.

Puede afirmarse que existe un clima favorable en relación con los problemas de salud física y mental del niño, que es todavía el rey de las familias españolas.

RESUMEN

Se traza una síntesis de las características demográficas de la nación española, orientada a resaltar la labor realizada en cuanto a protección infantil y maternal, desde el término de la guerra civil hasta la fecha; y se expone la organización sanitaria y asistencial con que hoy día cuenta y que ha dado lugar a que en el curso de veinte años la mortalidad infantil haya descendido desde ciento doce por mil a treinta y dos por mil en el pasado año.

Dirección: Ayala, 45. Madrid - 1.

CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

SIGNIFICACIÓN DE LA OBRA DE ERICH FROMM EN LA HISTORIA DE LAS NEUROSIS *

POR EL

DR. RAFAEL DE VEGA Y FERNÁNDEZ CRESPO

PROFESOR ADJUNTO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VALLADOLID

EL CISMA DE LOS HEREDEROS DEL PSICOANÁLISIS

En vida de FREUD comenzó a fraguarse entre sus seguidores el cisma que más adelante iba a escindirlos en dos grandes grupos, según su ortodoxia o heterodoxia psicoanalítica, y que hoy, al subdividirse en otras dos escuelas el grupo heterodoxo, permiten distinguir:

a) *La escuela ortodoxa*, leal al dogma freudiano, con dos representantes destacados, ABRAHAM y ANNA FREUD.

b) *La escuela disidente*, apartada con mayor escándalo del pensamiento del maestro, como ocurrió con ADLER y JUNG, o con menor notoriedad con RANK, STEKEL, FERENCZI, KLEIN, REICH y REIK.

c) *La escuela culturalista*, en la que el indiferentismo doctrinario se debió al influjo de la sociología y de la antropología, siendo sus tres miembros más notorios KAREN HORNEY, SULLIVAN y FROMM.

La escuela culturalista halló ambiente propicio en los Estados Unidos, lejos de la mirada vigilante de los psicoanalistas europeos, y hacia la tercera década de este siglo cayó bajo el influjo de la antropología y de la persona de EDWARD SAPIR.

De esta suerte, en vez del hombre freudiano aislado del ambiente, esta última escuela pone en relación al ser humano con la sociedad y analiza las influencias recíprocas entre el individuo y el ambiente.

OJEADA A LA OBRA DE FROMM

De los tres miembros del grupo, ERICH FROM, europeo de nacimiento, trasplantado tempranamente a Norteamérica, reanuda allí su labor en 1934, precediendo a KAREN HORNEY, e influenciándola —como ella declara— en la adopción de una postura personal e independiente.

---

* Comunicación al I Congreso Español de Historia de la Medicina. Madrid, Toledo. 15 - 17 de abril de 1963.

FROMM llega a adquirir entre los psicoanalistas actuales, por su formación filosófica, histórica y cultural, una preeminencia que no empaña el hecho de no ser médico, lo cual, aunque acaso ha determinado la falta de directrices psicoterapéuticas en sus aportaciones, no ha impedido empero que sus ideas hayan sido fecundas en el campo del tratamiento.

El grueso de sus escritos está constituído por ocho monografías independientes y otras dos coleccionadas, amén de cierto número de artículos, parte de los cuales recojo en la bibliografía de esta comunicación.

La trilogía fundamental la forman:

«Escape from Freedon», publicada en 1941.

«Man for Himself», publicada en 1948, y

«Sane Society», publicada en 1955.

La obra de FROMM ha sido estudiada por MULLAHY, GINO GEERMANI y MANDOLINI GUARDO.

CONCORDANCIAS Y DISCREPANCIAS CON LA ORTODOXIA FREUDIANA

FREUD atribuyó un papel fundamental al instinto. El individuo zarandeado por su inconsciente, acuciado por la líbido, se veía forzado muchas veces a adoptar una postura antisocial, al anteponer su satisfacción instintiva, oponiéndose el hombre y la sociedad como unidades antagonistas e impermeables.

Si el conflicto *domaba* al ser humano, sus reacciones se ajustaban a dos normas generales: *la represión*, de la cual hasta podrían derivarse beneficios mediante la sublimación; o en caso de incapacidad para superar la crisis, y al desencadenarse alteraciones subconscientes, surgiría *la neurosis*, y con ella *la enfermedad*.

FROMM, en parte conforme con las ideas freudianas, de las que incluso acepta cierto número de conceptos (la asociación libre, el inconsciente, la transferencia, etc.), rechaza rotundamente el antagonismo entre individuo y sociedad y relega el instinto a un nivel secundario.

Dicho con sus propias palabras:

«No acontece, como si por un lado tuviéramos al individuo dotado por la naturaleza de ciertos impulsos, y por el otro a la sociedad, que como algo separado de él se satisface o frustra aquellas tendencias innatas... Las inclinaciones humanas más bellas, así como las más repugnantes, no forman parte de una naturaleza fija y biológicamente dada, sino que resultan del proceso social que crea al hombre. En otras palabras, la sociedad no ejerce solamente la función de represión —aunque no deja de tenerla—, sino que posee también una función creadora».

Por lo que atañe al instinto, pudiéramos decir que éste se halla en proporción directa con la animalidad, e inversa con la hombredad, observándose a partir del nacimiento, o una actitud rapidísima de adaptación a la naturaleza (como acaece con el animal), o una evolución más retrasada (como sucede con el hombre). Volviendo a los textos originales:

«La existencia humana empieza cuando el grado de fijación instintiva de la conducta es inferior a cierto límite; cuando la adaptación a la naturaleza deja de tener carácter coercitivo; cuando la manera de obrar ya no es fijada por mecanismos hereditarios. En otras palabras, la existencia humana y la libertad son inseparables desde un principio».

SOCIEDAD Y SOLEDAD. MECANISMOS DE EVASIÓN

El hombre es un ser social, y esta afirmación con reminiscencias roussonianas, es hoy verdad inconcusa.

Si hombre y sociedad se complementan y «*hacen*» recíprocamente, parece lógico intuir que el análisis del *hombre solo* será capital para la evolución ideológica de la doctrina de FROMM.

Cuando el hombre ha sido privado precocísimamente de relación social, se animaliza, y en tal sentido son clásicas las observaciones y relatos del niño salvaje de AVEYRON, de KASPAR HAUSER, y más recientemente de los niños lobos de MIDNAPORE.

La soledad, *sólo* se siente, se padece y se sufre, cuando se ha vivido en compañía, cuando el hombre ha sido hombre entre los hombres, y no como en los tres ejemplos recordados, cuando un hombre zoológico ha carecido del contacto estimulante de un medio «humano». Basta recordar el comportamiento del famoso personaje de STEFAN ZWEIG, en su novela corta «El jugador de ajedrez», para conocer las relaciones del hombre en soledad, y ALAIN BOMBARD, médico, navegante y solitario experimental, escribe en su diario estas palabras reveladoras:

«El aislamiento sólo existe si uno se aisla. Pero la soledad, cuando es total, nos aplasta. ¡Desgraciado el hombre solo! Y si por oír mi voz hablo en alto, estoy más solo, naufrago en el silencio...».

FROMM acomete entonces el estudio de las relaciones entre el individuo y la sociedad, desde el punto de vista histórico, analizándolo en la sociedad medieval, durante el Renacimiento y en la Reforma, y a través de un sutil estudio de las doctrinas de LUTERO y CALVINO llega a la conclusión de que el hombre consigue tras la Reforma, no sólo la independencia religiosa, sino también la libertad moderna, y con la libertad el desarrollo del sistema capitalista. Textualmente nos dice:

«El derrumbamiento del sistema medieval de la sociedad feudal, posee un significado capital, que rige para todas las clases sociales. El individuo fue dejado solo y aislado. Estaba libre, y esta libertad tuvo un doble resultado. El hombre fue privado de la seguridad de que gozaba, del incuestionable sentimiento de *pertenencia*, y se vio arrancado de aquel mundo que había satisfecho su anhelo de seguridad tanto económica como social. Se sintió solo y angustiado. Pero también era libre de obrar y pensar con independencia, de hacerse dueño de sí mismo, y de hacer de su propia vida todo lo que era capaz de hacer, y no lo que le mandaban hacer».

Así se dibujan los dos conceptos de libertad típicamente frommianos: *la libertad para* (libertad positiva y afirmativa), y *la libertad de* (libertad negativa), y con ellos el crecimiento de la libertad humana muestra un carácter dialéctico, idéntico al desenvolvimiento del desarrollo espiritual, en que el hombre se afianza cada vez como más hombre, por ser también cada vez más libre.

LOS MECANISMOS DE EVASIÓN

El hombre libre, a menos que pertenezca a algo, que se sienta unido o solidario a un grupo social, una confesión, un credo político, se verá agobiado por los sentimientos de soledad, por eso: «La posibilidad de ser abandonado, es la amenaza más seria que siente el niño».

La persona solitaria trata de escapar a su sentimiento mediante los mecanismos de evasión, de los que FROMM hace escrutinio riguroso.

En primer término figura *el autoritarismo*, con dos formas (la sádica y la masoquista), que define como «la tendencia a abandonar la independencia del yo individual propio, para fundirse con algo o alguien exterior a uno mismo, a fin de adquirir la fuerza de que carece el yo individual».

Siguen luego *la destructividad*, mecanismo que tiende a la destrucción del objeto, imaginando el solitario que mediante la destrucción de personas y cosas podría superar sus sentimientos de frustración, y, por último, viene el mecanismo de evasión más difundido, *la conformidad automática*, en la que el individuo, para vencer su soledad, adopta las normas culturales de la sociedad en que vive, anula su propio yo y se transforma en uno «del montón», con lo cual, si de momento resuelve su sed de relación, a la larga es infeliz al no poder realizarse.

Tal vez uno de los más certeros estudios, sobre el papel psicológico y la significación social de las dictaduras totalitarias, esté incluído en estos conceptos de FROMM.

EL CONCEPTO DE NEUROSIS

Para comprender las neurosis, es preciso estudiar al ser humano bajo la luz de lo que nuestro autor llama *dicotomías*, y que yo traduzco por *antinomías*, que expresan más a las claras su concepto.

La conciencia de sí mismo, la razón y la imaginación han roto la animalidad del antropoide para formar al hombre, pero en el pecado va la penitencia, puesto que: «La razón, la bendición del hombre, es a la vez su maldición... La vida del hombre no puede «ser vivida», repitiendo los patrones de su especie; *él* debe vivir». Y, por otra parte: «la más fundamental antinomia existencial es la de la vida y la muerte. El hecho de que tenemos que morir, es inalterable para los hombres. El hombre tiene conciencia de este hecho, lo cual influye profundamente en su vida». «Si se enfrenta con la verdad sin pánico, reconocerá que *no existe otro significado de la vida, excepto el que el hombre dé a su vida, por el desplegamiento de sus fuerzas viviendo productivamente*».

Las neurosis brotan, cuando algo interfiere este desplegamiento; son conflictos de adaptación dinámica.

En el trasfondo de la concepción neurósica de FROMM, vislumbramos de nuevo la idea de soledad transformada en angustia, conflicto inevitable para el individuo cuando se enfrentan la necesidad de adaptarse a su medio y de autorealizarse, porque la renuncia a su individualidad le conducirá a la frustración, y la renuncia a la sociedad, le llevará a la soledad, eso sin contar con la interferencia de otros factores éticos y sociológicos.

En suma, los juicios de valor que elabora el ser humano determinan sus acciones y su equilibrio espiritual; si hay concordancia entre lo que cree justo y bueno, y lo que se ve obligado a hacer, incluso contra su propia convicción ética, se respeta el equilibrio psicológico, pero si hay discordancia, brota el conflicto y el trastorno mental: «En última instancia —escribía FROMM—, la neurosis es síntoma de un fracaso moral».

SIGNIFICACIÓN DE LA OBRA DE ERICH FROMM EN LA HISTORIA DE LAS NEUROSIS

Naturalmente, el discurso lógico del psicoanalista FROMM, le conduce a un certero examen de la sociedad moderna, y a mi juicio hace un perspicacísimo juicio de la sociedad norteamericana de nuestros días, del capitalismo, de las soluciones político-económicas, e incluso una revisión de los principios ético-morales, que le

colocan así en la línea directa de los mejores moralistas de todas las épocas, sin descuidar tampoco el análisis certero de la religión, puesto que precisamente uno de sus primeros trabajos publicados en Imago, hace más de treinta años, versaba sobre el desarrollo del dogma de Cristo. Bástenos, pues, haber apuntado aquí lo sustancial de su pensamiento y doctrina, cuya importancia parece haber adquirido en los últimos años una innegable preponderancia.

OTTO KLEMM había titulado su obra, publicada años atrás «*Historia de la psicología. De Aristóteles a Freud*», encuadrándola así entre dos figuras señeras. MANDOLINI GUARDO, el profesor argentino, ha invertido el título y subtítulo de su libro publicado en 1960, «*De Freud a Fromm. Historia general del psicoanálisis*», que destaca sin más comentarios la importancia histórica de FROMM, cuya figura sólo merece una crítica muy limitada.

Valen, pues, las palabras de MANDOLINI, para cerrar este trabajo: «De cualquier modo, la figura de FROMM se manifiesta con caracteres tan sólidos, que esta crítica en nada anula la apreciación que lo considera una de las mentes más lucidas de las ciencias psicosociales, y, para fundamentar este juicio, nos basta recordar que nadie como él demostró que el correcto entendimiento del hombre sólo se logra como una unidad psicosocial».

RESUMEN

Frente a los dos grupos en que se excindieron los seguidores de Freud, según su ortodoxia o heterodoxia psicoanalítica, aparece en Norteamérica la escuela culturalista, uno de cuyos miembros más destacados es Erich Fromm, que considera al ser humano en relación con la sociedad, y analiza las influencias recíprocas entre el individuo y el ambiente.

En este trabajo se revisa la obra de Fromm y su significación, examinando sus concordancias y discrepancias con la de Freud, basando revista a los conceptos de soledad y sociedad, a los mecanismos de evasión y a las antinomias que dan lugar a las neurosis como síntoma de un fracaso moral.

BIBLIOGRAFÍA

Estudios generales:

GERMANI, GINO—Prefacio a la edición castellana (págs. 9-21) del libro «El miedo a la libertad». 4.ª edic., Edit. Paidós. Buenos Aires, 1958.

MANDOLINI GUARDO, RICARDO G.—Capítulo «Erich Fromm», págs. 418-466 en su libro «De Freud a Fromm. Historia general del psicoanálisis». Edit. Ciordia, S. R. L. Buenos Aires, 1960.

Traducciones castellanas:

«El miedo a la libertad». Bibioteca del hombre contemporáneo». núm. 7 (1.ª ed., 1947; 2.ª ed., 1951; 3.ª ed., 1957; 4.ª ed., 1958). Editorial Paidos Buenos Aires.

«Psicoanálisis y religión». Editorial Psiqué. Buenos Aires, 1956.

«Etica y psicoanálisis». Breviarios del F. Cult. Econ., núm. 74 (1.ª ed., 1953; 2.ª ed., 1957). Ed. Fon. Cult. Económica. México.

«El lenguaje olvidado». Colección Saber. Librería Hachette. Buenos Aires. 1957.

«El arte de amar». Biblioteca del hombre contemporáneo, núm. 10. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1959.

«Psicoanálisis de la sociedad contemporánea». Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. (1.ª ed., 1956; 2.ª ed., 1958; 3.ª ed., 1960.) Ed. Fondo de Cultura Económica México.

«La misión de Sigmund Freud». Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1961.

«Psicoanálisis y budismo zen» (en colaboración con SUZUKI). Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1961.

Primeras ediciones en inglés:

«Escape of Freedom». Rinehart & Co. Inc. New York, 1941.

«Psichoanalisis and Religion». Yale University Press., 1950.

«Man for Himself». Rinehart & C. Inc. New York. 1947.

«The Art of Loving», en World Perspective Series. Harper & Brothers. New York.
«The Sane Society». Rinehart & Co. Inc. New York, 1955.
«Sigmund's Freud Mission: An Analysis of His Personality and Influence». Harper & Bhothers. New York, 1959.
Estudios monográficos en libros o colecciones:
«Sex and Character. The Kinsey Report viewed from the Satndpoint of Psychoanalisis», en «About the Kinsey Report». New American Library. Signet Books, New Yrk, 1948.
«Sozialpsichologischer Teil», en «Studien über Autorität», dirigido por Max HORKHEIMER. Ed. F. Alcan, París. 1936.
«The Oedipus Complex and the Oedipus Myth», en R. Nanna, «The Family: its Function and Destinity». Harper and Brothers. New York, 1949.
«Psichoanalitic Characterology and its Application, to the ussderstanding of Culture», en G. S. SARGENT y M. SMITH, «Culture and Personality». Viking Fund. New York, 1949.
«Die Entwicklung des Christusdogamas. Eine psychoanalitische Studie zur Sozialpsychologischen Funktion der Religion». Imago, págs. 307-373, XVI, 1930.
«Der Staat als Erziher». Almanach Internationales psychoanalitischen Verlag, pág. IV. Wien, 1931.
«Zur psychologie des Verbrechers und der strafender Gessellschaft». Imago, XVI, 1931.
«Die Psychoanalitische Charakterologia in ihrer Anwendung für die Soziologie». Zeitsch. für Sozialforschung. Leipzig, 1931.
«Über Methode und Aufgabe einer analityschen Sozialpsychologie». Zeitschrift. für Sozialforschung. Vol. I, pág. 28, 1932.
«Politik und Psychanalise», Psychoanalitischen Bewegung. Vol. III.
«Die gessellschaftliche Bedingheit des psychoanalityschen therapie». Zeitsch. für Sozialforschung, 1935.
«Selfishness and Selflove». *Psychiatry*. Vol, 2, núm. 4, 1939.
«Sex and Character». *Psychiatry*, 1943.
«The social philosophy of wic therapy». *Psychiatry*, 1939.
«Individual and Social Origins of Neurosis». *American Soc. Review*. Vol. IX, núm. 4, página 380, 1944.

Dirección: Cantarranas, 7, 1.°. Valladolid.

CLINICA Y LABORATORIO
NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

CREATININEMIA EN NEFROPATÍAS

POR

EMPERATRIZ LIRA BUSTAMANTE

LIMA (PERÚ)

La creatinina es catabolito del metabolismo proteico, habiéndose demostrado que su cuantificación permite apreciar el funcionamiento renal, pues su retención en la sangre en cantidad mayor a la normal, es índice de la actividad del nefrón, que en los túbulis se manifiesta como elemento que gobierna su funcionamiento. En condiciones patológicas el número de glomérulos en actividad puede disminuir considerablemente, existiendo estrecha relación entre reducción y grado de insuficiencia renal.

La función renal es factor que mantiene constante la homeostasis, eliminando los residuos del metabolismo que están en exceso, que se acumulan en la sangre cuando la función renal se perturba.

Las variaciones cuantitativas de creatininemia permiten formular pronóstico y controlar el proceso de curación de las nefropatías.

El estudio de la creatininemia en el Perú lo inició, en 1934, MINA REITER, que cuantificó en orina y sangre creatina y creatinina; luego DANILO FERNÁNDEZ DELGADO apreció, en 1955, creatina y creatinina en niños prematuros recién nacidos; ZOILA LÓPEZ BALWIN, en 1957, investigó la depuración de creatinina endógena, úrea y la excreción de rojo de fenol en la mujer adulta normal; el mismo año ROSA ESPINO ICOCHEA cuantificó creatinina en sujetos aparentemente sanos, y MIGUEL GAMARRA ALVAREZ estudió el volumen urinario y la eliminación de Na, K y creatinina en veinticuatro horas; JAVIER FERNÁNDEZ NIQUE estudió, en 1958, la depuración de creatinina y urea en el hombre normal; el mismo año EDA HORNA investigó la depuración de creatinina endógena, la concentración de creatinina en el suero y la eliminación urinaria de rojo de fenol, estudiando la correlación entre estas variantes fisiológicas, y NORA MARTÍNEZ determinó creatinina en sangre y orina de mujer embarazada; MANUEL PATIÑO ZAMBRANO estudió en mujeres, en 1959, la relación funcional entre creatinina sérica y depuración de creatinina endógena en la insuficiencia glomerular; ISABEL RODRÍGUEZ LÓPEZ, en 1960, cuantificó creatinina en recién nacidos, y, en 1961, GRACIELA AZABACHE VILLAVICENCIO investigó creatinina en gestosis.

Este trabajo que cuantifica creatinina en nefropatías, lo desarrollo en las siguientes partes: En la primera, resumo los conocimientos actuales sobre creatini-

nemia en nefropatías; en la segunda parte expongo las investigaciones efectuadas e interpreto los resultados, y, finalmente, formulo conclusiones y enumero la bibliografía que consulté.

Mi agradecimiento al Dr. CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología y Posología en la Facultad de Farmacia y Bioquímica en la Universidad Nacional de San Marcos, de Lima (Perú), quien me sugirió el tema y me proporcionó bibliografía; al Dr. ALEJANDRO HIGGINSON, médico jefe del Servicio San Andrés del Hospital «Dos de Mayo», y al Dr. C. VILLAR, del Servicio 2 del «Hospital del Niño», por permitirme bondadosamente obtener sangre de pacientes de dichos nosocomios; al Dr. JUAN CAVASA, Jefe del Laboratorio del Servicio San Vicente del Hospital «Dos de Mayo», por darme facilidades para efectuar la parte práctica, y a la Q. F. Srta. ADA VILLANUEVA, hemerotecaria de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, por su ayuda en la elaboración de los cálculos matemático-estadísticos.

CREATININEMIA Y NEFROPATÍAS

Es en el glomérulo, según refieren VARELA [30] y MILLATELLO [23], donde se realiza la depuración del plasma sanguíneo; su insuficiencia acarrea disminución del volumen de orina y aumento de la concentración de catabolitos nitrogenados, aniones fosfatos y sulfatos, estableciéndose la nefropatía.

JIMÉNEZ DÍAZ [15] afirma que el túbuli sólo depura en los casos de sobrecarga plasmática de catabolitos, y PONS [26] y CHABANIER [5] sostienen que es necesario un umbral para que el nefrón realice su trabajo fisiológico. LICHTWITZ [16], VALVERDE [29], DONOSO y otros, sostuvieron que los metabolitos nitrogenados constituyen estímulo, para las funciones específicas de concentración del riñón, que se hace mayor cuando aumenta la concentración sanguínea de estos metabolitos.

Según WARDENER [32] el aumento de creatinina en el suero sanguíneo no produce manifestaciones clínicas.

Se acepta, según BEST y TAYLOR [2] y WRIGHT [34], que la concentración normal de creatinina en la sangre es de 2'5 mg. por ciento. En la insuficiencia renal avanzada, afirman FRANCHI [10], BODANSKY [3], MACHADO [18] y otros que hay hipercreatininemia.

VOLHARD y BECHER sostienen que la concentración de creatinina en el suero sanguíneo orienta mejor sobre la gravedad de la insuficiencia renal y los peligros de uremia, que el N residual, la urea y el ácido úrico, según refiere FRANCHI [10].

MILLER y DUBOS [21] expusieron en 1957 que la creatinina de la sangre es ultrafiltrable y se difunde dentro de los glóbulos rojos, aunque más lentamente que la urea, y, de acuerdo a muchos observadores, está distribuída entre células y plasma en proporción al contenido de agua, y por la técnica enzimática de ALLINSON encontraron 0'62 a 1'2 mg. por ciento de creatinina en personas normales.

VAN SLYKE [31] sostiene que creatinina y urea aumentan en el plasma por igual, pero frecuentemente esta última le antecede a la creatinina, porque los riñones concentran creatinina más que urea.

Según MANN [20], las variaciones de creatinina en la sangre, después de extirpado el hígado, depende por entero de los riñones; si éstos están activos la cantidad de creatinina de la sangre no varía. Si los riñones se extirpan o se encuentran lesionados, la creatinina aumenta en la sangre, en la misma proporción que si solo se hubiera extirpado los riñones.

MYERS y MANGUA [22] señalaron qué cantidades de creatinina por encima de 5 mg. por 100 c. c. de plasma en enfermedades del riñón constituyen elemento de pronóstico fatal.

El significado de retención de nitrógeno no proteico y el aumento de creatinina, según FISHER [11], obedece, en general, a las mismas causas que provocan retención ureica; sin embargo, es más tardía y en relación con un trastorno más grave del funcionamiento renal; este concepto lo reafirman OSER, HAW y SUMMERSON [25], quienes interpretando los resultados obtenidos por otros investigadores, sostienen que la creatinina es componente nitrogenado menos variable en la sangre, en donde existe en proporción de 1 a 2 mg. por 100 ml. de sangre total; en las nefritis iniciales se comprueban cifras de 2-4 mg. por 100 c. c. de plasma y posteriormente aumenta a 4-5 mg., siendo por esto la hipercreatininemia proporcional a la cantidad de N ureico.

Estas referencias prueban que la cuantificación de creatinina en la sangre es importante, que sirve para formular pronóstico de las nefropatías y que merece divulgarse su significado semiótico.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se investigó creatininemia en sesenta y cuatro sujetos, de los cuales veinte fueron aparentemente sanos y cuarenta y cuatro nefrópatas, que se asistían en el Hospital «Dos de Mayo» y «Hospital del Niño», de Lima (Perús), con edades de cinco a ochenta y dos años.

Las determinaciones de creatinina se hicieron por duplicado, como lo aconseja HIPÓLITO CRUZ [4], de Lima, en suero obtenido de sangre extraída en las primeras horas de la mañana, estando el enfermo en ayunas.

Se empleó la técnica de FOLIN-WU [12], modificada por OWEN [24]. A continuación van los resultados:

CREATININEMIA EN ADULTOS APARENTEMENTE SANOS

N.°	NOMBRE	EDAD	CREATININEMIA
1	J. B.	28	1'14 mg. %
2	F. D.	28	0'87 »
3	H. G.	29	0'80 »
4	L. L.	40	0'74 »
5	G. O.	21	0'74 »
6	R. G.	21	0'67 »
7	J. D.	26	0'66 »
8	R. M.	27	0'65 »
9	A. S	22	0'65 »
10	P. A.	28	0'65 »

CREATININEMIA EN TUBERCULOSIS RENAL

N.°	NOMBRE	EDAD	CREATININEMIA
1	J. S.	31	20'00 mg. %
2	C. A.	37	13'75 »
3	D. P.	42	13'5 »
4	F. M.	21	4 »
5	R. P.	26	3'75 »
6	M. R.	65	2'25 »

CREATININEMIA EN PIELONEFRITIS BILATERAL

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	J. V.	58	7'75 mg. %
2	A. B.	58	3'75 »
3	A. A.	74	3'75 »
4	M. C.	61	2'75 »
5	F. M.	33	2'25 »
6	C. H.	20	2 »
7	L. C.	54	1'87 »
8	A. B.	20	1'62 »
9	B. F.	76	1'62 »

CREATININEMIA EN GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	G. P.	26	2 mg. %
2	R. H.	20	1'65 »
3	J. P.	25	1'26 »

CREATININEMIA EN GLOMERULONEFRITIS CRONICA

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	J. B.	57	8'9 mg. %
2	J. P.	78	1'62 »

CREATININEMIA EN HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA RENAL

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	E. C.	29	7'75 mg. %

CREATININEMIA EN INSUFICIENCIA CARDIO-RENAL

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	L. B.	38	4'25 mg. %

CREATININEMIA EN NIÑOS APARENTEMENTE SANOS

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	C. M.	7	1 mg. %
2	O. S.	10	1 »
3	D. P.	8	0'93 »
4	S. C.	7	0'87 »
5	I. T.	9	0'86 »
6	C. C.	11	0'84 »
7	F. C.	7	0'74 »
8	M. F.	8	0'62 »
9	F. L.	5	0'58 »
10	C. L.	6	0'55 »

CREATININEMIA EN NIÑOS CON GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	A. L.	8	3'75 mg. %
2	C. C.	7	2'75 »
3	L. C.	9	1'37 »
4	J. A.	6	1'2 »
5	E. A.	7	1'2 »
6	R. N.	11	1'12 »
7	L. R.	6	1'12 »
8	C. N.	6	1 »
9	O. Ch.	5	1 »
10	A. A.	9	0'75 »
11	D. S.	9	0'75 »
12	A. R.	10	0'75 »

CREATININEMIA EN NIÑOS CON PIELONEFRITIS

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	E. R.	11	4'5 mg. %
2	M. C.	10	2'2 »
3	T. C.	9	2 »
4	C. B.	9	1'8 »
5	E. R.	6	1'75 »
6	E. L.	7	1'75 »
7	J. M.	11	1'60 »

CREATININEMIA EN NIÑOS CON GLOMERULONEFRITIS CRONICA

N.°	Nombre	Edad	Creatininemia
1	A. A.	8	9'5 mg. %

Damos a continuación el análisis estadístico de los resultados obtenidos al cuantificar creatininemia. Adultos:

	N.° casos	*Media* ± *E. st.*	*Desv. st.* ± *E. st.*	*Coef. var.*	
Aparentemente sanos	10	0'737 ± 0'048	0'146 ± 0'034	19'2 %	0'65 - 1'14
Pielonefritis .	9	3'04 ± 0'6209	1'756 ± 0'439	75'09 %	1'62 - 7'75
Tuberculosis renal	6	9'541 ± 2'946	6'586 ± 2'082	92'06 %	2'25 - 20'00

La comparación de las cifras medias de creatinina sérica que encontré en adultos aparentemente sanos y nefrópatas, permite apreciar el valor significativo de la diferencia y el porcentaje de probabilidad de error.

	N.° casos	*Media* ± *E. st.*	*Dif. med.* ±	T (n+n)—2	*P*	Porcent. aument.
Tuberculosis renal	6	9'541 ± 2'946	8'784 ± 2'946	2'97	0'01	92'06
Aparentemente sanos	10	0'757 ± 0'048				
Pielonefritis ...	9	3'04 ± 0'6209	2'283 ± 0'621	3'67	0'01	75'09
Aparentemente sanos	10	0'757 ± 0'048			0'001	

Seguidamente damos las cifras que resultan del análisis estadístico de los resultados que obtuve cuantificando creatininemia en niños:

	N.° casos	*Media ± E. st.*	*Desv. st. ± E. st.*	*Coef. var.*	*Cif. extrem.*
Aparentemente sanos	10	0'801 ± 0'039	0'188 ± 0'056	20'9 %	0'55 - 1 mg.
Pielonefritis	7	2'228 ± 0'273	0'946 ± 0'386	62'6 %	1'6 - 4'5 mg.
Glomérulonefritis difusa aguda	12	1'39 ± 0'185	0'871 ± 0'262	42'4 %	0'75 - 3'75 mg.

La comparación de las cifras medias de creatinina sérica que encontré en niños aparentemente sanos y nefrópatas, permite apreciar el valor significativo de la diferencia y el porcentaje de probabilidad de error.

	N.° casos	*Media ± E. st.*	*Dif. med. ± E. st.*	T(n+n)—2	*P*	Porcent. aument
Glomérulonefritis difusa aguda	12	1'39 ± 0'262	0'589 ± 0'262		0'05	42'37 %
Aparentemente sanos	10	0'801 ± 0'056			0'02	
Pielonefritis ...	7	2'228 ± 0'386	1'427 ± 0'392		0'01	64'04 %
Aparentemente sanos	10	0'801 ± 0'056			0'001	

Antes de formular interpretación que explique los resultados que obtuve cuantificando creatininemia en nefrópatas, debo referir los resultados parciales.

Las cifras de creatinina sanguínea que obtuve en sujetos adultos aparentemente sanos, fueron de 0'757 mg. ± 0'048, error standard, que coincide con las obtenidas por JAVIER FERNÁNDEZ [9] y ROSA ESPINO ICOCHEA [7], de Lima, y las extremas halladas fueron 0'65 a 1'14 mg. por ciento; en niños aparentemente sanos las cifras extremas fueron 0'55 a 1 mg. por ciento; con promedio 0'801 mg. por ciento ± 0'056, error standard, resultados muy similares a los que encontró WINBERG [33] y CRUZ [4], de Lima.

En los casos de tuberculosis renal, se hallaron como cifras extremas 2'25 a 20'00 mg. por ciento, con promedio de 9'541 mg. por ciento ± 2'946, error standard; comparando con las cifras encontradas en sujetos aparentemente sanos, se obtuvo un promedio de 6'586 mg. por ciento ± 2'082, error standard; el aumento equivale a 92'06 por ciento y su posibilidad de error 0'01.

En pielonefritis las cifras extremas fueron 1'62 a 7'75 mg. por ciento, con un promedio de 3'04 mg. por ciento ± 0'6209, error standard; comparando con las cifras encontradas en sujetos aparentemente sanos, se obtuvo un promedio de 1'756 mg. ± 0'439; el aumento equivale a 75'09 por ciento y la probabilidad de error estuvo comprendida entre 0'01 a 0'001.

En los otros procesos morbosos no se pudo obtener datos estadísticos, debido al escaso número de pacientes.

En glomérulonefritis difusa aguda de niños, las cifras extremas decreatininemia fluctuaron entre 0'75 a 3'75 mg. por ciento, con cifra promedio de 1'39 mg. por ciento ± 0'263, error standard; haciendo comparación con niños aparentemente

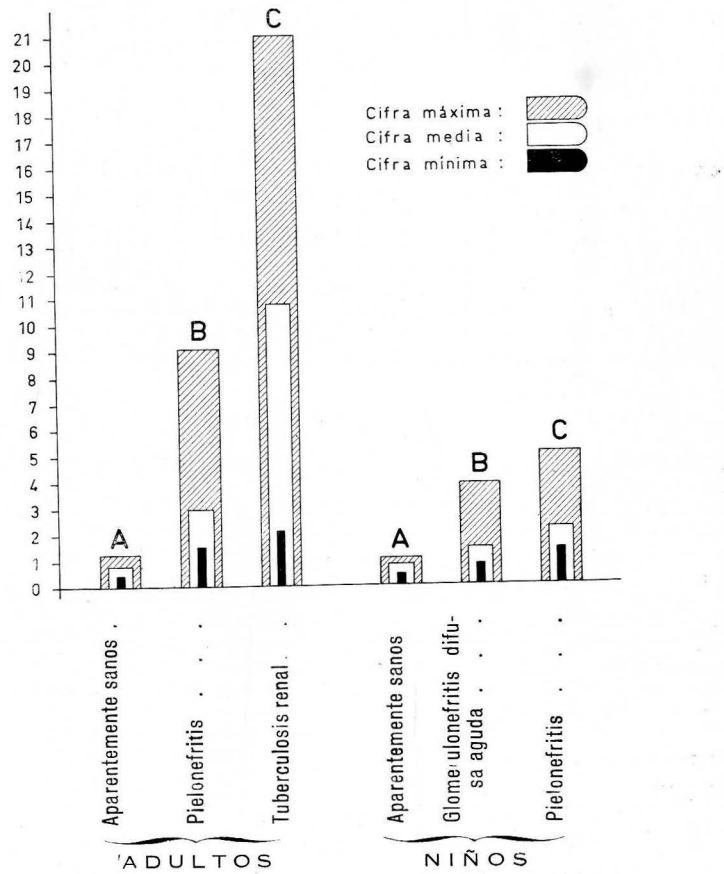
sanos, se obtuvo un promedio de 0'871 mg. por ciento ± 0'185, que equivale a aumento de 42'4 por ciento, y la probabilidad de error fue de 0'05 a 0'02.

En pielonefritis las cifras extremas de creatininemia fueron 1'6 a 4'5 mg. por ciento, con promedio de 2'228 mg. por ciento ± 0'386, error standard; comparando con niños aparentemente sanos se obtuvo un promedio de 0'946 mg. por ciento ± 0'273, error standard, que equivale a aumento de 62'6, y probabilidad de error de 0'01 a 0'001.

Tratando de interpretar el aumento de creatinina sanguínea en nefropatías, es necesario recordar que el riñón es víscera que concurre a mantener la homeostasis y que por esto ofrece trastornos funcionales, por hipertensión e insuficiencia cardíaca, íntimamente ligados a las nefropatías, debido a que actúan directamente sobre las arterias glomerulares y producen lesiones anatómicas, como en las glomerulonefritis, tuberculosis renal. Cuando hay destrucción del órgano en forma progresiva, se traducen esas alteraciones por aumento de catabolitos sanguíneos, entre los que se encuentra la creatinina.

La hipercreatininemia en nefropatías tiene mayor significación que la uremia.

En el histograma que sigue se presentan en forma gráfica las cifras máxima, media y mínima de creatininemia en aparentemente sanos y en los nefrópatas estudiados.



Conclusiones

1.ª Se cuantificó creatinina sanguínea con la técnica de Folin-Wu modificada, en cuarenta y cuatro nefrópatas, veinticuatro adultos en el Hospital «Dos de Mayo» y veinte niños en el «Hospital del Niño, y veinte sujetos aparentemente sanos, niños y adultos.

2.ª En adultos aparentemente sanos el promedio de creatinina sanguínea fue de 0'757 mg. por ciento ± 0'048, error standard.

3.ª La creatininemia en nefrópatas adultos fue: en tuberculosis renal, 9'541 mg. por ciento ± 2'946, error standard, que equivale a 92'06 por ciento de aumento y probabilidad de error 0'01; en pielonefritis, 3'04 mg. por ciento ± 0'6209, error standard, que equivale a 75'09 por ciento de aumento y probabilidad de error 0'01 a 0'001.

4.ª En niños aparentemente sanos el promedio de creatinina sanguínea fue de 0'801 mg. por ciento ± 0'056, error standard.

5.ª La creatinina en niños nefrópatas fue: en glomérulonefritis difusa aguda, 1'39 mg. por ciento ± 0'262, error standard, que equivale a 42'4 por ciento de aumento y probabilidad de error de 0'05 a 0'02, y en pielonefritis el promedio fue 2'228 mg. por ciento ± 0'336, error standard, que equivale a 62'6 por ciento de aumento y probabilidad de error de 0'01 a 0'001.

RESUMEN

La medida de la tasa de creatinina en suero sanguíneo permite apreciar el funcionamiento renal, formulando su pronóstico y controlando el proceso de curación de ciertas nefropatías, ya que la retención de nitrógeno no proteico y el aumento de la creatinina como catabolito del metabolismo proteico, obedecen en general a las mismas causas que provocan retención ureica.

En la primera parte del trabajo se resumen y actualizan los conocimientos generales sobre creatinemia en nefropatías. En la segunda se refieren las investigaciones realizadas con la técnica de Folin-Wu, en cuarenta y cuatro nefrópatas (niños y adultos) y en otros veinte sujetos aparentemente sanos, como control. Finalmente, en una tercera parte se exponen e interpretan los resultados obtenidos, insistiendo en que la hipercreatinemia en nefropatías tiene mayor significación que la uremia y merece divulgarse esta prueba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azabache V., Graciela.—«Creatininemia en gestosis.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1961.
2. Best y Taylor, N.—«Bases fisiológicas de la práctica médica.» México, D. F. 1942.
3. Bodansky, M., y Bodansky, O.—«Bioquímica de la enfermedad.» México, D. F.. 1942.
4. Cruz R.. Hipólito.—«La depuración renal de la creatinina endógena en niños normales.» *Revista del Hospital del Niño*, 23: 137, 1961.
5. Chabanier, H., et C. Lobo Onell.—*Rev. Méd. Latinoamericana*, 16: 13, 1930.
6. Donoso, José.—*Fisiopatología*, 313. Santiago de Chile, 1950.
7. Espino Irochea Rosa.—«Creatinemia en sujetos aparentemente sanos.» Publicada en *Laboratorio*.
8. Fernández, Danilo.—«Creatina y creatinina en niños prematuros recién nacidos.» Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1955.
9. Fernández Ñique, Javier.—«Las depuraciones de creatinina endógena y urea en el hombre normal.» *Anales de la Facultad de Medicina*, 1958.
10. Franchi, H.—«Enfermedades de los riñones.» Montevideo, 1942.
11. Fisher, Alfredo.—*Laboratorio*. Buenos Aires, 1945.
12. Folin, O., and Wu, H.—«A sistem of blood analisis.» *J. Biol. Chem.*, 38: 98, 1919.
13. Gamarra Alvarez, Miguel.—«Volumen urinario y la eliminación de Na K y creatinina en veinticuatro horas.» Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1957.

14. Horna, Eqa.—«Estudio correlativo entre la depuración de creatinina y la eliminación de rojo de fenol en la orina.» Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1958.
15. Jiménez Díaz, C.—«Nuevos horizontes de la patogénesis.» Madrid, 1956.
16. Lichtwitz, Leopoldo.—«Nefritis.» Buenos Aires. 1942.
17. López Balwin, Zoila.—«La depuración de creatinina endógena urea y la excreción de rojo de fenol en la mujer adulta normal.» Tesis de Bachiller en Medicina, Lima, 1957.
18. Machado, E.; Miatello, V.; Molledo, L., y Morrelli. O.: «Creatinina. Sus ventajas sobre la determinación de la azoemia.» *La Prensa Médica Argentina*, 45: 3473, 1958.
19. Martínez, Nora.—«Creatinina en sangre y orina de mujer embarazada.» Publicada.
20. Mann, F. C.—«Creatinine in human blood.» *American Journal of Phisiology*, 104: 242, 1933.
21. Miller y Dubos, R.—«Determination by a specivc enzimatic method of the creatinine contend of blood and urine from normal and nephritic individuals.» *J. Biol. Chem.*, 121: 457, 1957.
23. Myers, V. C., and Mangun, G. H.—«Comparative studies en creatine, phosphorus and potasium in varius muscle tissues.» *J. Biol. Chem.*, 132: 447, 1940.
23. Millatello, Víctor, R.—«Panorama de la nefrología mundial a través del primer congreso internacional de nefrología.» *El Día Médico*, 49: 1.317. 1961.
24. Owen, A. B.; Iggo, F. J.; Scandrett and Stewart, D. P.—«The determination of creatinine in plasma, suero, and urine; a critical examination.» *Biochem. J.*, 58: 426, 1954.
25. Oser, B.; Haw, K. P., y Summerson, W.—«Química fisiológica práctica.» 506. México, D. F., 1949.
26. Pons. P.—*Patología y Clínica Méd.*, 2: 60. Barcelona, 1958.
27. Reiter Mina.—«Cuantificación de creatina y creatinina en sangre.» Lima, 1934
28. Rodríguez López, I.—«Creatininemia en recién nacidos.» T. Br. F. F. B. 1960.
29. Valverde, M. A.—«Contribución al estudio de la función renal.» T. Br. F. M. Lima, 1947.
30. Varela Manuel, E.—«Nefropatías.» Buenos Aires, 1956.
31. Van Slyke.—«Interpretations.» 1: 897, 1946.
32. Wardener, H. E.—«El riñón, esquemas de su estructura y función.» Barcelona, 1960.
33. Winberg, J.—«The 24 hours endogeneus creatinine clearance in infants and children without renal disease.» *Acta Pediátrica*, 48: 443, 1959.
34. Wright Samson.—«Fisiología aplicada.» 609. Barcelona, 1939.
35. Zambrano Patiño, M.—«Relación funcional entre creatinina sérica y depuración de creatinina endógena en la insuficiencia glomerular, estudio en mujeres.» T. Br. F. M. Lima, 1959.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia.
Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

EL PROBLEMA DEL CÁNCER GÁSTRICO, *por el doctor* T. A. PINÓS MARSELL. *Un volumen (17'5 por 25 cm.) de 331 páginas, ilustrado con 244 figuras (seis en color y una lámina en color fuera de texto); encuadernado en tela. Editorial Científico-Médica. Vía Layetana, 53. Barcelona, 1963.*

El diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz del cáncer del estómago son problemas, actualmente, no resueltos. Por ello, todas las Escuelas de Gastropatología se esfuerzan en ampliar nuevos métodos diagnósticos, en ensayar nuevas técnicas, en confrontar resultados, en investigar cada día más y más, con medios cada vez más rigurosos, ya que no se dispone de ninguno que sea eficaz o seguro.

La Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, que fue fundada por el doctor Gallart y que dirige actualmente el eminente doctor T. A. Pinós, aporta esta obra al público médico. Ella es el resultado de la larga experiencia de esta Escuela sobre el diagnóstico del cáncer gástrico, y creemos que es uno de los estudios más completos y modernos que se han escrito sobre tan apasionante y vital tema patológico humano.

El doctor Pinós, cuyas primeras actividades fueron de radiólogo (véase su obra «Estudio radiológico de la vesícula biliar normal y patológica», año 1928) y más tarde de experto clínico (véase «Ulcus gástrico», en el año 1947, y «Hepatitis tóxica y cirrosis», en 1948), se ha rodeado de un equipo de colaboradores prestigiosos, y de esta obra en común ha surgido la obra que comentamos.

En el capítulo de introducción, el doctor Pinós expone el plan de la obra, comentando brevemente los diferentes métodos diagnósticos empleados. El segundo capítulo trata del aspecto clínico y se enriquece con abundante casuística. A continuación se exponen las imágenes radiológicas del cáncer gástrico y el diagnóstico diferencial radiológico, terminando esta descripción de la técnica radiológica con un breve capítulo dedicado a la cinerradiología en el aparato digestivo y en el diagnóstico del cáncer gástrico, donde se vislumbra el prometedor porvenir de esta técnica, más que lo logrado hasta el presente. Estos capítulos han sido escritos con la colaboración de los doctores Ylla y Cárdenas.

El capítulo V, redactado exclusivamente por el doctor Pinós, trata de un tema eternamente discutido: «Transformación maligna de la úlcera gástrica»; se trata de un estudio completo, ponderado y justo de la extensa experiencia del autor.

Con la colaboración de los doctores Serés y Martí, el doctor Pinós se ocupa en el capítulo VI de un tema tan interesante como discutido: «El problema del píloro afilado». Desde que Gutmann, en el año 1939, descubrió esta alteración radiológica como signo patognomónico de lesión neoplásica, se ha discutido mucho sobre este asunto: para los autores catalanes, el «píloro afilado» puede ser manifestación de: simple infiltración pilórica con gastritis hipertrófica; úlcera cicatrizada; úlcera plana en actividad; úlcera transformada; neoplasia infiltrante, y neoplasia ulcerada.

En breves capítulos se estudian, a continuación, las exploraciones de laboratorio más comunes para el diagnóstico del cáncer gástrico: estudio hematológico, sondeo gástrico, etc.

Uno de los capítulos más interesantes y completos de la obra es el redactado por el doctor Cabré Fiol sobre «Citodiagnóstico del cáncer gástrico». Describe las técnicas propuestas por diferentes investigadores, a partir de la primera, propuesta por Papanicolaou, hasta la suya personal, que consideramos la más práctica. Analiza los resultados obtenidos por los diferentes autores comparativamente con los obtenidos por él, y aporta valiosos datos de técnica y de valoración de los resultados.

Es muy interesante y bien documentado en iconografía personal el capítulo dedicado a «Exploración gastroscópica», redactado por los doctores Vidal Colomer y Sala Cladera. Breve pero muy bien enjuiciado el capítulo dedicado por Pinós, Serés y Martí, a «Laparoscopia».

El doctor Ortiz Campos ha redactado la «Anatomía patológica del cáncer gástrico», siguiendo las normas clásicas y con numerosos ejemplos sacados de su extensa experiencia.

Por último, se exponen los capítulos dedicados a «Tratamiento médico de las neoplasias gástricas», redactado por Pinós e Ylla. Y el de «Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico», escrito por los doctores Llauradó, Trías Rubies y Guíux. El primero es breve, conciso, sincero y necesariamente pesimista; el segundo se limita a la exposición de la técnica quirúrgica de las diferentes clases de operaciones propuestas.

Acaba la obra con un índice alfabético de materias.

Felicitamos a los autores, y muy especialmente también a la Editorial Científico-Médica, por el esmero y lujo con que ha editado esta interesante obra.—ECHEVERRÍA.

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES SOBRE ETIOPATOGENIA DE LOS INFARTOS Y DE LOS HEMATOMAS PLACENTARIOS. SU EXTRAORDINARIO INTERES OBSTETRICO Y MEDICO-LEGAL, *por el doctor* PEDRO PUIG Y ROIG. *Un volumen de 17 por 24 cm., de 91 páginas, con 92 láminas, fotografías, microfotografías y esquemas separadas del texto, cada una con su correspondiente pie explicativo (el texto comprende 33 páginas); rústica. Editorial La Poligrafa, S. A. Barcelona, 1963.*

Con la creencia, como aún siguen muchos autores, de que una gran causa de muertes fetales intrauterinas era debida a roturas masivas de capilares vellosos, comenzó el autor su experiencia personal, que le condujo a resultados opuestos a los previstos, ya que jamás la rotura de ningún capilar ni de otros vasos venosos o arteriales de los que circulan profusamente por la cara fetal de la torta placentaria, a pesar de haber conseguido aumentar la presión vascular placentaria hasta cuarenta veces más la cifra de la presión en los capilares vellosos, o sea, 48 mm. Hg. por 40 = 1.920 mm. Hg., que corresponde a unas 2 1/2 attmósferas.

Siempre en sus experiencias emplearon placentas maduras, normales, correspondientes a mujeres sanas.

De estos trabajos experimentales, detalladamente expuestos en esta interesante monografía, parece deducirse que las lesiones esclerofibrosas que presentan las placentas correspondientes a fetos muertos intrauterinamente por obstrucción de vasos funiculares, no son debidos a hemorragias por estallido de capilares de las vellosidades.

Estudia experimentalmente en conejas gestantes las lesiones que encuadran el infarto anémico placentario, incluso el diferencial, entre el ocasionado por obliteraciones por compresión del cordón y el ocasionado por embolia o trombosis.

El hallazgo de estas lesiones puede constituir una prueba pericial de gran valor.

Las láminas que con gran profusión acompañan a esta monografía son muy demostrativas.

La presentación es esmerada y muy cuidada, y acredita una eficiente labor editorial.—M. VICENTE CARCELLER.

LOS HOSPITALES DE VALLADOLID EN TIEMPOS DE FELIPE III, *por el doctor* LEOPOLDO CORTEJOSO. *Separata de los Cuadernos de la Historia de la Medicina. Tomo II, n.º 2, págs. 133-155. Salamanca.*

Si la personalidad científica del doctor Cortejoso es conocida de cuantos cultivan la especialidad del aparato respiratorio enmarcados en la geografía hispana, su faceta literaria traspasa las fronteras patrias y cabe asegurar es uno de los médicos-literatos más preeminentes de España. Es pródiga su pluma, y sus escritos, de índole diversa, atraen poderosamente. Personalmente, cuando en un sumario observo su nombre, busco ávidamente la página de su trabajo; siempre quedé complacido, y hoy la lectura de «Los Hospitales de Valladolid en tiempos de Felipe III» resulta tan aleccionadora como placentero el enjuiciarlo.

El doctor Cortejoso, para centrar el tema de los hospitales, bosqueja demografía, arquitectura, climatología, caracteres geográficos, incidencias políticas, etc., vallisoletanas del siglo XVII, documentándose ampliamente en testigos *de visu* de aquella época, expugnando las referencias de infinidad de autores anteriores y posteriores, cuyas citas señala y precisa con minucia. Enumera los diversos centros asistenciales de la Valladolid de aquel tiempo y halla una cifra superior a la de quince hospitales asignada por un autor portugués de la centuria décimoseptima, indicando que es posible que algunos de ellos «no fueran otra cosa que simples casas para enfermos o para heridos de guerra». Con paciencia benedictina ha recopilado datos sobre cada uno de estos centros asistenciales, y describe individualmente infinidad de noticias sobre los mismos, con lujo de detalles, y si estos datos son ya de por sí valiosos, lo son mucho más los problemas que plantea e insinúa, deducidos de los móviles humanos que los crearon, del espíritu religioso que los animó, de la morbilidad que hizo fundarlos, del personal y capacitación de los encargados de su asistencia... y de tantas otras cuestiones que la fina psicología del autor

capta y transmite al lector, estimulándole al estudio y soplando en su espíritu el hálito del investigar sobre el tema.

A quien calificare nuestra pluma de parcial, invitamos a leerlo, en la seguridad de que si es sincero concluirá opinando fuimos parcos en el elogio, toda vez que las fuentes documentales que maneja resultan exuberantes, y el léxico del doctor Cortejoso acusa las características remarcables en sus numerosos trabajos literarios: ideas certeras, expuestas con claridad meridiana, utilizando la oración precisa, de donde resulta un texto del más puro castellano.—LUIS DEL CAMPO.

AUTORES EXTRANJEROS

ALTERACIONES DEL RITMO CARDÍACO. SISTEMATIZACIÓN, CAUSALIDAD, SIGNIFICACIÓN CLÍNICA. TRATAMIENTO, *por el profesor doctor* MD. KONRAD SPANG. *Un volumen (20 por 29 cm.) de 558 páginas, con un atlas electrocardiográfico adjunto de 228 trazados; encuadernación en tela. Precio: 1.100 pesetas. Editorial Alhambra. Claudio Coello, 76. Madrid. México. 1963.*

MIENTRAS que el capítulo de las arritmias en los libros de patología médica y en los de electrocardiografía ocupa unas cuantas páginas, en este excepcional tratado las arritmias ocupan cerca de seiscientas, más un atlas electrocardiográfico adjunto. La categoría del autor y colaboradores que escriben el libro, su extensión y los temas que trata de manera tan completa, definitiva y magistral, le da tal valor que difícilmente en lo que resta de siglo podrá aparecer libro en castellano, en versión del alemán, de la importancia del que comentamos. Las arritmias son «indicio de la existencia de una lesión», y su estudio, aunque parezca lo contrario, requiere «dedicación profunda», porque si bien el electro lo primero que estudió fue la falta del ritmo cardíaco, es el capítulo de las arritmias el más importante en la electrocardiografía y en la patología de las enfermedades del corazón. No está «esclarecida de manera terminante la naturaleza del estímulo cardíaco», y ni la histología o la fisiología del seno o del nódulo han dicho la última palabra.

Cómo se producen los extrasístoles o la causa de la fibrilación, se desconocen. Los trazados de este libro son tan «seleccionados» que proporcionan abundante materia para estudiar. La «situación clínica» da vitalidad al análisis de la arritmia, porque la clínica dispone de un medio propio de acometer el problema distinto de la fisiología que vive de la experimentación animal. Cooperan en el tratado del profesor K. Spang, profesor de Medicina de la Universidad de Heildelberg y de igual clínica de Stuttgart, Doerr, de la Universidad de Kiel, y el doctor Trautwein, del Instituto de Fisiología de Heidelberg. Importantes problemas, expone el tratado, causados por la patología de ese centro cuyos haces se introducen hasta la adventicia de la cava que nos gobierna el corazón, y que Wenckebach decía que «tenía una musculatura pequeña, pero de mucho interés», y que aún no se sabe si está totalmente delimitado por tejido conjuntivo, y que es donde radica la firmeza de los latidos cardíacos, cuya «comunidad de todas las partes constituye una realidad», aunque su fisiología íntima se desconozca.

La morfología del sistema conductor de los estímulos, su ortología y patología los expone el profesor Doerr.

La fisiología de las irregularidades del corazón las estudia el doctor Trautwein, y las alteraciones del ritmo son descritas por el autor del tratado, así como la última parte, la terapéutica especial. Taquicardia sinusal: Estudio de la anemia, función tiroidea, reserpina, prostigmina, gimnasia. Bradicardia sinusal: Aunque es insólito que requiera tratamiento emplea la atropina.

Taquicardia paroxística supraventricular: maniobras clásicas y el empleo de digital estrofantina, Meholyl en Estados Unidos, Doryl, empleo preventivo de la quinidina, reserpina-novocainomida, neostigmina, sulfato de magnesio, vino de ipecacuana, sulfato de cobre, digital; desaconsejable el Mecholyl en los niños, y menos peligroso el bromuro de acetil colina.

Tremulación auricular: Digitalización y quinidina cuando la tremulación se convierte en fibrilación.

Fibrilación auricular: La clásica medicación de la digital, quinidina, su asociación a W. P. W., contraindicaciones del empleo de la quinidina, la aparición de crisis anginosas al restablecerse el ritmo normal, la tendencia a la hipotonía, la escasa utilidad en estos casos de la novocainomida y el empleo de la aleudrina.

Extrasístoles ventriculares: Quinidina y novocainomida. Los auriculares y la parasistolia responden al tratamiento novocainomida y quinidina.

Taquicardia ventricular: Quinina novocainomida y el tratamiento de sostén.

Cita un solo caso que conoce de ataque de taquicardia ventricular por el tratamiento digitálico. Resulta extraño que se prescinda de la digital en la taquicardia (página 489). Habla de la profilaxis por medio de la atropina. Mecholyl y sulfato de magnesio también se ha empleado, y termina refiriéndose a esta enfermedad en el niño.

Fibrilación ventricular: Novocainomida, defibrilación y compuestos nitrados.

Con el tratamiento de los trastornos de conducción, el síndrome de N. A. S. y el del seno carotídeo termina este capítulo de la terapéutica. En varias ocasiones se refiere a la aparición de trastornos del ritmo durante las intervenciones en futuros operados y de profilaxis de tales complicaciones. El índice de materias viene al fin del libro y a continuación el magnífico atlas electrocardiográfico, que da un extraordinario valor a la obra.

En fin, estamos ante lo que para el especialista de corazón, para el internista, como para el médico general, resulta, podríamos decir, el libro de cardiología para siempre. La presentación de esta obra hace honor a la editorial. — SAMITIER.

COLLOQUIA OF ENDOCRINOLOGY, *organizado por Ciba Foundation.* IMMUNOASSAI OF HORMONES. *Tomo 14. Un volumen en 8.º, de 320 páginas; encuadernación en tela. Editor J. A. Churchill, Ltd. London, 1962.*

ADEMÁS de la aplicación de los métodos clásicos de inmunología al estudio de las hormonas que contienen proteínas, los conocimientos adquiridos en estos últimos años se han acrecentado con otros descubrimientos. Entre ellos, el poder obtener grandes cantidades de hormonas proteicas en elevado grado de pureza; el desarrollo de pruebas finas para medir cantidades de antígenos y anticuerpos, especialmente de los dependientes del «curtido» de eritrocitos y el uso de reacciones de hemaglutinación; la apreciación de la existencia de importantes diferencias químicas en la estructura de las hormonas proteicas procedentes de diversas especies de animales y el constatar que tales diferencias hacen posible la producción de potentes antisueros para hormonas no homólogas, así como el uso de varios añadidos en la administración de hormonas antigénicas, con lo que se consigue obtener antisueros con relativamente pequeñas cantidades de hormonas.

En el libro adjunto se trata de estos problemas, especialmente respecto a la hormona de crecimiento, insulina, glucagon, tirotropina, corticotropina, gonatropinas y prolactina.

Diferentes autores especialistas en estos problemas exponen y discuten, en un symposium patrocinado por CIBA, estos estudios.

Fruto de ellos es el volumen que comentamos. Muy interesante para el especializado. Muy bien editado, como es habitual en estas series. — JOAQUÍN AZNAR.

PHYSIOLOGIE ET METABOLISME DES LEPTOSPIRES, *por dos doctores* B. KOLOCHINE y M. MAILLOUX. *Un vol. (16 por 25 cm.) de 194 páginas, con 16 figuras y 19 cuadros; rústica. Precio: 40 N. F. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevar Saint-Germain. París, VI, 1962.*

LA investigación sobre las espiroquetas, tan brillantemente iniciada en Francia por la figura ilustre del profesor Augusto Pettit, ha sido proseguida en el campo de las leptospiras por su alumna y colaboradora predilecta Mme. Berthe Kolochine Erber, que durante largos años ha continuado de manera incansable la labor del maestro, en la sección de leptospirosis del Instituto Pasteur. En esta monografía, efectuada en colaboración con M. Mailloux, nos ofrece una revisión al día de la biología de las leptospiras, enriquecida con aportaciones personales, fruto de su larga experiencia y labor investigadora.

Es una monografía de 193 páginas, en la que en forma concisa y didáctica se expone el estado actual de nuestros conocimientos sobre la fisiología y metabolismo de las leptospiras. Después de un prefacio del profesor Trefouel, director del Instituto Pasteur, y de una introducción por el profesor Mollaret, jefe del Servicio del Instituto Pasteur y profesor de Clínica de Enfermedades Infecciosas, estudian en siete capítulos las características morfológicas; los medios de cultivo, tanto los clásicos medios líquidos y semisólidos como los más modernos medios sólidos, que abren un nuevo camino en el estudio de las leptospiras; las propiedades fisiológicas; la estructura antigénica, según los distintos métodos de fraccionamiento; la supervivencia en los distintos medios; la acción de los agentes físico-químicos y biológicos, y, por último, estudian las consecuencias médico-sociales, en especial de orden epidemiológico, en medicina del trabajo y la importancia de las técnicas de vacunación humana y animal en la profilaxis de dichas infecciones.

En cada capítulo hacen una crítica rigurosa de las diversas aportaciones, que resumen en sus conclusiones al terminar cada uno de ellos y al final de la obra. Terminan

relacionando la copiosa literatura consultada, ordenándola por capítulos.

Es una obra de gran interés por su rigor, juicio crítico y claridad de expresión, y cuya lectura debe ser recomendada a todos los estudiosos en microbiología y enfermedades infecciosas. — A. PUMAROLA.

PATOPSICOLOGÍA CLÍNICA, *por el doctor* KURT SCHNEIDER. *Segunda edición. Un volumen (15 por 20 cm.) de 238 páginas; encuadernado en rústica. Editorial Paz Montalvo. Antonio Maura, 13. Madrid, 1963.*

EL mundialmente conocido Kurt Schneider, profesor de Psiquiatría en la Universidad de Heildelberg, aborda en la presente publicación una serie de cuestiones sobre los siempre complejos mecanismos reaccionales de la psiquis humana, más que para leerlos o estudiarlos para meditarlos. Son, al fin de cuentas, el texto que los contiene puntos de vista de una mente privilegiada que consagró toda su vida al enfoque y tratamiento de los enfermos mentales y de las personalidades anormales, unas veces encuadrables dentro de lo patológico y otras con rasgos sobresalientes caracterológicos, por los cuales, según la expresión del maestro, sufren o hacen sufrir a la sociedad.

El título que da a este libro, «Patopsicología», «Klinische Psychopathologie» en la versión original alemana, sería quizá lo discutible de estas interesantes meditaciones, en el sentido de no concordar exactamente con el contenido de la obra, la cual la divide en capítulos totalmente independientes unos de otros, subdivididos a su vez en distintas materias. Los epígrafes de aquéllos rezan: «Sistemática clínica y concepto de enfermedad», «Las personalidades psicopáticas», «Reacciones vivenciales anormales», «Los oligofrénicos y sus psicosis», «La estructura de las psicosis con base somática», «Ciclotimia y esquizofrenia». Una parte final, original y ortodoxa psiquiátrica, esbozo de una patopsicología de los movimientos y de las pulsiones, enriquece la obra, trazando el profesor Schneider mediante este apéndice nuevas orientaciones sobre los sentimientos y tendencias del yo.

La totalidad de la publicación acusa los rasgos que caracterizan a Schneider, calificado como uno de esos maestros que no gustan de estridencias, que pone siempre en sus escritos frenos a la fantasía y no se embarca en problemáticas que el correr de los años demuestran la ligereza del autor. En su ya larga vida los conceptos que diseña perduran, con la ventaja de que cuando los enuncia son avanzadillas del saber, pues si tiene la rara virtud de ser comedido en sus exposiciones, reflejan sus trabajos un paso más en la ciencia; quien conozca sus anteriores magistrales estudios sobre las personalidades psicopáticas tendrá ahora ocasión de contrastar esta opinión, sin que el maestro se recate en revisar sus propios conceptos anteriores sometiéndolos a la crítica de otros autores y nuevas concepciones en su valoración. Nos da también la lección del respecto a otros tratadistas, no hipervalorándose, ni criticando a quien cita, sin duda por omitir al que considera equivocado, al tiempo que adjetiva favorablemente la labor o tesis que transcribe.

Otra faceta remarcable del ilustre profesor de Heilderberg es su claridad expositiva y método descriptivo. Pertenece a esa élite de psiquíatras alemanes forjadores de la nueva ciencia, aventajándoles a la mayoría, si no por la densidad de conceptos, sí por el fácil y bien decir, por su didactismo. Su lectura resulta sencilla, quizá también debido a la magnífica traducción realizada por el doctor Guerra Miralles, lo cual no es sinónimo de poder correr por sus páginas hasta terminarlas, pues los conceptos acusan profundidad, doctrina sopesada, fácil de comprender, pero que requiere detención para obtener fruto en el proceso asimilativo. No en balde es la esencia del trabajo del auténtico maestro, que sabe enseñar y además pone su extensa experiencia clínica, de más de cincuenta años dedicado a la Psiquiatría, señalando los nuevos horizontes para recorrer y con frecuencia la imperfección de lo ya logrado y la necesidad de renovarse, lo cual demuestra, junto a la madurez, impulsos juveniles con avidez por el desentrañar la verdad.

Se comprende por lo expuesto que la obra que hoy enjuiciamos de Schneider es más bien para psiquíatras, médicos con cultura en esta disciplina o aspirantes a especialistas, que para estudiantes iniciados en estas materias del discurrir y del enfermar de la mente humana. Ninguno que se precie de especializado podrá dejar de conocer los nuevos enfoques psiquiátricos de Schneider, así lo ha debido entender la prestigiosa editorial Paz Montalvo, que reedita la obra por segunda vez, prueba del interés despertado por la primera edición. Pero los avales del libro saltan por doquier, pues se trata de la traducción de una sexta edición alemana, y en su portada se consignan las ediciones y fechas de versión a idiomas correspondientes a países tan lejanos como Italia, Francia, Japón, Inglaterra y Grecia, al tiempo que en un bello prólogo el profesor López Ibor consigna, por haberlo recogido directamente del maestro de Heildelberg, se preparaban traducciones a otros idiomas distintos. Esperamos que la pulcra edición de Paz Montalvo no tenga que desmerecer en absoluto de las realizadas a otras lenguas. — LUIS DEL CAMPO.

TRANSPLANTATION (Resumen del Symposium Ciba), *editado por* G. E. W. WOLSTENHOLME y M. P. CAMERON. *Un volumen (14 por 21 cm.) de 426 páginas, con 71 ilustraciones; encuadernación en tela. Precio: 56-S. J. A. Churchill Ltd., 104, Gloucester Place. London. W. I. 1692.*

LA Fundación Ciba, continuando su meritorio mecenazgo de ayuda a la investigación y a los investigadores, tanto si éstos son Premios Nobel, como si son jóvenes graduados que hacen su primera contribución a la investigación, convocó y celebró en Londres, en 1961, un symposium sobre transplantación, al que concurrieron las figuras más destacadas en el mundo sobre esta materia.

Las aportaciones de los participantes en el symposium, con las discusiones surgidas en el mismo, han sido recogidas en este volumen, que viene a enriquecer la biblioteca de la Fundación Ciba.

Este volumen, de denso contenido científico, ha sido respetuosamente dedicado por el presidente y los miembros del symposium, a la memoria de Peter Alfred Gorer, F. R. S., que fue durante muchos años la autoridad en reacciones serológicas de los romo-injertos. Aunque comenzó sus investigaciones y primeros descubrimientos en 1932, no fue reconocida y estimada su labor hasta después de la guerra, con su teoría sobre la transplantación de tejidos y sus investigaciones sobre la vulnerabilidad de las células linfoides y mieloides por la acción de los anticuerpos humorales.

Homenaje bien merecido y digno del profesor Gorer, por el gran valor científico que contiene este libro. — SERAL.

LES PRINCIPES D'ENSEIGNEMENT DE LA MEDICINE A L'UNIVERSITE DE NEW-YORK, *por el doctor* R. KOURILSKY. *Un volumen (15'5 por 21 cm.) de 112 páginas, con una láminas; rústica. Precio: 14 NF. Editorial Gaston Doin et Cie. 8 Place de l'Odeón. París VI, 1963.*

LA reforma de la enseñanza médica es un tema siempre apasionante y de actualidad. Las soluciones propuestas o ya adoptadas, suscitan en general controversias muy vivas, tanto por parte del profesorado como por la de los estudiantes, y en el curso de las discusiones, el ejemplo de Norteamérica se cita a menudo por unos y por otros, bien con alabanza o bien con menosprecio, pero la mayoría de las veces con un desconocimiento absoluto o con unas referencias muy superficiales, adquiridas mediante lecturas o en el curso de rápidas vistas que no permiten sino una impresión subjetiva, favorable o desfavorable, según los casos.

En esta monografía del doctor Kourilsky, profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de París, y residente durantte algunos meses como «Visiting Professor» en la Universidad de Nueva York, se expone el problema con toda objetividad y con una documentación muy amplia sobre los principios y los mecanismos de aplicación.

En su lectura no se aprecia ningún afán de polémica, sino un análisis crítico que va al fondo de las cosas y de los hechos, siendo tanto más interesante porque no se trata de una discusión de textos, sino de una experiencia vivida, y resulta tan imparcial, intelectualmente, como un trabajo científico.

Cualquier profesor, estudiante, médico o simplemente toda persona culta que desee una información imparcial y veraz sobre los estudios de Medicina, la investigación, la organización de cátedras y la educación postuniversitaria, deberá leer y meditar este trabajo antes de formar su juicio sobre los grandes problemas que encierra la enseñanza de la Medicina. — RICARDO HORNO LIRIA.

LAS OCCÍPITO-POSTERIORES, *por los doctores* OSCAR AGÜERO, ROSENDO CASTELLANOS *y* JUAN BRACHO. *Un vol. (16 por 23 cm.) de 122 páginas, con 45 figuras (dibujos, esquemas y fotografías); rústica. Imprenta Municipal, Caracas, 1962.*

A este trabajo le ha sido concedido el premio «Alfredo González», creado en enero de 1961, como homenaje a la memoria de ese ilustre médico tachirense, y otorgado por primera vez el 6 de enero de 1962.

Aunque recientemente, en 1960, la reconocida autoridad del profesor Botella, de Madrid, en su libro «Tocurgia», hace el siguiente comentario, referente a las intervenciones en obstetricia: «...la cesárea y el fórceps van siendo, casi exclusivamente, los recursos de la operatoria obstétrica..., 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». Considerando este criterio como de expansión dominante, quizá esto pueda ser razón que explique la escasez de publicaciones de este tipo que hacen notar los autores de esta monografía, hasta tal punto que en su revisión de los últimos veinte-treinta años sólo han encontrado dos publicaciones que de una manera

general abarquen estos aspectos (las de Bair, en 1937, y la de A. King, en 1957). Esto ha estimulado, sin duda, a los autores, creyendo de utilidad hacer una revisión monográfica de esta interesante variedad de posición.

Y esto es el presente libro, que, sin duda, será recibido con gusto por todo tocólogo: unos, por tratarse de problemas vividos, en los que tuvieron que solucionar todo género de dificultades; otros, más modernos, porque podrán valorar todas las tentativas y métodos empleados para poder vencer estas anomalías de las occípito-posteriores, con sus riesgos maternos y fetales, pues todo esto describen, con toda minuciosidad y detalle, los autores de este interesante trabajo, del cual se pueden sentir justamente satisfechos. Y por nuestra parte, no hemos de regatear una sincera felicitación.

Las láminas son muy objetivas, y la presentación, esmerada. — M. VICENTE CARCELLER.

PRECIS DE PRATIQUE MEDICALE, *por los doctores* A. MOLINIER, C. BEDOYA *y* L. TABUSSE. *Un volumen (16 por 24 cm.) de 1.352 páginas, con 87 figuras en negro y colores; encuadernación en tela. Precio: 152 NF. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón. París VI, 1963.*

Los autores de este nuevo «Compendio de Medicina Práctica» se han esforzado en redactar un libro que responda exactamente a su título. Esta obra, en efecto, más que un manual de patología completo y compendiado, es un libro descargado de todas aquellas consideraciones demasiado teóricas o hipotéticas, dejando únicamente aquéllas que encuentran una aplicación inmediata en la práctica de la Medicina corriente de todos los días. Así concebido, este «Compendio» va destinado a servir de instrumento de trabajo para el médico práctico, de manual básico para el estudiante y, eventualmente, de ayuda preciosa para los auxiliares médicos especializados en todas las disciplinas.

Guiados por las solicitudes, las sugestiones y las opiniones pertinentes de numerosos compañeros médicos de zonas urbanas y de medios rurales y, por otra parte, orientados por su propia experiencia clínica y su hábito de enseñanza, los autores han redactado su obra de la forma siguiente:

En una *primera parte* exponen los grandes síntomas clínicos y biológicos, señalando su valor semiológico, que permite llegar a formular un diagnóstico firme.

En la *segunda parte* —la más importante— estudian analíticamente las enfermedades, sin detallar demasiado los mecanismos a menudo complejos, pero sin omitir tampoco los elementos patogénicos fundamentales capaces de explicar las manifestaciones clínicas y su evolución, y de guiar el tratamiento en forma adecuada.

La *tercera parte*, esencialmente práctica, comprende las nociones de profilaxia, cirugía menor, radiología, endoscopia, exploraciones funcionales y también las nociones de legislación médica, indispensables y útiles para cualquier médico, así como nociones referentes a isótopos y regímenes habituales.

Conviene resaltar la importancia concedida a la terapéutica en su fundamento y en sus diversas modalidades; también ha parecido útil a los autores el mencionar, al lado de los nombres científicos a veces complejos de la Farmacopea, los nombres habituales de las especialidades farmacéuticas correspondientes de uso habitual.

Por otra parte, saliéndose del cuadro convencional de los tratados de patología interna, este «Compendio» incluye un capítulo de patología exótica, algunas nociones elementales de Ginecología corriente y un resumen muy acertado de Dermatología.

Comprende esta obra unas 1.350 páginas, cuya lectura se ve facilitada por numerosos cuadros sintéticos o de recapitulación y por esquemas bien orientados que cumplen perfectamente su finalidad didáctica, por lo que no dudamos encontrará también en nuestra patria la favorable acogida que entre los estudiantes y médicos generales franceses, a quienes iba dirigida, halló en su país.

La presentación tipográfica es sobria y elegante, en la forma ya habitual que para estas obras ofrece la conocida Editorial Gaston Doin. — RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

BOSCH MARÍN. — «ORIENTACIONES DE LA MEDICINA CONTEMPORÁNEA».

En la Asociación de Médicos Escritores y Artistas pronunció esta conferencia sobre «Orientaciones de la Medicina contemporánea», el ilustre miembro de la Real Academio de Medicina.

Inició su intervención destacando a la Medicina social como necesidad de los tiempos modernos, caracterizados por el desarrollo de las técnicas científicas y haber llegado a tener conciencia de la solidaridad internacional. Hemos vivido una tremenda revolución técnica y social y hoy más que nunca se destaca la desproporción del hombre, de la que hablaba Pascal.

Signo de progreso actual es la rapidez de su ritmo, la complejidad creciente de la vida colectiva y la influencia de los factores económicos sobre la salud física y mental del hombre. A la Medicina tradicional se une el concepto preventivo, la necesidad de la rehabilitación y la misión social y educativa del médico.

El desigual desarrollo y nivel económico de los países del mundo origina una grave desigualdad en necesidades sanitarias. Se reproduce hoy en la tierra cada una de las épocas de la historia de la Medicina.

En varios continentes las viejas enfermedades cuarentenarias, la peste en la India y Manchuria; el cólera, la fiebre amarilla, viruela y tifus en Asia y Africa, con el endémico paludismo, la lepra y el pian, amenazan a los habitantes del hemisferio norte por la facilidad de contacto procedentes del sur. Alcoholismo y toxicomanías endémias en varias regiones.

El concepto moderno de bienestar físico, de habilidad para realizar una determinada tarea sustituyendo al viejo concepto anatómico de la Medicina, plantea la trascendencia de la recuperación y rehabilitación de enfermos crónicos, disminuyendo la carga social de la invalidez.

La gerontología social se impone ante la prolongación de la vida, para procurar una vejez más halagüeña. En 1960, el 4 por ciento de la población americana pasaba de 65 años. En 1950, el porcentaje llegó al 8 por ciento. Se preveen en el año 2000, el 16 por ciento, a saber: 27 millones de americanos habrán alcanzado el retiro. Con un tal porcentaje, podemos calcular para España, en el siglo XXI, algo más de 5 millones de jubilados.

La regionalización de la Medicina nos obliga a considerar las características del continente europeo desde el punto de vista sanitario. Recuerda el doctor Bosch Marín que si España es Europa, y cada vez se camina hacia mayor integración europea, hemos de conocer sus circunstancias sanitarias.

La heterogeneidad geográfica, climática, histórica, cultural, económica y, por lo tanto, sanitaria, es la característica de Europa.

Desde Mónaco, con 20.000 habitantes, a la U. R. S. S., con 200 millones, hay toda una gama. La mortalidad general de 7 por mil en Holanda, es más del doble en otros países del sur. La mortalidad infantil de Suecia, de 15 por mil, ha batido el récord de la más baja mortalidad en el mundo, mientras que en otros países pasa del 80 por mil. En Dinamarca no ha habido ni una sola muerte por difteria en los últimos años, pero recientemente la viruela ha visitado Inglaterra, Francia, Alemania y hasta la misma Suecia, y la propia fiebre tifoidea ha manchado la limpia ejecutoria de Suiza.

La prolongación de la vida remonta al cáncer y enfermedades cardiovasculares a los primeros puestos en países desarrollados, y los accidentes domésticos y de circulación son hoy las enfermedades más temibles entre los niños.

Critica el doctor Bosch Marín la «standardización» de la nueva Medicina asistencial, recordando palabras del destacado médico sociólogo francés Pasteur Vallery-Radot sobre Medicina y Humanismo, por boca del viejo maestro de la escuela francesa Laennec.

Se extiende el doctor Bosch Marín sobre la humanización de la Medicina y de la Farmacia, la importancia de la psiquiatría y el proceso de psicologización de la Medicina actual. La psicología del sano y del enfermo nos hace volver hacia la idea sintética del hombre, cuya personalidad se refuerza con la enfermedad.

Destaca la necesidad de evitar la deshumanización de la Farmacia, que permanece como un gran servicio social. El medicamento, además de su aspecto médico-dinámico, adquiere en manos del médico la categoría de remedio. Evitemos la deshumanización en aras de la técnica, procurando que el estado psíquico y afectivo del enfermo nos conduzca al consuelo y curación, objeto de esperanza y de fe en la Medicina y en el médico.

MEDICINA DEL TRABAJO

GUTIÉRREZ ALLES, J. L. — «BIOMETRÍA LABORAL. BATERÍAS DE APARATOS PARA LA DISCRIMINACIÓN DEL VIGOR Y ESTUDIO MATEMÁTICO DE SUS ERRORES.» *«Medicina y Seguridad del Trabajo», núm. 36, páginas 14-20, octbre-diciembre 1962. Madrid.*

EL autor hace observar al existencia de errores en los aparatos empleados en la valoración del vigor.

Por tanto, aconseja corregirlos. «Partiendo de errores conocidos en nuestros instrumentos, llegamos a la posibilidad de efectuar mediciones de una exactitud matemática y con un error específico conocido.»

El autor emplea una batería de instrumentos en la que se han estudiado los errores y, por consiguiente se han anulado. Es una serie de aparatos de poco coste y fácilmente transportables.

Describe la técnica para el descubrimiento de los errores y su corrección, y los ábacos para tipificar los resultados obtenidos.

El trabajo va ilustrado con seis fotografías demostrativas.—J. RIVERA.

CARDIOLOGÍA

GARCÍA TORRES, J. — «FIBROELASTOSIS ENDOCÁRDICA.» *«Arhivos de Enfermedades del Corazón y Vasos», V, LXV, núms. 3-4, página 65. Madrid. 1962.*

EL autor, profesor adjunto de la Facultad de Medicina de Granada, hace una revisión de este tema, que en el momento actual es motivo de gran interés. Primeramente expone el concepto del tema, manifestando que «con el nombre de fibroelastosis endocárdica designase una afección que aparece en niños pequeños, aunque más frecuentemente en recién nacidos y lactantes, que muy raramente se presenta en el adulto, clínicamente definida por un síndrome de insuficiencia cardíaca congestiva —por lo general, de evolución fatal— y anatomopatológicamente caracterizada por la existencia de un engrosamiento del endocardio parietal, más o menos difuso, con especial localización en cavidades izquierdas».

Seguidamente expresa la frecuencia, basándose en la bibliografía existente. Estudia la anatomía patológica, la cual pone de manifiesto un aumento global del tamaño del corazón, que llega en determinados casos a ser tres o cuatro veces mayor que lo normal. La hipertofia afecta principalmente al ventrículo izquierdo, en un 75 por ciento de casos, y en un 25 había también hipertrofia del derecho.

Al analizar la etiopatogenia, refiere que no hay acuerdo en cuál de los factores que se imputan pueda ser fundamental. Presenta la clínica de este síndrome, y al desarrollarla se refiere a las ideas expuestas por Rossi. Insiste en que uno de los procederes diagnósticos de utilidad lo constituye la electrocardiografía —alteraciones de P, hipertrofia ventricular izquierda. — BOZAL URZAY.

CASTRO FARIÑAS, E., y PECADOR DEL HOCO, L. — «TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE MORGAGNI-STOKES-ADAMS POR MEDIO DE MARCAPASO DE IMPLANTACIÓN PERMANENTE.» *«Revista Española de Cardiología», V, XVI, núm. 1, pág. 32, enero 1963. Madrid.*

LOS autores hacen un estudio de los diversos medios para tratar el síndrome de Morgagni-Stokes-Adams, resumiendo sus conocimientos actuales sobre la colocación de «pacemaker» artificiales permanentes. Presentan cuatro casos en los cuales hubo de realizarse esta terapéutica. Uno de los casos lo perdieron por trombosis cerebral, y en los otros tres llegaron a la recuperación total, manteniéndose los corazones con frecuencia comprendida entre las 64 y 72 pulsaciones en el minuto, verificándose la electrogénesis cardíaca con las caraterísticas propias de un síndrome de preexcitación. La recuperación clínica de los tres casos es total y se hace evidente, no solamente sobre la frecuencia cardíaca, sino sobre la mejoría general de la circulación, que repercute especialmente sobre el estado de función cerebral, cuya normalización postoperatoria permite poner de relieve la alteración psíquica que previamente existía.—BOZAL URZAY.

OFTALMOLOGÍA

ANASTASIO, J. V. — «EL FONDO DE OJO EN LOS ENFERMOS VERTIGINOSOS.» *«Revista Clínica Española», 88, 3, 185. Madrid, 1963.*

CONSIDERA el autor que en el 50 por ciento de los enfermos vertiginosos es posible demostrar la existencia de alteraciones específicas del fondo de ojo. Se basa para ello en la consideración de que la circulación por la retina y por el laberinto parecen obedecer a las mismas características, y, por lo general, cuando se alteran a consecuencia de un factor general, lo hacen simultáneamente. La diferencia de presión en el laberinto, sobre todo cuando se modifica bruscamente, es causa fundamental de las situaciones vertiginosas. Debe de existir algún mecanismo de compensación que independice la presión en el laberisto de la presión general del liquor, pues solamente así se explica que enfermos con tumores cerebrales y gran hipertensión endocraneal no presenten trastornos de vértigo ni audición.

Centrándose en el aspecto del fondo del ojo, el autor considera que hay una serie de imágenes muy típicas del vértigo, como son las de rigidez de las arterias y arteriolas. Esta fase inicial es rebelde a toda terapéutica, incluso los vasodilatadores y los ganglioplejicos. Otra imagen típica es la del estasis venoso, con venas tortuosas y dilatadas muy típicas, que son características también de los estados vertiginosos.

El edema acompaña a menudo al estasis venoso. Se manifiesta por una ligera borrosidad del borde de la papila. Suele ser precoz en algunas variedades de vértigo, y no precisa para su aparición la existencia de grandes lesiones vasculares.

Otro cambio interesante en la exploración es la existencia de una esclerosis del tejido conjuntivo, que, al dificultar una reabsorción de la linfa, modificaría el régimen de reabsorción de la endolinfa.

La importancia de estudiar todas estas características del fondo de ojo estriba en la posibilidad de poder mejorar el diagnóstico de los enfermos vertiginosos y de ayudar a aclarar el mecanismo determinante de la aparición del hidrops laberíntico, causa fundamental de los vértigos de cualquier etiología.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EXTRANJERAS

APARATO RESPIRATORIO

PASTOR, M. F., y otros. — «LAS INFECCIONES AGUDAS DEL APARATO RESPIRATORIO, TRATADAS CON OXITETRACICLINA POR VÍA RECTAL.» *«La Semana Médica», t. 121, número 16, págs. 699-703, 20 de agosto 1962. Buenos Aires.*

ESTE tipo de infecciones responde de manera muy especial a la oxitetraciclina por vía bucal o inyectable.

La aparición de este preparado en supositorios hizo que probaran su eficacia y trataron catorce adultos con un supositorio de 500 mil gramos cada seis-ocho horas. En cuatro casos obtienen curación rápida, y en ocho la alcanzan en un tiempo algo mayor. Dos fracasan debido a la interrupción del tratamiento por intolerancia: reacciones locales inflamatorias.

Después de una discusión, aconsejan el empleo de la vía rectal en casos leves o de moderada gravedad.—J. RIVERA.

LERNER, S. — «INSUFICIENCIA RESPIRATORIA. CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO.» *«La Semana Médica», t. 121, núm. 11, páginas 468-476, 2 de agosto 1962. Buenos Aires.*

EL trastorno de cualquiera de las funciones del pulmón provoca un estado de insuficiencia respiratoria que puede tener un curso agulo o crónico y que se manifiesta por disnea y cianosis.

Estudia la insuficiencia respiratoria crónica, sus causas y síntomas. La hipercapnia, sus causas y síntomas. La acidosis y alcalosis gaseosas.

A continuación se ocupa de la insuficiencia respiratoria aguda, causas y síntomas.

Seguidamente hace un estudio detallado del diagnóstico: examen funcional del pulmón, estudio hemodinámico de la pequeña circulación, angioneumografía, broncoscopia, radiografía, tomografía.

Pasa luego a la exposición del tratamiento de todas y cada una de las formas de insuficiencia respiratoria, haciendo resaltar las nefastas consecuencias del uso indebido del oxígeno.—J. RIVERA.

CARDIOLOGÍA

CONTE, M., y GODEAU, P. — «ANOMALÍAS DEL CARDIAS Y DEL ESÓFAGO, E INSUFICIENCIA CORONARIA» *(Anomalies du gardia et de l'esoprage, et insuffisance coronatienne). «Coeur et Médecine Interne», t. I, núm. 4, pág. 487. 1962.*

LOS autores analizan las concomitancias que pueden presentarse en patología gastroesofágica y coronaria. La hernia del hiato ocupa el primer plano dentro de estas fron-

teras. Conte y Godeau hacen referencia al «angor intrinqué». Concepto vertido por Roger Fromeent —Bozal Urzay—, que se refiere a un cuadro doloroso realmente coronario, en el cual las anomalías sintomáticas o evolutivas netas dependen, indudablemente, de trastornos extracoronarios asociados. Las dos sintomatologías dolorosas, coronaria y extracoronaria, no sólo están asociadas, yuxtapuestas, en el mismo individuo, y pueden disociarse mediante un interrogatorio minucioso. La enfermedad extracoronaria se manifiesta *entonces en un lenguaje coronario.*

Los autores citados han recogido cincuenta paientes con hernia hiatal. En los casos estudiados —cincuenta—, las coronarias estaban indemnes, clínica y electrocardiográficamente, en treinta y cinco casos; tres eran dudosos, en diez había enfermedad coronaria independiente de la sintomatología digestiva, y en dos casos se identificó el cuadro de «angors intrinqués», donde uno fue operado.

Los autores revisan los casos de hernia hiatal y los síndromes coronarios. En los casos en que coincidan ambos estados, es difícil la línea de conducta que debe seguirse. Es la exploración clínico-electrocardiográfica la que deslindará el proceso. Los autores se preguntan: ¿La hernia hiatal puede crear ella sola una insuficiencia coronaria en un sujeto de coronarias sanas?

Conte y Godeau valoran el síndrome anemizante de estos pacientes y de rechazo comentan el síndrome clínico de angor anémico. Por último analizan las indicaciones quirúrgicas de estos pacientes.—Bozal Urzay.

GALLAND, F.; BALVANERA, A.; MEDRANO, G., y MALDONADO, G. — «Cardiopatía pulmonar aguda. Correlación clínico-electrocardiográfica.» *«Archivos del Instituto de Cardiología de México», tomo XXXII, núm. 6, pág. 729. 1962.*

Los autores expresan primeramente que existe cardiopatía pulmonar aguda cuando se dilatan bruscamente las cavidades derechas del corazón como consecuencia de la súbita elevación de la presión arterial pulmonar. Esto sucede —dicen— cuando el área de sección transversal del lecho vascular pulmonar se reduce bruscamente a menos del 40 por ciento de lo normal.

Estudian quince casos de cardiopatía pulmonar aguda de etiología diversa: embolia pulmonar, once; neumonitis extensa, tres; fractura costal múltiple con hemoneumotórax, uno; con corazón y árbol vascular pulmonar previamente sanos, nueve, y patológicos, seis.

El criterio diagnóstico fue el siguiente: aparición súbita de shock y de signos sugestivos de dilatación de ventrículo derecho, en presencia de factor causal de hipertensión arterial pulmonar aguda. En la mayor parte de los casos, el shock se acompañó de disnea, opresión precordial, cianosis e insuficiencia ventricular derecha, y en algunos casos fue seguido de infarto pulmonar. El estudio electrocardiográfico reveló en todos los casos signos sugestivos de dextrorrotación y de isquemia subepicárdica; esta última con localización septal anterior predominante, dilatación de ventrículo derecho en doce casos; lesión subepicárdica, en diez casos; con predominio septal anterior, en nueve; dilatación derecha, en seis, y bloqueo incompleto de rama derecha, en seis casos.

La evolución clínica no fue paralela a la electrocardiográfica; esta última fue más larga y duró en unos casos hasta dos meses y medio.

Los autores expresan que tanto el cuadro clínico como el electrocardiográfico están en relación directa con la importancia de la hipertensión arterial pulmonar, si la imagen electrocardiográfica de la cardiopatía pulmonar aguda no se normaliza en un tiempo prudencial, se puede sospechar que, en el curso del tiempo, el enfermo desarrollará cardiopatía pulmonar crónica. Basándose en las razones anteriores, los autores proponen el término de *cardiopatía hipertensiva pulmonar aguda*, en sustitución del término clásico de cardiopatía pulmonar aguda o cor pulmonale agudo.—Bozal Urzay.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

SAÚL, A., y RODRÍGUEZ, O. — «La Dermatología en Méjico. Los primeros dermatólogos». *«Dermatología», vol. VI, número 1, págs. 3-17, marzo 1962. Méjico.*

La Dermatología, como especialidad, apenas tiene en Méjico unos cincuenta años. Los primeros dermatólogos tuvieron su formación en las escuelas francesa y vienesa. Se hace mención de algunos datos sobresalientes de la vida y obra de los doctores Eugenio Latapí, Ricardo E. Cicero, Jesús González Urueña, Salvador González Horrejón y Fernando Latapí, que puede considerarse como el primer autodidacta y creador de la Escuela Mejicana de Dermatoleprología. — Felipe Vara Santos.

ACEVES, R.; CORTÉS DE LA PEÑA, F., y GONZÁLEZ RAMÍREZ, S. — «Coccidioidomicosis». *«Dermatología», vol. V, n.º 2, págs. 129-156, junio 1961. Méjico.*

A propósito del estudio de un caso —un hombre de cincuenta y un años— originario de Zacatecas (Méjico), con coccidioidomicosis granulomatosa, el autor hace una amplia revisión del tema, su historia desde el primer caso descrito por Posadas en 1892 hasta la actualidad, los aspectos micológicos, clínicos y terapéutios de la enfermedad.

Destaca sobre todo la importancia de esta micosis, en Méjico, en zonas limítrofes con los Estados Unidos, y de la posibilidad de otras regiones endémicas en Colima y Michoacán. — Felipe Vara Santos.

LATAPÍ, F., y BEIRANA, L. — «Tapazol en lepra. Resultado negativo en diez casos». *«Dermatología», vol. V, n.º 2, páginas 157-158, junio 1961. Méjico.*

Resultados negativos en el tratamiento de diez enfermos de lepra lepromatosa con «Tapazol», durante tres meses como promedio, a dosis crecientes de 10 a 40 miligramos diarios. — Felipe Vara Santos.

SAÚL, A. — «Micosis fungoide. Comentarios a propósito de un caso con autopsia». *«Dermatología», vol. V, n.º 2, páginas 159-171, junio 1961. Méjico.*

Breve revisión de los principales aspectos de la mucosis fungoide, con estudio de los casos que se presentaron en diez años a la consulta del Servicio de Dermatología del Hospital General de Méjico: ocho casos: seis hombres y dos mujeres. En especial se comenta el caso de un hombre de cincuenta y cuatro años, cuyo estudio clínico e histopatológico permitió hacer el diagnóstico de micosis fungoide tipo Alibert Bazin, en su fase tumoral, y que falleció por intensas hematemesis. En la autopsia se comprobó la invasión sólo del testículo izquierdo, con indemnicidad de otros órganos, hecho ya comprobado por muchos autores.

Se concluye afirmando la individualidad clínica e histopatológica de la forma de Alibert Bazin, cuya clasificación nosológica se discute, pero que se considera como una enfermedad maligna del sistema retículoendotelial con localización primitiva en la piel e invasión visceral poco frecuente. — Felipe Vara Santos.

BEIRANA, L. — «Síndrome de Reiter blenorrágico. (Queratosis blenorrágica.)» *«Dermatología», vol. V, n.º 2, págs. 174-185, junio 1961. Méjico.*

Se comunica el primer caso mejicano de síndrome de Reiter queratósico gonocócico.

La evolución del cuadro fue la misma con antibióticos que sin ellos. Parece que el gonococo no es el directo productor de la enfermedad, sino más bien que, previa sensibilización, existe una reacción queratósica del huésped, o bien, como es más fácil entender al padecimiento, que sea un virus o algún otro agente etiológico desconocido el directamente responsable de la enfermedad.

Se discute la clasificación de Shatin y Ladany y se clasifica el caso como síndrome de Reiter queratodérmico gonocócico. — Felipe Vara Santos.

LATAPÍ, F. — «Las dermatofitosis. Su tratamiento actual por la griseofulvina». *«Dermatología», vol. V, n.º 2, páginas 186-192, junio 1962. Méjico.*

La griseofulvina es un adelantado ya confirmado para el tratamiento de las dermatofitosis o tiñas. Su mayor utilidad está en las tiñas de la cabeza, y ha sustituído a los anteriores tratamientos, que requerían la depilación por rayos X o acetado de talio.

En otras localizaciones el éxito es menos seguro o menos completo. — Felipe Vara Santos.

AGUIAR PUPO, J. — «Queratodermias palmoplantares hereditarias.» *«Dermatología. Revista Mexicana», vol. VI, número 1, págs. 18-33, marzo 1962. México.*

El autor clasifica a las queratodermias palmoplantares hereditarias en cuatro tipos:

1.º Tipo Meleda o Neumann, recesiva y con lesiones aberrantes.

2.º Tipo Unna-Thost, dominante, que no rebasa las palmas ni da lesiones aberrantes.

3.º Tipo Siemens, dominante con lesiones dolorosas en bandas en las palmas y difusa en las plantas, invalidante.

4.º Tipo Brauer, con lesiones crateriformes foliculares.

El estudio se hace en veintidós pacientes: ocho del primero, once del segundo y tres del tercer tipo. En los casos tipo Siemens intentó, con éxito, su curación mediante aplicación de injertos libres. Insiste el autor en la importancia de los matrimonios entre consanguíneos, con la aparición de estas lesiones. — Felipe Vara Santos.

WEISS, P., y TAKANO MORON, J. — «Linfomas (retículosarcomas) nasales.» *«Dermatología. Revista Mexicana», volumen VI, núm. 1, págs. 34-42, marzo 1962. México.*

Comentarios sobre nueve casos de linfomas o retículosarcomas nasales que habían sido primeramente diagnosticados como

leishmaniasis, rinoescleroma, necrosis medio facial, y que fueron más tarde diagnosticados histopatológicamente como procesos tumorales malignos.

Señalan los autores características especiales de estos procesos: tendencia a la necrosis, propagación en el territorio de la nariz y tejidos regionales de la base del cráneo y cavidad cerebral con metástasis a distancia, tardías.

Puntualizan la necesidad de biopsias repetidas y amplias, aun de tejidos aparentemente sanos, para hacer el diagnóstico correcto.

Señalan que la radioterapia ha dado buenos resultados en algunos de sus casos. — FELIPE VARA SANTOS.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

DUREL, P. (París). — «TRATAMIENTO ACTUAL DE LA GONOCOCIA.» (*Traitement actuel de la goconocie.*) «*Gynécologie Pratique*», *t. XIII, núm. 6, págs. 699-706. 1962. París.*

SE ocupa primero del diagnóstico, pues de él depende la terapéutica. Debe hacerse lo más exacto posible, evitando los errores por defecto y por exceso.

Referente al tratamiento, señala que ha de hacerse con un espíritu venereológico, o sea, epidemiológico. Aconseja la inyección para evitar así el autotratamiento, contrario a la epidemiología. Caso de emplear la vía bucal, aconseja asociar la inyección.

Hace notar el peligro de enmascaramiento de una sífilis latente, la creciente resistencia a los antibióticos y la necesidad de destruir los pequeños focos de infección, que pueden ser causa de recidivas. — J. RIVERA.

BÉCLÈRE (París). — «PROGRESO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR LAS GONADOTROPINAS.» (*Progrès dans les diagnostics et les traitements par les gonadotrofines.*) «*Gynécologie Pratique*», *t. XIII, núm. 6, págs. 623-668. 1962. París.*

CABÍA perplejidad en este tema por diferentes motivos que el autor especifica.

Referente a la dosificación, señala el mejor momento para la recogida de la orina (doce o catorce día del ciclo y la cifra media de gonadotropinas (10-15 U. ratón). Estudia la dosificación en el diagnóstico precoz del embarazo tubárico y otros embarazos anormales, los nuevos métodos de dosificación y el diagnóstico de la reacción de los ovarios a las gonadotropinas.

En el tratamiento estudia las indicaciones fisiológicas precisas de las gonadotropinas.

En las indicaciones respectivas de las diferentes preparaciones terapéuticas de gonadotropinas, estudia: 1.º Los extractos de suero de yegua, en los que señala su acción estímulo foliculínica, la producción de antihormonas y sus peligros. 2.º Los extractos de hipófisis humanas, de buenos resultados, pero escasos y difíciles de obtener. 3.º Extractos de orinas de mujeres menopáusicas, activos y no difíciles de obtener. 4.º Extractos de hipófisis de animales, con doble acción foliculizante y luteinizante y producción de antihormonas. 5.º La mezcla de 1/10 de origen glandular animal y 9/10 de origen coriónico humano, de excelentes resultados y sin inconvenientes a dosis débiles. 6.º De acción luteinizante preponderante: la orina de mujer embarazada, que no provoca la formación de antihormonas, bien tolerada si se emplea sola, y cuya dosis máxima puede ser de 10.000 a 15.000 U. I. al mes.

Seguidamente, se ocupa del tratamiento de las amenorreas por las gonadotropinas:

1.º Amenorreas después del parto, caracterizadas por una insuficiencia hipofisaria secundaria aislada y pura, coexistiendo con ovarios normales y centros hipotalámicos también normales. En estos casos emplea: *a*) gonadotropinas de origen sérico animal: 2.000 - 2.400 U. I. al mes, *b*) gonadotropinas de origen glandular animal: 30-60 U. ratón en un mes, *c*) mezcla de 1/10 de gonadotropina glandular animal y 9/10 de gonadotropina coriónica humana: 2.000 U. I. en un mes.

2.º Amenorreas primitivas sin retardo en la pubertad. Las gonadotropinas están contraindicadas. En los casos de síndrome hiperhormonal: 10-25 mg. de progesterona en el centro de una fase luteínica dan lugar a la aparición de las reglas. En los de insuficiencia uterina, estrógenos y progesterona a dosis moderadas, con diatermia y eventualmente dilatación amplia del útero, que da los mejores resultados.

3.º Amenorreas primitivas con retardo de desarrollo puberal. Las gonadotropinas están teóricamente indicadas, pero en la práctica dan rara vez resultado. Hay en estos casos una insuficiencia de desarrollo corporal, del conjunto hipotálamo - hipófisis, retardo de desarrollo e insuficiencia de receptividad de los ovarios a las dosis normales de gonadotropinas de origen externo. En estos casos, 1-5 mg. de estrógenos y 10-25 mg. de progesterona al mes han conseguido, en el plazo de unos meses a un año, el desarrollo puberal con ulterior menstruación.

4.º Amenorreas primitivas con anomalías congénitas, donde las gonadotropinas están totalmente contraindicadas.

5.º Amenorreas secundarias de origen hormonal primitivo puro. No hay lesiones ni infecciones genitales. Las fases amenoreicas han sido frecuentes desde el comienzo de la pubertad: *a*) amenorrea secundaria hiperhormonal: basta una sola inyección de 10-25 mg. de progesterona en plena fase luteínica para curar la amenorrea; *b*) amenorrea secundaria hipohormonal global: estrógenos - progesterona a dosis moderadas; *c*) amenorrea secundaria con insuficiencia uterina: estrógenos-progesterona a dosis moderadas, diatermia vaginal o rectal y dilatación amplia del útero bajo anestesia general.

6.º Amenorreas secundarias de origen neurovegetativo (choques emotivos, afectivos o sexuales), estrógenos-progesterona a dosis moderadas.

Finalmente, estudia los resultados obtenidos con gonadotropinas extraídas de hipófisis humanas y de orinas de mujeres menopáusicas. Las indicaciones en las esterilidades hormonales, embarazos anormales y en dermatología ginecológica. — J. RIVERA.

NOLOT (Caen). — «EMBARAZO CON AUMENTO DE LOS 17-CETOSTEROIDES. TRATAMIENTO POR LA DELTACORTISONA» (*Grossesses avec augmentation des 17-cétostéröides. Traitement par la deltacortisona*). «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *número 12, págs. 767-788, diciembre 1962. París.*

RESUME la historia del proceso y sus ventidós observaciones, haciendo un comentario. Analiza los elementos del síndrome y los criterios para decidir un tratamiento cortisónico.

Estudia la influencia de la cortisona sobre la gestación, la conducción del tratamiento y la evolución del embarazo bajo el tratamiento.

Seguidamente estudia la evolución de la dosificación bajo el tratamiento y la evolución de los embarazos no tratados.

Concluye afirmando que la elevación de los 17-cetosteroides eliminados en el curso del embarazo conduce a la interrupción precoz del mismo, lo que se repite en embarazos sucesivos. El tratamiento cortisónico permite a esas mujeres llevar su embarazo a término.

Pero no todas las mujeres con eliminación elevada de 17-cetosteroides abortan, y actualmente no hay criterio seguro que permita prever la evolución y reconocer las que necesitan tratamiento.

El autor ha sido generoso en sus indicaciones, habiendo tratado incluso las que sólo tenían historia de un aborto y las que sólo presentaban una amenaza. Cree así haber tratado algunos casos sin necesidad, justificando su actitud la carencia de peligro de tal tratamiento para la madre y el niño. — J. RIVERA.

ROUSSEL, J. LE (París). — «TRATAMIENTO DE LA TRICOMONIASIS VAGINAL POR ACINITRAZOLE» (*Traitement de la trichomonase vaginale par l'acinitrazole. 20 observations*). «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *n.º 12, págs. 801-816, diciembre 1962. París.*

DESPUÉS de unas consideraciones sobre la sintomatología y causas de recidiva, hace un estudio del preparado y expone sus veinte casos.

Seguidamente se ocupa de la tolerancia del medicamento y hace un estudio analítico de sus observaciones.

Concluye afirmando que se trata de un remedio activo en la tricomoniasis, pues al fin del tratamiento de veinte días todas las mujeres estaban aparentemente curadas, si bien a los ocho-diez meses sólo el 70 por ciento seguían curadas, el 15 por ciento presentaba recidivas y el otro 15 por ciento no respondió a su llamada.

Las dosis fueron 300 mg. por boca y 200 mg. por vía vaginal. En algunos casos trató a la pareja por vía bucal. No prohibió el coito.

Insiste en: primero, tratamiento indispensable de las infecciones asociadas y micosis; segundo, asociación de un tratamiento con óvulos de estrógenos, que favorecen la queratinización vaginal y la desaparición del glucógeno; tercero, necesidad de suprimir las relaciones sexuales hasta la curación de la pareja; cuarto, necesidad de tratamiento durante las reglas, varios meses, para evitar recidivas, pues la sangre es un buen medio de cultivo del tricomonas. — J. RIVERA.

OFTALMOLOGÍA

ESCÁRIZ, B. H. — «NUEVOS APORTES AL EMPLEO DE LA ORINA HUMANA COMO TRATAMIENTO PARA CIERTAS AFECCIONES OFTÁLMICAS.» «*La Semana Médica*», *t. 121, número 27, págs. 1.294-1.296, 27 de septiembre 1962. Buenos Aires.*

EL autor empleó este tratamiento en una enferma de úlcera de córnea situada en el centro de la pupila y que iba a sufrir la enucleación del ojo bajo diagnóstico de panoftalmía, obteniendo la curación, aunque con la cicatriz consiguiente, susceptible de ser corregida más tarde por un injerto.

Dice que no puede establecerse con precisión la sustancia o grupos de sustancias o la causa física responsable de la acción curativa.

Hace referencia al empleo de la urea en neurología, y expone consideraciones sobre las propiedades de la orina y su mayor o menor toxicidad.

Trata, después, de las afecciones de la córnea en las que ha empleado este tratamiento. Expone las historias clínicas de nueve casos tratados por este procedimiento, con el resultado obtenido.

A continuación detalla la forma de recoger y emplear la orina: orina de la mañana, de adultos (hombres) de más de cuarenta años, con dieta sin carne; se recoge en frasco estéril y se agregan algunas gotas de azul de metileno al 1 por ciento, en agua destilada. Aplicación de 200 ml. diarios, hasta curación. En chorro filiforme, a una altura de 10-15 cm. y a temperatura de 37 grados centígrados.—J. RIVERA.

RADIOLOGÍA

ROUCAYROL, J. C. (París). — «EFECTOS BIOLÓGICOS DE LAS RADIACIONES NO IONIZANTES.» *(Effets biologiques des radiations non-ionisants.) «Le Concours Medical», n.º 46, noviembre 1962. París.*

CALIFICAR un objeto que se presente a nuestra consideración —un ente o un conjunto— por un atributo negativo, tiene sus inconvenientes.

Decir de una radiación que es ionizante, es decir su cualidad física básica que fundamenta su acción biológica o terapéutica. La denominación de radiaciones ionizantes hace referencia a un conjunto de radiaciones que tienen todas (rayos röntgen, gamma, alfa, beta, etc.) la propiedad común y fundamental de ionizar, aunque se diferencien entre ellas por su naturaleza —corpuscular o electromagnética— o por su calidad energética, su energía, como se expuso en la V Reunión Internacional de Aproximación Filosófico-Científica, que se celebró en Zaragoza en noviembre último.

Pero llamar a un conjunto heterogéneo «radiaciones no ionizantes» es no decir ninguna propiedad. El nombre es sugestivo, tiene la virtud de unir, aunque fuere artificiosamente, un grupo disperso de radiaciones, cada una con propiedades y efectos biológicos distintos; mas tiene el peligro de que en un estudio global de ellas, como el que comentamos, resulten expuestas como características genéricas algunas que lo son sólo de una de las partes que constituyen el conjunto. Así, en este artículo, lo que se hace concretamente es un estudio de las propiedades y efectos biológicos de la radiación ultravioleta, sin que en ningún momento haga referencia a los efectos biológicos de las ondas largas, cortas o centimétricas, por ejemplo; por más que el autor, en su definición inicial, las incluya, como es lógico, en el grupo.

Y éste es, a nuestro juicio, el error en un trabajo, por lo demás muy bien expuesto, profundo y sencillo a la vez, ilustrado con muy buenos esquemas.

Tras la definición, el autor anuncia sucintamente las tres leyes de las reacciones fotoquímicas (ley de Grottus, ley de la equivalencia y ley de la reciprocidad) y los conceptos de tiempo de latencia, curvas dosis-efecto. A continuación pasa a estudiar los efectos sobre formas vivas: virus, bacterias y el organismo humano. Estudia en este apartado la producción de vitaminas D_2 y D_3, el eritema y sus grados, la pigmentación (sólo admite como causa modificaciones en la cantidad de melanina, sin contar con procesos de transformación del triptófano y otros), la cancerogénesis y la «ophtalmine des neiges».

Termina el artículo con tres sabrosos apartados sobre protección de los efectos biológicos de las radiaciones no ionizantes (en piel y ojo), sobre fotosensibilización y sobre fotorrestauración, en la que tanto han trabajado en nuestra Patria Mateo Tinao y Antonio Zubiri.—SOLSONA.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

BENDINELLI, F. (Pisa). — «OBSERVACIONES CLÍNICAS Y EXPERIMENTALES SOBRE LA FORMACIÓN DEL CALLO ÓSEO.» *(Osservazioni cliniche e sperimentali sulla formazione del callo oseo.) «Minerva Ortopedica», vol. 14, núm. 2, págs. 59-64, febrero 1963. Torino.*

ESTE interesante trabajo de la Clínica Ortopédica de la Universidad de Pisa, dirigida por el profesor Paltrinieri, es continuación de otro publicado anteriormente, en el que, en síntesis, se llegaba a la conclusión de que un estado febril intercurrente presentado en un fracturado, siempre y cuando la fiebre no sea inherente al foco de fractura, determina una precoz evolución del callo.

Ahora, continuando en la misma línea de investigación, se controlan, tanto clínica como experimentalmente, los efectos de determinadas sustancias medicamentosas sobre la evolución de las fracturas. Y se llega a la conclusión de que la pantetina acelera las varias fases de la neoformación ósea.—SERAL.

RIVERO, S. (Torino). — «EL QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.» *(La cisti ossea aneurismatica.) «Minerva Ortopedica», vol. 14, núm. 2, págs. 73-82, febrero 1963. Torino.*

SE estudian los aspectos clínicos, radiográficos, anatomopatológicos, la etiopatogenia y la evolución y tratamiento de los quistes óseos aneurismáticos, junto con el diagnóstico diferencial.

Los casos que han tenido ocasión de observar en la Dirección de Ortopedia y Traumatología del Hospital «María Victoria», de Torino, que dirige el ilustre profesor Re, han sido, desde 1949 a hoy, un total de cinco, presentados con todo detalle y perfectamente ilustrados con radiografías, cortes histológicos y piezas resecadas, siendo en color algunas de las ilustraciones.—SERAL.

RESINA, J. (Outão). — «TRATAMIENTO ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS ÓSTEOARTICULAR.» *(Tratamento actual de tuberculose osteoarticular.) «Jornal do Medico», núm. 1.045, págs. 249-260, febrero 1963. Porto.*

DESPUÉS de un recuerdo del tratamiento de la tuberculosis ósteoarticular antes de la era antibiótica, se estudian las posibilidades que se ofrecen hoy día tanto al tratamiento incruento como al quirúrgico.

Se analiza la regresión histológica de las lesiones por la acción de los antibióticos específicos, y el autor expone su experiencia en la cirugía recuperadora de la movilidad artiular.—SERAL.

PEDIATRÍA

PERELMAN. — «LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.» *«Le Concours Medical», n.º 3, págs. 347-352, enero 1963. París.*

LA muerte súbita del lactante en plena salud, después de un proceso benigno (una simple rinofaringitis), constituye un *drama familiar* y un *enigma médico.*

Aunque esta eventualidad sea conocida desde Hipócrates, la identificación de su etiología aún no alcanzó su mejor madurez. Lo mismo el estado tímico-linfático que los demás trastornos acusados, resultan demasiado hipotéticos.

Couvreur define como muerte súbita: «la que tiene lugar cuando ninguno de los que lo atienden pudieran pensarlo, en aquel momento precisamente».

La frecuencia de la misma es grande: en Estados Unidos, 1.664 casos en 1947; en Francia, en una encuesta en 1954, Bapt y colaboradores hablan del 10 por ciento, en el primer año de la vida, en los departamentos de Haute-Vienne y del Pas-de-Calais. Couvreur nos habla de dieciséis casos, desde 1950, en la Clínica de Puericultura de París.

Es preciso que se tenga en cuenta: *a*) ciertas particularidades inherentes al lactante, y *b*) los fenómenos eventuales precursores de la muerte.

En cuanto a la edad del lactante, Adelson y Kinney excluyen esta mortalidad en los diez primeros días; el 36 por ciento sobrevienen en los dos primeros meses de la vida, y el 85 por ciento, en los siete primeros meses. Caroll hace un estudio de los niños de menos de cuatro años, encontrando un 69 por ciento en los de menos de cuatro meses, y un 86 por ciento, de un año.

En cuanto al sexo, no parece influir, aunque Carroll haya encontrado un 60 por ciento de más frecuencia en los varones.

Entre los factores personales hay que destacar, con Adelson y Kinney, que todos los lactantes fallecidos estaban muy bien nutridos. Parecidos a los descritos por Paltauf en 1883, gruesos, de carnes blandas y pálidos.

Aunque haya habido casos de lactantes hipotróficos y antiguos prematuros.

Las causas *familiares* de muerte súbita son raras: casos de gemelos citados por Halle. También por Paponot, dos casos de hermanos señalados por Adelson y Kinney.

En cuanto a los factores *sociales*, se señala qe fueron encontradas muertes súbitas en todas las clases sociales.

Sólo signos de infección respiratoria banal fueron encontrados por Adelson y Kinney en el 54 por ciento de sus casos.

La *etiología* es difícil de dilucidar porque la muerte súbita suele tener lugar en el domicilio del enfermito, y los padres se niegan a que se les practique la autopsia.

En cuanto a las causas patentes o probables, se citan: el *sofocamiento* por la almohada y la ropa de la cama. Hoy se admite que este diagnóstico es demasiado fácil y no aceptado más que en el 1 por ciento de los casos de la encuesta de la Federal Security Agency, de Nueva York, en 1949.

Los hallazgos anatomopatológicos de los casos así sospechados no corresponden a una asfixia de este tipo.

Otra de las causas probables sería el cuerpo extraño intrabronquial. Bien alimenticio o de otro tipo. Naturalmente raro durante el sueño, y sólo probable en lactantes mayores que juegan con diferentes objetos.

Las neumopatías bacterianas o virales que puedan hasta desencadenar una neumonía hemorrágica, sin gran participación inflamatoria, cuyo origen estafilocócico pudo ser confirmado algunas veces. Como una neumonía viral o de inclusiones citomegálicas.

Entre las afecciones cardiovasculares hay que destacar las *cardiopatías congénitas* y las *adquiridas.*

Las primeras, responsables del 10 por ciento de los casos, sobre todo estenosis aórtica, fibroelastosis del endocardio (cuyo origen congénito es discutible), el origen anormal de la arteria coronaria, de glicogénesis cardíaca, rabdomiomas y hemartomas congénitos del miocardio, así como también muchas otras cardiopatías congénitas, entre las que no hay que olvidar los bloqueos aurículoventriculares con la muerte súbita por síndrome de Sto-

kes-Adams, y la taquicardia paroxística del síndrome Wolf-Parkinson-White.

Son raras las cardiopatías *adquiridas* en el lactante, destacando el autor la *miocarditis intersticial*, cuyo origen *viral* es probable; las afecciones *coronarias* (endarteritis, necrosis media, etc.), y la trombosis de dos arterias pulmonares.

Las afecciones cerebrales y cerebromeníngeas son descubiertas en las atopsias; congénitas y adquiridas (tumores cerebrales, abscesos, meningitis latentes, etc.).

Se estudian también las infecciones agudísimas, ciertas septicemias, el síndrome de Watterhouse-Friderichsen, etc.).

Las *intoxicaciones* tales como plomo, ácido bórico, etc., llevan consigo manifestaciones clínicas difíciles de no advertir mucho antes de la muerte.

Los desórdenes metabólicos, como hipoglucemia o diabetes, hipocalcemia, modificaciones de la kalemia, el golpe de calor, la fibrosis quística del páncreas, eczema, hemorragias viscerales, la compresión traqueal por bocio, la perforación por una adenopatía tuberculosa, neumotórax, etc. Hoy se niega el papel del timo.

Termina el autor su trabajo recogiendo las palabras de Charrat: «Es necesario admitir una mayor susceptibilidad particular y personal, que debe conducir a una mejor investigación del sistema nervioso autónomo del lactante, en espera de descubrir un test de desequilibrio de este sistema, como existe en la disautonomía familiar de Riley. Quizá así se puedan distinguir los lactantes predispuestos a la muerte súbita y prevenir esta catástrofe.» — ANTONIO MALLÓU LABRADOR.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

MAFFEI. — «LAS BASES ANATÓMICAS DE LA NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. PROCESOS INFLAMATORIOS DEL SISTEMA NERVIOSO.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», vol. X, núm. 39, págs. 277-340, julio-septiembre 1962. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.*

EL autor, en extenso trabajo, primeramente señala las dificultades existentes en patología del sistema nervioso para precisar el concepto inflamatorio, indicando cómo reacciona localmente el organismo contra la infección —sea en forma aguda o crónica—, en un intento de localizar y destruir el agente causal, distinguiendo entre enfermedad y reacción inflamatoria. Pormenoriza sobre las reacciones histopatológicas de estos procesos y sobre la especificidad dependiente de los gérmenes actuantes en su asiento sobre la sustancia más noble orgánica y su determinación purulenta o no purulenta. Describe el hecho de que si la inflamación puede presentarse en cualquier parte del sistema nervioso central como en la práctica se encuentra selectividad o predominio de diversos agentes para territorios determinados, la resultante puede reflejarse en los diversos síndromes o localizaciones: Meningitis, encefalitis, mielitis y neuritis. Dedica extensos comentarios a cada uno de estos grupos, describiendo los diversos cuadros clínicos que se dan en la clínica dentro de los mismos, orientándolos preferentemente en sentido reactivo, biológico e histológico. — LUIS DEL CAMPO.

ZUBIZARRETA (Asunción, Paraguay). — «LOMBROSO, PSIQUÍATRA.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», vol. X, núm. 39, págs. 341-350, julio-septiembre 1962. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.*

EL autor estudia una faceta poco conocida del genial creador de la antropología criminal, la psiquiátrica, descuidada o pasada de largo por sus biógrafos, a pesar de que en su agitada y fecunda vida publicó más de ochenta trabajos con títulos concretos y contenido idóneo sobre tal disciplina médica. Pormenoriza sobre la biografía de Lombroso, señalando sus aptitudes y actividades en la interpretación y tratamiento de los enfermos mentales, nacida de su amplia formación científica y de su humanismo, toda vez que siempre consideró que los locos eran enfermos y «nuestros hermanos», mereciendo nuestro respeto y trato al igual que las demás personas, dedicándoles atenciones especiales que culminaron creando salas anejas a los hospitales, y luego nosocomios merced a sus ideas y propio impulso. Con amenidad sigue biografiando a Lombroso con citas de sus afortunados trabajos sobre la pelagra y su iniciación en la medicina legal, que unida a su formación psiquiátrica, le condujo por caminos —aunque no certeros plenamente— de extraordinaria importancia y resonancia mundial, llegando a publicar interesantes trabajos que culminarían en su tesis del criminal nato. Sigue destacando sus múltiples investigaciones sobre los epilépticos, la vinculación de los trastornos mentales a determinados meteoros, influencias de los astros sobre la psiquis humana, interpretando, merced a su gran cultura, tradiciones y hechos diversos, considerándolo como el fundador de la «meteoropsicopatología», trabajando infatigablemente en toda clase de temas sobre ciencias parapsicológicas y siendo su influencia extraordinaria sobre los novelistas de su época y posteriores. — LUIS DEL CAMPO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 10 DE MAYO DE 1963

AGUSTÍ VIDAL, A. — «ESTUDIO FUNCIONAL (ESPIROGRÁFICO Y GASOMÉTRICO) DE LOS ENFERMOS BRONCOPULMONARES.»

DESPUÉS de unas breves consideraciones de fisiología respiratoria, analizando sus principales etapas (ventilación, perfusión y difusión), se hace un rápido estudio de los procedimientos destinados a estudiar la función de cada una de ellas (examen de la ventilación, principalmente a expensas de la espirografía y pruebas broncodinámicas; examen de la perfusión a cargo del cateterismo de la arteria pulmonar y la neumoangiografía, y examen de la capacidad de difusión).

Se insiste de una manera especial en los procedimientos espirográficos y en los análisis de gases en sangre arterial como único medio de llegar al diagnóstico de insuficiencia respiratoria y grado de la misma (insuficencia respiratoria latente, parcial y global), y se explica el diagrama de Davenport, de gran utilidad para situar el estado ácido-básico del paciente.

Finalmente, se presentan algunos casos prácticos, consistentes en estudios espirográficos y gasométricos de enfermos broncopulmonares.

OLLER-DAURELLA, L.; MASÓ-SUBIRANA, E.; RODRÍGUEZ NOLLA, L. y SUBIRANA CANTARELL, M. — «EL VALOR DE LAS MODIFICACIONES ELECTROENCEFALOGRÁFICAS OBJETIVABLES A LA COMPRESIÓN CAROTÍDEA EN LOS SÍNDROMES PARKINSONIANOS.»

LOS autores presentan los resultados obtenidos con la compresión sucesiva de ambas carótidas en una serie de cuarenta enfermos parkinsonianos no seleccionados, cuyas edades oscilaban entre treinta y seis y setenta y ocho años. Se han obtenido, en la mitad exacta de los casos, dos órdenes de manifestaciones clínicas y electroencefalográficas. Las manifestaciones clínicas han consistido en: *a*) Alteración momentánea de la conciencia, desde la simple obnubilación hasta una pérdida total de la misma. *b*) Presentación de clonias en la extremidad superior contralateral a la compresión, acompañadas o no de parestesias y de trastornos de la conciencia. *c*) Elevación tónica del brazo contralateral. *d*) Fenómenos de automatismos del todo semejantes a los observados en las crisis psicomotoras. *e*) Palidez, acompañada de desviación de los ojos hacia arriba.

Las manifestaciones electroencefalográficas pueden separarse en dos grupos: *a*) Aparición de ondas lentas hipersíncronas que alcanzan la totalidad del hemisferio correspondiente a la compresión, extendiéndose o no al hemisferio opuesto. Once casos corresponden a este tipo de respuesta y siete de ellos presentaron manifestaciones clínicas concomitantes. *b*) Lentificación clara y evidente de los ritmos cerebrales en un área más reducida del hemisferio y sin adquirir las anomalías un voltaje tan elevado como en el grupo anterior. Este tipo de respuesta se ha presentado en nueve enfermos y sólo uno de ellos presentó una discutible obnubilación.

Estas manifestaciones antes reseñadas corresponden a las crisis de isquemia cerebral localizada, analizadas en el Congreso de Roma de 1961, cuyo origen es una insuficiencia circulatoria cerebral que la prueba de la compresión carotídea pone de manifiesto. Sin embargo, no puede establecerse ninguna relación cierta entre la lateralidad de los síntomas parkinsonianos y el lado en que la prueba fue positiva. Los autores concluyen interpretando estos resultados y deducen que en un elevado número de enfer-

mos parkinsonianos las suplencias vasculares no se realizan adecuadamente y que en la producción de los síndromes parkinsonianos tiene tanta importancia la localización de la lesión como el terreno sobre el que ésta asienta.

SABATÉS ROVIRA, J. — «CÉLULAS CANCEROSAS EN SANGRE CIRCULANTE.»

SE conoce desde mediados del siglo pasado la presencia de células cancerosas en sangre circulante. En los últimos años transcurridos, diversos investigadores han estudiado este tema, perfeccionando las técnicas empleadas y reuniendo una cantidad de datos considerable.

La investigación ha sido dirigida en el sentido del valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Se ha profundizado en la biología de la célula cancerosa y la reacción del huésped frente a las mismas.

La identificación de las células tumorales es difícil, siendo posible la confusión con megacariocitos y células endoteliales.

Se presentan cuatro casos de positividad.

AMBRÓS FIGUEROLA, J. M.ª; BRACONS HUGUET, R.; ESPINÓS TAYÁ, L., y BARBETA LABALL, A. — «RESULTADOS DE LA VACUNACIÓN ANTICATARRAL EN GERIATRÍA.»

SE han vacunado mediante un preparado inmunizante por vía oral a un grupo de cuarenta y cinco enfermos, en diez de los cuales se ha hecho determinación de anticuerpos heterófilos previa a la vacunación.

En vacunaciones repetidas de estos diez pacientes y de los treinta y cinco restantes se han determinado sucesivamente las variaciones hemáticas y clínicas.

Se han establecido posteriormente una serie de conclusiones después de valorizar las modificaciones encontradas, siendo las principales las dos siguientes: 1.º Obtención de un título patrón haciendo un promedio de todas las concentraciones que han reaccionado los sueros de los diez pacientes previos a la vacunación. 2.º Aumento intenso, y de una manera progresiva en casi todos los enfermos, del título de la dilución de los anticuerpos heterófilos responsables de la hemólisis (hasta 1/320, siendo el patrón de 1/20), correspondiendo en la clínica una disminución de las complicaciones y un menor número de procesos gripales y respiratorios con respecto al año anterior, a pesar de las inclemencias del tiempo.

ALEMANY VALL, R. — «PROFILAXIA DE LAS BRONQUITIS EN EL ASMA.»

LAS afecciones de las vías respiratorias altas son causa importante de asma y bronquitis, interviniendo la alergia o la infección, más sucesiva que simultáneamente. Causas predisponentes en las vías aéreas bajas son igualmente origen de bronquitis, tales como procesos infectivos de duración larga e intensidad media o pequeña, o bien simplemente fenómenos irritativos de origen externo y motivo tóxico. Son, pues, tres las causas locales de bronquitis: alergia, infección y toxicidad.

Como ejemplo de bronquitis infecciosa en la infancia debemos recordar el cuadro agudo bronquítico-pseudoasmático, primer paso a un evidente asma posterior; las bronquitis secas, intercalares de crisis asmáticas típicas, éstas ya lejanas en el orden del tiempo, bronquitis muchas veces de causa interna, aunque la misma puede ser externa y traducir una sensibilización aún no resuelta.

Las bronquitis eosinófilas de los asmas inveterados son ya peculiares, así como las de expectoración puriforme y con apenas eosinófilos y asma.

Hay que distinguir el asma, la bronquitis y el enfisema, ya individualizados o formando parte de un complejo clínico y terapéutico.

Hemos estudiado las bronquitis de los asmáticos en relación con la profilaxia y el tratamiento, ateniéndonos a la expectoración con poca o mucha eosinofilia; la sedimentación globular, medianamente elevada en los infectivos y baja en los alérgicos (en general); la leucocitosis en sangre, con bastantes irregularidades para indicar una infección; la fórmula hemática, con eosinofilia en los alérgicos; la auscultación torácica, con abundantes estertores húmedos no consonantes en los infetivos; el examen a los rayos X, que nos orientaba en asma, aún en potencia de postcrisis, si había poca movilidad en un diafragma descendido, o movimiento respiratorio más amplio en frente de las bronquitis acompañadas de verdadero enfisema; presencia de catarros alérgicos o infecciosos, etcétera, todo ello para una cura antialérgica específica, si era posible, o bien para un tratamiento desinfectante o vacunal, de eficacia mayor y más duradera en los alérgicos que en los infectivos; era el conjunto, historia y clínica, lo que nos daba más orientación para conocer y tratar esas afecciones, y, por consiguiente, hacer profilaxia o impedir recidivas.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963
SECCIÓN VARIA

HIGIENE Y SANIDAD

DIFERENCIAS ENTRE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA DE PRINCIPIO DE SIGLO Y LA ACTUAL

POR EL

DR. JOSÉ ALBERTO PALANCA Y MARTÍNEZ FORTÚN

PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

MADRID

VUESTRO profesor el doctor Piédrola me pide que os hable, y hasta me fija el tema de esta lección: «Diferencias entre la Sanidad en mis tiempos de estudiante y la actual». Con mucho gusto lo complazco, porque para mí no hay nada más agradable que comparecer ante vosotros en un aula en la que, día por día, durante tantos años, he explicado esta misma materia a miles de alumnos. Sin embargo, creedme que en los elogios que ha hecho para presentarme ante vosotros hay más de afecto que de realidad. Perdonémosle esta exageración en gracia al motivo que le ha movido, repito, el afecto al viejo profesor.

Comenzaré por deciros que yo he sido uno de tantos equivocados que eligen la carrera de Medicina sin saber los sacrificios que exige y las molestias e incomodidades que lleva consigo su ejercicio. Pero de la equivocación me di cuenta demasiado tarde, cuando ya no era tiempo de rectificar. Como no me podía volver atrás, me refugié en una de esas especialidades que no necesitan tener un contacto íntimo con el enfermo, que era lo que no me agradaba. Y elegí la Sanidad pública, que entonces, más que ahora, necesitaba del apoyo de la Bacteriología, la Parasitología y el laboratorio. Pero mi ejemplo no es recomendable, porque no olvidéis que en nuestra carrera lo que da prestigio, influencia y dinero, es el enfermo, y todo lo que sea apartarse de él es vivir un poco en precario y resignarse a ocupar un segundo lugar en el concierto médico nacional, pese a esa pretendida autoridad que se atribuye a los jefes de Sanidad.

Y entremos ahora en el tema que me ha fijado vuestro profesor. Lo mismo en mis épocas de estudiante que ahora, había una organización sanitaria al compás de los tiempos y del ambiente en que vivíamos, en la familia, en el Municipio, en la Provincia y en el Estado. Pero antes de hablar de estas diferencias, hagámoslo de las que hay entre vuestra generación escolar y la nuestra. No os forjéis la ilusión de que sois más inteligentes ni más revolucionarios que lo fuimos nos-

* Lección pronunciada en la cátedra de Higiene de la Universidad de Madrid.

otros. Sois, poco más o menos, iguales. Es decir, hay una minoría que sabe más que nosotros; pero la masa, no; al menos, en mi criterio. Lo que ha variado en general no es vuestra íntima manera de ser. Lo que ha variado, pero fundamentalmente, es el ambiente que os rodea. Y como nosotros nos adaptamos al nuestro, vosotros hacéis lo mismo con el vuestro. Nosotros organizábamos huelgas mucho más ruidosas que las tímidas vuestras. Queríamos intervenir en la vida interior de la Universidad y hasta en la política nacional. Lo que pasaba es que no nos lo consentían. Pero llegamos hasta provocar crisis gubernamentales, como sucedió, contra toda justicia y contra toda idea de disciplina, con don Juan de la Cierva, cuando quiso imponernos como obligatorias las tres especialidades de ojos, nariz y piel. Estudié en una ciudad andaluza que en aquellos tiempos, tras la pérdida de las colonias, parecía sumida en el sopor y en la desesperanza. Parecía que en todo el solar nacional no se movía ni una hoja, y todo era paz y sosiego..., al menos en apariencia. Porque entonces se gestaba ya lo que vino después. De esta fiebre actual deportiva no había absolutamente nada. Sólo los toros nos producían entusiasmo, sin hablar de otras cosas peores.

Posiblemente nosotros, al menos exteriormente, teníamos más respeto para nuestros profesores y hasta para nuestros padres. Pero es que el ambiente también mandaba. Las levitas y los sombreros de copa con que iban a clase, unidas a sus maravillosos bigotes y sus bien cuidadas barbas, imponían un respeto que no consiguen los actuales vestidos y el sinsombrerismo. Tened por seguro que, contra lo que dice el refrán, el hábito sí que hace al monje, al menos en gran parte. Fijaos bien en que las dos colectividades que más prestigio tienen en la vida nacional, el Ejército y la Iglesia, no descuidan jamás los atributos de su jerarquía y de su autoridad. No os supongáis tan superiores a nosotros. Es seguro que la generación escolar que os siga os encontrará tan ñoños como ahora nos encontráis a nosotros. Cierto que cada generación tiene sus características, siempre distintas en cierto modo. Pero la Humanidad en conjunto ha variado poco en la parte moral. Lo sucedido en las últimas guerras, en España y en el extranjero, demuestra que el hombre sigue siendo tan cruel como en la Edad de Piedra. En el ambiente que os rodea influyen inventos maravillosos, y como la moral sigue siendo, repito, la misma, sois mucho más peligrosos por los medios con que contáis y de los que nosotros no disponíamos. Vistos desde lejos, tenéis el mismo aspecto y ofrecéis los mismos peligros que un niño jugando con un arma de fuego. En resumen, que puedo aparecer ante vosotros con aquella misma leyenda que se aplicaba a los esqueletos: «Lo que eres, fui, y lo que soy, serás».

Sanidad familiar

Y entremos en el primer escalón sanitario: *la Familia*. No existían entonces casi especialistas médicos, y la mortalidad infantil era muy grande. Las principales diferencias sanitarias entre ayer y hoy son las siguientes: disminución de la mortalidad y de la natalidad, más la primera que la segunda. No existiendo, repito, especialistas, y con una gran mortalidad infantil, el llamado médico de familia era una institución respetada y respetable. Con una cultura superior, en general, a la de la misma familia y con más conocimiento de la vida, su influencia llegaba hasta ser considerado como un miembro preferente en la organización familiar, y su opinión era tenida en cuenta hasta para los asuntos íntimos, como la elección de carrera y de estado. Yo fui médico por la influencia en mi casa de un médico de familia.

Entonces la mujer no salía del ambiente familiar. En toda la Universidad granadina, hacia 1900, no existía una sola mujer que estudiase. Echad una mirada a estos bancos y veréis la diferencia. Pero es que, además, esto ha traído una mayor libertad en las costumbres femeninas; que ya no está recluída en su casa, como pasaba en los primeros años del siglo. La dificultad de emancipación económica de los hijos es más difícil y más tardía ahora que entonces. Era costumbre, en determinados pueblos granadinos, tratar de asegurar la asistencia de su vecindario durante cinco años, al menos, y sus alcaldes se presentaban en la Facultad comprometiéndose a sufragar todos los gastos de los dos últimos años de la carrera, a cambio del contrato mencionado. No había oposiciones, ni escalafones, ni médicos de A. P. D. Era, simplemente, la voluntad de los alcaldes lo que determinaba el nombramiento, lo cual no estaba libre de inconvenientes. En cuanto a caciquismo, lo había antes y lo hay ahora, y yo diré aún más. Que todavía no han alcanzado nuestros pueblos su mayoría de edad para regirse por sí solos, y que el cacique bueno es indispensable, antes y ahora. Llamando cacique, claro está, al que promueve mejoras en el pueblo e impide vejaciones y latrocinios. El aumento de duración de la vida trae como consecuencia que en muchas familias viven los abuelos, y sus años influyen demasiado en la vida familiar; hecho unas veces favorable, pero que, pasado de cierta medida, tampoco es de alabar.

Volviendo al médico de familia, no ha podido ser sustituído por nada, dadas las condiciones de especialización de la carrera nuestra. El que más puede aproximarse a él es el puericultor. Desde luego, ha sido la innovación sanitaria más útil y más barata de los tiempos actuales. Sus consejos a la madre han disminuído la mortalidad infantil en proporciones asombrosas. En mis tiempos, refiriéndose a las inclusas, se oía con frecuencia la frase de «angelitos al cielo», porque la mortalidad en un año llegaba hasta un cien por ciento.

La familia actual debe tener una gran preocupación con el trabajo de sus niños, que ni aun en casa dejan de estudiar. Este sobrecargo de trabajo en los estudios origina numerosos trastornos en la salud infantil. Podéis cargarlo a la cuenta de las jóvenes generaciones, que lo imponen a pesar de las protestas de los viejos, a los que nos parecen inútiles tantas materias de estudio y tantas horas de trabajo en las edades tempranas de la vida.

Una disgresión en este camino me lleva a hablar de lo enorme de la actual población escolar, de la que podéis juzgar, simplemente como una muestra, los que os reunís en estos bancos. Cada vez que orgullosamente se saca a relucir el número de estudiantes que asisten a nuestros centros de enseñanza, tiemblo pensando cómo nos arreglaremos en el porvenir para colocarlos. Sería lamentable crear una generación de pseudointelectuales sin medios de vida y constituyendo un magnífico terreno para convertirse en descontentos. No poca influencia tuvieron en la época de la República los intelectuales, o lo que fueran, descontentos.

Es posible que en alguna ocasión la propaganda que se hace no sea muy discreta. Hace unos días presenciaba yo la proyección de un «No-Do» en el que se cantaban las excelencias de una iniciativa de un sacerdote rural, creando una escuela de mecánica para los hijos de los pastores. Hasta aquí, la cosa iba muy acertada y digna de los mayores elogios. Pero seguía una «secuencia» (creo que en términos cinematográficos se llama así) en que aparecían triscando por los campos una manada de ovejas mientras el «relator» nos anunciaba que con iniciativas como ésta, aquel espectáculo no se presentaría jamás en España. Los especta-

dores nos preguntábamos que si desaparecieran los hatos de ovejas, las piaras de cerdos y las manadas de vacas, ¿qué carne ni qué leche comeríamos los españoles pobres y ricos?

Sanidad municipal

Pasemos ahora a la Sanidad de los *Municipios*. Todos sabéis las dos misiones que en los pueblos tienen que cumplir los médicos de A. P. D. Por una parte, son inspectores de Sanidad de su distrito, es decir, dedicados a vigilar y fomentar la sanidad y a prevenir la aparición de las enfermedades infecciosas y, naturalmente, de las epidemias. Por otra parte, deben asistir a las familias inscritas en las listas de beneficencia. A decir verdad, ni antes ni ahora la primera ocupación les daba mucho trabajo, por causas múltiples y complejas, y la culpa es de todos: de las autoridades, de los médicos y del ambiente en que se vive en los pueblos y que éste no es el momento de analizar. Ahora mismo, en general, y salvo excepciones, las mejoras sanitarias rurales vienen impuestas más desde arriba que de las propias iniciativas rurales.

En cuanto a la misión de asistencia —y en esto merece la pena el que os fijéis bien—, quiero haceros unas reflexiones basadas en cifras oficiales. En números redondos, nuestra población actual rebasa un poco los treinta millones de habitantes, de los que quince están sujetos al Seguro de Enfermedad en sus diversas formas; otros quince son libres para buscarse el procedimiento de asistencia que crean oportuno, y sólo unos quinientos mil están asistidos, como indigentes, en distintas formas de beneficencia, sobre todo en la municipal. Pues bien: para este reducidísimo número de habitantes —quinientos mil— el Estado paga la totalidad del cuerpo de A. P. D., con su cortejo de maternólogos, etc. y, por si esto fuera poco, los Ayuntamientos cargan con los gastos de medicamentos, que, siendo totalmente gratuitos para los beneficiarios, salen por un pico crecidísimo. Añadamos además los centros primarios y secundarios, y hasta los Institutos provinciales de Sanidad. Tengo la seguridad de que, tarde o temprano, el Estado y los municipioc concertarán con el Seguro de Enfermedad la asistencia de la población benéfica, y si vosotros, que dentro de poco seréis médicos, no os adelantáis a estudiar el problema y a buscar soluciones adecuadas, podréis salir enormemente perjudicados.

También hay ahora algo en el medio rural que no teníamos en nuestro tiempo: la huída hacia las capitales o hacia el extranjero. A principios de siglo, los pueblos apenas crecían; el aumento de población era muy lento. Ahora, lejos de crecer, menguan. Para la economía nacional, esto puede tener el peligro de que falten brazos para la agricultura y para las industrias del campo. Para los médicos, la disminución de cartillas del Seguro y del número de igualados puede ser una sensible pérdida económica. Sin embargo, entre este fenómeno y el espectáculo de antaño, en que las plazas de los pueblos estaban llenas de parados, sin trabajo y con hambre, es mil veces preferible lo actual.

Sería interesante saber dos cosas. A qué obedece en realidad esta huída de los pueblos y hasta qué límites va a llegar. ¿A los mayores jornales que se pagan en la industria? ¿A los mayores alicientes que tiene la vida en las ciudades? Posiblemente a las dos cosas, aunque sería muy curioso analizar ambos factores, que no son tan claros como algunos creen. Existe, ciertamente, el contagio moral. Unos se marchan y los otros se apresuran a imitarles sin saber por qué. También

hay una propaganda mal dirigida que debiera cesar. Y en cuanto a cuándo cesará este movimiento de población, indudablemente no tardará mucho. Del extranjero ya vuelven algunos desengañados. Del interior también comienza el regreso, pero en muchas peores condiciones económicas que cuando marcharon y, sobre todo, desengañados y con la amargura del fracaso, que puede hacerlos peligrosos socialmente hablando.

Sanidad provincial

Hace ya mucho tiempo, en los de la dictadura del General Primo de Rivera, alguien pensó en la supresión de las Diputaciones Provinciales. Por lo menos en el aspecto sanitario, su misión pudo ser perfectamente sustituída, y hasta con ventaja, por los mismos Municipios y, sobre todo, por el Estado. Existe en su organización sanitaria, de antes y de ahora, una excesiva centralización que puede pasar perfectamente en las provincias de pequeña extensión superficial, pero que en las grandes tiene gravísimos inconvenientes. Una de las cosas de más importancia, sobre todo en el aspecto sanitario y cultural, es el ejemplo que puedan dar a los pueblos de su demarcación y hasta esa especie de tutela que puedan ejercer sobre ellos. Pero hay veces que ni la tutela ni el ejemplo son muy alentadores. La excesiva centralización hace que los pueblos tengan que acudir a las capitales hasta para los asuntos más insignificantes. Esto va aparejado a un gran mal nacional, que es él de las recomendaciones. Se han extendido de tal manera que ya se piden recomendaciones para todo. Para entrar en un hospital se piden recomendaciones, para asistir a la consulta de un médico, aunque se pague, también, y ojalá vosotros no sigáis este mal ejemplo y las busquéis también para aprobar esta asignatura. El día en que el pueblo se convenza de que cuando le asiste la razón o cuando tiene derecho a lo que pide no se necesitan recomendaciones, habremos dado un gran paso para sentirnos verdaderamente ciudadanos.

Sanidad del Estado

Dediquemos unos momentos a las diferencias entre la Universidad de mis tiempos de estudiante y ahora. Nosotros, en aquella pequeña Facultad provinciana, comenzamos el primer año de la carrera poco más de treinta alumnos y la terminamos ocho. Esto facilitaba el juicio crítico recíproco entre profesores y alumnos. Aquéllos sabían perfectamente lo que estudiábamos y hasta lo que hacíamos fuera de la Facultad, porque la ciudad era pequeña. Los alumnos conocían también las cualidades de sus profesores, y éstos tenían que ir forzosamente a clase y saber lo que iban a explicar, es decir, que iban preparados y el diálogo entre profesor y alumno era casi diario. Ahora, con este número excesivo, la cosa no es tan fácil.

En cuanto a la organización sanitaria estatal de 1900 tenía muchas diferencias con la actual. Unas a favor y otras, las más, en contra. Entonces eran moneda corriente la viruela y el tifus exantemático. El paludismo era un verdadero azote nacional. Recuerdo que en casi todos los cortijos andaluces y extremeños había depósitos de comprimidos de quinina, porque todos los que en ellos vivían eran palúdicos.

La organización sanitaria de entonces no podía ser más elemental. Había unos Subdelegados de Medicina que se nombraban por influencia y que, en general, sabían poco de Sanidad Pública, y esto era todo lo que había. En realidad, lo único que podían hacer era aconsejar a los Gobernadores, que estaban en libertad de

seguir o no el consejo. A través de los años la organización se fue mejorando, mientras salían leyes sanitarias como la Instrucción general de Sanidad de 1904, los estatutos Municipal y Provincial de Calvo Sotelo y, finalmente, la Ley de Sanidad de 1944. Aparecieron los Institutos Provinciales de Sanidad y los centros secundarios.

Para luchar contra las epidemias se echaba mano de los procedimientos de desinfección. Había unas grandes máquinas que sobrecogían el ánimo por la manera espectacular como funcionaban. Pero hay que confesar que tenían algo imponderable, que influían sobre el ánimo de las gentes y que no dejaba de tener utilidad. En la gripe de 1918, el Laboratorio Municipal de Madrid colocó en la salida de viajeros de las estaciones a unos desinfectores que a los llegados a Madrid los regaba con un líquido maloliente que, por si fuera eso poco, además les estropeaba los trajes. Pero lo mismo a los madrileños que a los que llegaban creían que con ello quedaban libres del agente productor de la enfermedad que podían traer desde fuera o encontrar a su llegada. Hoy día el concepto de la desinfección es mucho más lógico, y lo que es preciso es que la apliquen cuando haga falta y sin que constituya una fuente de ingresos odiosa.

Entonces conocíamos ya algunos sueros y vacunas. Pocos, desde luego; por ejemplo, el de aplicación contra la difteria y el que prevenía contra la viruela. Pero donde la diferencia es sencillamente colosal, es en los medicamentos. Tomando como ejemplo a la sífilis, recordad brevemente el recorrido medicamentoso para su tratamiento. La pomada mercurial, las sales solubles e insolubles del mismo metal, el yoduro, el bismuto, los salvarsanes y, finalmente, los antibióticos. La lucha antivenérea, que a principio de siglo era pieza capital en la Sanidad pública, casi no existe hoy. Igual pasa con la antipalúdica. La dirigida contra la lepra y contra la tuberculosis han sufrido profundas modificaciones, merced también a la aparición de las sulfonas y las hidrázidas. Sin embargo, conviene vigilar atentamente el estado sanitario, por si en cualquier momento se llegara a un retroceso. Y esto más que nada en la tuberculosis, que no está vencida ni mucho menos.

A cambio de estas ventajas han surgido inconvenientes desconocidos en mi época estudiantil. Casi todos de índole social.

Primero, el aumento de población. A pesar de la emigración, nuestro país ha pasado de los dieciocho millones que nos enseñaban en mis tiempos de Instituto, a más de treinta, y con ello han surgido la serie de conflictos que caracterizan el momento actual. Que hay que hacer sitio para tantos habitantes, que seguirán aumentando, sin duda. En primera línea está el problema de la vivienda, porque a pesar del gran ritmo con que se trabaja en la construcción, falta mucho para alcanzar lo necesario. El de los transportes, porque ni los ferrocarriles ni las carreteras están adaptados a las necesidades actuales. Los accidentes del tráfico van ganando lugares privilegiados en la estadística de mortalidad. El cáncer continúa aumentando y las enfermedades cardiovasculares no le van a la zaga. La lucha contra unas y otras es muy difícil, y hasta el momento actual, a pesar de la preferencia que a su prevención se le viene dando, no hay todavía grandes resultados prácticos que señalar. Sería preciso para ello conocer perfectamente la etiología de estas enfermedades, ya que en ellas, a diferencia de las infecciosas, no se pueden romper las cadenas de la transmisión. No hay otros recursos, por una parte, que el diagnóstico temprano y, por otra, medidas higiénicas de carácter general. Todo insuficiente.

Por ahora, el aumento de población no ha traído temores de que nos falten

alimentos precisos para nosotros. Pero no olvidemos que ya no vivimos aislados del resto del mundo y que en España, con mayor retraso, se siente lo que pasa en otros países y que el hambre que por ahí fuera se pasa puede también alcanzarnos a nosotros si nos descuidamos. En lo que evidentemente estamos descuidados es en la vigilancia de los alimentos, y las recientes intoxicaciones por alcohol metílico lo demuestran. Se anuncia ya un amplio y meticuloso código alimenticio, que quizá signifique un gran adelanto en la bromatología.

Lo más saliente de la organización sanitaria actual, y desde luego lo más grave, es la pugna existente entre la Sanidad oficial y el Seguro de Enfermedad, que se ha revelado claramente con motivo de la vacunación contra la poliomielitis. Cada una va por su lado. Ninguna de las dos organizaciones está libre de culpas en lo que ocurre. Prescindiendo del poco deseo de colaboración que ambas muestran, es claro que el Seguro se equivocó al no contar con las características psicológicas del pueblo español. Todo el desequilibrio económico del Seguro depende en gran parte de esto. Proporcionar completamente gratis los medicamentos a los asegurados tenía que derivar forzosamente en el abuso en todas sus facetas. También se equivocó al prescindir de las organizaciones sanitarias existentes ya en el país y que podrían haberles sido muy útiles, disminuyendo los gastos de implantación. La equivocación de Sanidad fue el no darse cuenta de la potencia económica del Seguro, aparte de que tendría que variar completamente el panorama sanitario del país. Para corregir estos defectos hay que proceder con energía y tacto. Por el momento, cada situación al llegar a regir el Seguro, se limita a crear nuevos servicios en vez de corregir los viejos, lo que aumenta la confusión y hace más difícil el arreglo.

Muchos creen que todo se arreglaría con la creación del Ministerio de Sanidad, yo creo que no. Malo si recae en un político, y peor si el nombrado es un médico. Bastaría que ambos servicios estuviesen en un solo departamento ministerial.

Lo malo en Sanidad y, en general, en Medicina, es la cantidad de aficionados que sin ser médicos se creen capacitados para dirigir. Y así se ha producido esta situación.

Y ahora, para terminar, quiero daros algunos consejos, teniendo en cuenta que más sabe el diablo por viejo que por diablo. Mi experiencia de muchos años me autoriza a ellos, aunque no me los habéis pedido. Lo primero es que hagáis un severo examen de conciencia para aclarar si de verdad os gusta el ejercicio de la Medicina, es decir, el enfermo. Si ello os complace, dedicaros a la clínica con todas vuestras fuerzas, porque digan lo que digan los que aseguran que en el ejercicio de nuestra carrera ya no hay porvenir, lo cierto es que el único camino para triunfar plenamente es ése. Pero si los enfermos no os agradan, no os obstinéis en seguir a regañadientes una senda sin entusiasmo y como si se tratase de un penoso deber, porque iréis derechos al fracaso o por lo menos a la mediocridad. La primera condición para que un trabajo sea útil, es que no aparezca como tal trabajo. Pero como ya es tarde para que rectifiquéis, no olvidéis que dentro de la Medicina hay también otras orientaciones, que si las seguís pueden proporcionaros triunfos y bienestar a condición, naturalmente, que las sigáis con entusiasmo y energía.

Y el otro consejo se refiere al matrimonio. Hay quien lamenta los enlaces tardíos imputándoles muchos defectos y tienen razón; pero hay algo peor, casarse sin tener asegurado en lo posible el porvenir. ¡Cuántos matrimonios desgraciados y cuántas esperanzas fracasadas por carecer de lo suficiente para mantener una familia! Por el interés de vuestras esposas, de vuestros hijos, cuando los tengáis,

y por el propio vuestro os aconsejo que hasta que tengáis una orientación definida y un claro porvenir no deis el paso trascendental del matrimonio. Tengo la seguridad que si seguís esta indicación, las primeras que después lo agradecerán serán vuestras novias, aunque tengan que esperar un poco.

Hago punto final dando las gracias a vuestro profesor, el doctor PIEDROLA, que me ha proporcionado la alegría de creerme, por un rato, joven, volviendo a esta aula por donde, durante veinte años, han pasado miles de médicos que con mejor o peor fortuna ejercen en nuestro país. Y gracias a vosotros también, que con vuestro estímulo y aprobación me habéis permitido benevolentes llegar hasta el final de esta charla. Permitidme que, como sois casi médicos, os desee muchos triunfos en el ejercicio de la profesión que ya os espera.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 448 - TOMO LXXVI
JULIO 1963
SECCIÓN VARIA

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA

NUEVAS ORIENTACIONES EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PRÁCTICA

POR EL

DR. JUAN ROF CARBALLO

MADRID

1. INTRODUCCIÓN

Apesar de haber escrito en diversas ocasiones sobre la enseñanza de la Medicina [1 2 3], voy ahora a hacerlo una vez más: 1) por el nuevo giro que, en algunos sectores avanzados de la enseñanza, ésta ha adquirido bajo la influencia de los estudios psicosomáticos; 2) como respuesta a quienes, con motivo de mi diálogo con PELÁEZ REDONDO [4] en «Medicamenta», solicitan amplíe lo allí dicho; 3) por la actualidad que entre nosotros ha cobrado el problema tras el coloquio organizados hace unos meses por el profesor J. L. RODRÍGUEZ CANDELA, bajo los auspicios de la Asociación Cultural Hispanoamericana; 4), por haberme demostrado la experiencia en la «mesa redonda» de la V Conferencia de Investigaciones Psicosomáticas, que métodos estudiados de manera «experimental» en países de habla hispánica, eran todavía desconocidos por los propios médicos psicosomáticos europeos.

Ha pasado en los últimos años *la enseñanza de la Medicina* de ser cuestión sobre la que *se profesan opiniones particulares*, a problema que se *investiga de manera objetiva*, y, por decirlo así, *experimental*. Símbolo de ello, el desarrollo de una revista especializada: el «*Journal of Medical Education*», y la constante preocupación por estos temas en revistas profesionales. Dentro de la complejidad de estos problemas, la experiencia psicosomática representa una posición más que, en apariencia, viene a aumentar esta complejidad, aunque, en fin de cuentas, como vamos a ver, acaso la disminuya.

2. MODALIDADES DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

SZASZ y HOLLENDER [5] dividieron en tres tipos la relación médico-enfermo: una pasiva (prototipo: el enfermo en shock o en coma, o el paciente anestesiado al que se le opera de urgencia, sin tener en cuenta su opinión); otra, en la que el médico *guía* al paciente, cooperando en su curación, y una tercera, de «participación mutua», en la cual el paciente se vuelve paulatinamente autónomo y maduro. La relación habitual es la segunda, en la que ambos, médico y paciente, son activos, pero bajo la dirección autoritaria del que sabe más: el médico. El

primer modelo se parece a la relación de la madre con el infante inválido; el segundo, a la relación entre el padre y el hijo al que tutela; el tercero, a la relación de igualdad entre adultos que mutamente se apoyan (*).

Lo mismo que la moderna Biología y que la Medicina contemporánea, la enseñanza de la Medicina se atiene cada vez a conceptos «transaccionales» (V. mi libro «Urdimbre afectiva y enfermedad») [6]. Estos tres tipos de relación médico-enfermo se repiten en la relación profesor-discípulo, fluctuando entre el polo de la dependencia absoluta, total, y el de la plena madurez. Si en la primera modalidad el enfermo era simple «*objeto*», estructura pasiva sobre la que se operaba, en el equivalente pedagógico de la misma el alumno es mero *receptáculo de saber*. En la modalidad segunda, el alumno es *tutelado*, pero con criterio *autoritario*, el cual *es indispensable* para corregir su desgana, su pereza, su tendencia a hacer las cosas mal (historias clínicas, exploraciones, discurso diagnóstico, proceder terapéutico, etc.), tras el cual existe un *juicio punitivo* de severidad graduable. En la modalidad tercera, la finalidad didáctica ha rebasado el objetivo de «llenar de saber» al alumno. Quiere promover su autonomía, *volverle responsable*, adiestrarle en la *libre decisión* ante el enfermo.

En mi diálogo con PELÁEZ ya expuse cómo BÁLINT, recientemente [7 8] equipara a «una pirámide» al sistema actual de enseñanza hospitalaria. En su ápice está el médico consultor; en su interior, los médicos que no hablan apenas con el enfermo (analistas, röntgenólogos, fisioterapeutas, etc.); en sus diversos pisos, los médicos jerarquizados dentro del sistema. El cual, conviene subrayarlo, es *enormemente eficaz*, porque sus miembros están constantemente *controlándose unos a otros*. El alumno aprende con gran rendimiento cuando se le inscribe en uno de estos sistemas, el cual sólo tiene el inconveniente, según BÁLINT, de que «si el médico llega a la conclusión de que lo está enfermo es el paciente en su totalidad —y no únicamente su estómago, o el riñón, o la medula espinal, o el reticuloendotelio—, encuentra gran dificultad para encontrar alguien que pueda aconsejarle.

3. El estudiante y la relación médico-enfermo

En este «sistema», continúa diciendo BÁLINT, el enfermo no entabla relación con un doctor determinado, sino *con el sistema*. En el cual resulta imposible entrevistarse a solas con el paciente; siempre hay testigos.

Así, un interno que, amonestado por su jefe por no haber descubierto las causas de una depresión en una paciente, trata por todos los medios de entrevistarse a solas con ella. No consigue hacerlo más que aprovechando una guardia de noche, pero entonces la paciente, acongojadísima, exclama: «¡No puedo decírselo; no se lo diré! En el último hospital que estuve se lo conté a mi médico, y al día siguiente lo sabía todo el mundo». Añade BÁLINT: «Tenía completa razón. Cuanto dijo fue escrupulosamente anotado en su historia clínica y leída ante todo el equipo médico al día siguiente».

Repitamos, con BÁLINT, que esta forma de aprender Medicina, formando parte de la «pirámide», *es excelente*. Supone familiarizarse con una atmósfera de estudio impecable, de crítica constante y que, a cada momento, enseña las ventajas de la especialización. Educa a los médicos que sienten vocación de conventirse, a su turno, el día de mañana, en *miembros del sistema*, pero no les enseña a afrontar

(*) Estas modalidades son mucho más complejas, como demuestra LAÍN ENTRALGO *en un curso* que sobre este problema ha dado en Madrid (1963).

por sí solos la responsabilidad de tratar al enfermo como médicos prácticos, *lejos de la institución protectora*.

En la práctica rural o ciudadana, los médicos están dispuestos a actuar como aprendieron a hacerlo en los hospitales de enseñanza, pero no parecen estar preparados para una responsabilidad mayor. Saben vigilar un tratamiento, llegar a un diagnóstico si éste no es demasiado difícil y, si lo es, remitir el paciente a la institución que les ha formado. Pero muy pocos —dice BÁLINT— *están preparados para ir más allá*.

Este llegar *más allá* significa intentar una comprensión de los problemas emocionales y biográficos de los enfermos, la cual sólo se puede establecer si el alumno ha sido adiestrado en lo que BÁLINT llama la *relación psicoterapéutica* y, en virtud de la cual, el futuro médico aprende a *administrarse a sí mismo como medicina*, esto es, a servir plenamente como médico.

Para esto hay que hacer que el alumno actúe por sí solo, como cuando se aprende a esquiar o a manejar el bisturí. Diversos dispositivos didácticos (de los que me he ocupado en otros lugares) [3 4], permiten al estudiante corregir sus errores. El método de BÁLINT, actualmentte empleado, al parecer con éxito, en la enseñanza de estudiantes en el «University College Hospital», de Londres, está fundado sobre un sistema similar al que, con mis colaboradores, he empleado durante cuatro años en el Instituto de Patología Médica de Marañón, en el Hospital General de Madrid, y que he descrito en mi trabajo en su «Boletín» sobre «La formación del médico en Medicina psicosomática». Véase sobre el mismo el artículo de BÁLINT publicado en «The Lancet», 2, n.º 7.211 (1961), y en el que se resume el informe que de él ha solicitado la Organización Mundial de la Salud.

4. El método de la escuela de Rochester

Más sistematizado que el anterior, se practica con gran amplitud en la clínica de Rochester, de Nueva York, bajo la dirección de ROMANO y ENGEL, este último personalidad muy conocida en la Medicina psicosomática norteamericana. Vale la pena destacar su *principio orientador*, que rebasa con mucho el intento de «enseñar Medicina psicosomática». De lo que se trata —dice KEHOE [9]— es de lo siguiente: «Generaciones de maestros han dicho a sus estudiantes que *la ciencia de la Medicina puede enseñarse, pero que el arte de la Medicina no puede ser enseñado*. Pues bien, nuestro intento es apartar este arte del domicilio impreciso de la intuición convirtiéndolo en enseñanza de una liberación consciente, que se funda en los principios sobre los que descansa el comportamiento humano».

Comienza este programa —que viene realizándose desde el año 1957— con un primer año en el que, durante el preclínico, predominan las lecciones teóricas, con un máximo de setenta estudiantes en el curso. También en el segundo año (igualmente preclínico) se dan dos lecciones por semana sobre temas de interrelación de los procesos mentales y los físicos de los mecanismos endocrinos y nerviosos con los procesos biográficos, etc. ENGEL es un gran profesor, y a sus artes personales se debe el gran éxito que estos cursos tienen entre los estudiantes. En el tercer año comienza la enseñanza clínica, en la cual los estudiantes traban relación con diversos problemas psiquiátricos y psicológicos. Durante cada período, todo estudiante ha de «elaborar» las historias biográficas de seis a diez enfermos nuevos. En el cuarto año, cada estudiante es asignado al departamento de psiquiatría durante cuatro semanas por lo menos. Aparte de este programa de enseñanza que podríamos denominar «psiquiátrica», los estudiantes entran en un programa es-

pecial de enseñanza en el «servicio de enlace», en el cual se adiestran, ante todo, en la *técnica de la entrevista médica*. Al final del segundo año, los estudiantes son divididos en grupos de tres o cuatro, haciendo a cada uno de ellos responsable de entrevistarse con un paciente en presencia de sus compañeros y de un instructor. Las entrevistas son supervisadas por un segundo inspector y, en último término, por el propio ENGEL.

En el tercer año, los estudiantes, en grupos de cinco, entran en las salas bajo la dirección de dos instructores que son miembros «full-time» del hospital y pueden dedicar a la enseñanza todo su tiempo. En general, forman parejas de distintas especialidades: un cirujano con un médico general, un tocólogo con un psiquíatra, etcétera. Cada estudiante tiene que estudiar durante un mes seis u ocho enfermos. Se trata, en el fondo, durante este mes, de un curso de diagnóstico físico, pero con el aditamiento de que, además, tiene que buscar el estudiante todos los demás factores, tanto en la historia como en los datos de laboratorio, que intervienen en la enfermedad.

Una vez por semana se celebran sesiones de dos horas y media de duración, con discusión libre de los casos. El principio fundamental de este sistema es el de enseñar al estudiante a ver en todo enfermo *a una persona* y no una entidad morbosa. El enfermo no es, como suele ocurrir en la enseñanza clásica de la Medicina, *una oportunidad para aprender* tal o cual *destreza técnica*, sino una persona a la que comprender y ayudar en su sufrimiento. En esta enseñanza clínica se procura seleccionar a enfermos «no psiquiátricos», y se discute un caso por todo el grupo, informando al estudiante de todos los factores psicosociales que gobiernan la enfermedad y ayudándole a recoger todos los datos psicobiológicos posibles. Además, entre las sesiones, discute el caso con su segundo instructor. Por último, recibe un detallado informe de la historia y de la evolución de su enfermo.

Más adelante, la presentación de enfermos se hace por el propio estudiante, el cual selecciona el punto de vista bajo el cual ha de presentar la historia clínica, con objeto de poner en evidencia tal o cual aspecto del problema. En el cuarto año se procura que el estudiante adquiera experiencia en «llevar un enfermo», dentro de una sala y por un prolongado período de tiempo. Le visita a intervalos frecuentes y, además de todas las investigaciones tradicionales, datos de laboratorio, etc., poco a poco va reuniendo en entrevistas personales los complejos y siempre muy ocultos datos biográficos. Puede solicitar ayuda de especialistas y dispone de un «asesor médico», escogido entre el personal *de dedicación plenaria* del hospital, o bien de un médico con práctica privada que, por lo general, colabora gustoso con el hospital universitario. En ocasiones, hasta puede permitirse tener dos asesores médicos: un miembro «full-time» con dedicación plena a la enseñanza y un médico práctico de prestigio.

5. Enseñanza y dinámica de grupo

Este método de Rochester parece reunir condiciones óptimas para la enseñanza. Requiere, realmente, un número crecido de profesores. ENGEL dispone de catorce ayudantes: seis médicos-jefes con dedicación plenaria, dos médicos-jefes con dedicación parcial y seis ayudantes, en curso de entrenamiento médico. Muchos de los médicos-jefes han sufrido o están en curso de sufrir un psicoanálisis didáctico. Este aparente «lujo» no sería, sin embargo, a mi juicio, inasequible entre nosotros, si hubiera entre todos los médicos con vocación de enseñar, real espíritu de cooperación. Mas dejemos esto de lado para ocuparnos de otros problemas que se

esconden tras esta «imagen ideal» de la enseñanza que nos muestran los clínicos de Rochester.

Por lo pronto, podemos sacar ahora una primera conclusión: *La formación del médico en Medicina psicosomática no ha de considerarse mero complemento o especialización dentro de la formación habitual del médico.* Supone la aspiración a enseñarle, *de manera científica*, lo que hasta ahora se consideraba «arte de la Medicina»; a volverle, por tanto, *más eficaz en su persona*. No debemos confundir esta formación general del médico, procurando hacerlo «médico completo», *con la formación en técnicas terapéuticas muy especializadas*, tales como psicoterapia profunda, de grupo, psicoanalistas, etc.

Ahora bien, la enseñanza de la Medicina, como todo fenómeno que se realiza en un conjunto de personas, implica, quiérase o no, *una dinámica de grupo*. Esta dinámica puede *ignorarse* —voluntaria o involuntariamente— y no ser analizada, como suele hacerse en la mayoría de las consideraciones de pedagogía médica. O bien, se la tiene en cuenta, y en este caso hay que aplicar a ella los abundantísimos conocimientos que ha proporcionado la experiencia de los últimos años, ante todo en *la psicoterapia de grupo*. Esto es lo que han hecho hasta ahora, a mi modo de ver, en forma muy seria y ponderada, los autores chilenos. He de referirme, principalmente, a los trabajos de WHITIN D'ANDURAIN y de GANZARAIN y colaboradores, principalmente a la ponencia del primero al Segundo Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, celebrado en Santiago de Chile (1960), titulada «Aplicaciones de la psicoterapia de grupo a la enseñanza de la Medicina y de la Psiquiatría»[10].

Probablemente, mi segunda conclusión, que ahora anticipo, no ha de ser aceptada sin vivas protestas por muchos médicos, pero en ella se resume cuanto dije en mi anterior trabajo en este «Boletín»: *El núcleo de la formación de un médico realmente completo no puede entenderse correctamente sin el estudio de los procesos dinámicos que tienen lugar en el grupo*. Todo profesor, con sus auxiliares (su «escuela») y sus discípulos, constituyen, quiérase o no, *un grupo*, que *funciona* con arreglo a pautas y a «mecanismos» psicológicos hoy muy estudiados. Esto no quiere decir que, *además*, no existan en este *grupo de enseñanza* «otras cosas», no accesibles al análisis psicológico. Por ejemplo, la moderna «Teoría de la comunicación», tan fecunda en la Medicina actual, pese a ser todavía incipiente novedad, proporciona también numerosos e insólitos datos sobre los problemas de la enseñanza médica. Pero, en fin de cuentas, ambas, psicoterapia y «Teoría de la comunicación», están en la actualidad profundamente imbricadas.

En su trasfondo, el método de BÁLINT, del que antes hablé, es una especie de «grupo psicoterápico», un poco diluído o atenuado. En mi experiencia, muchas veces el «guía» o «conductor» tiene dificultad en evitar que el grupo didáctico se convierta en grupo terapéutico. Lo mismo afirman los autores chilenos: no hay límite preciso entre el grupo que sirve para el aprendizaje y el grupo con finalidades terapéuticas.

WHITIN D'ANDURAIN analiza en su ponencia el funcionamiento de los que él llama «grupo de enseñanza» o «grupo didáctico», los cuales pueden funcionar en forma «silvestre», es decir, inconsciente, no dirigida, o «técnica», es decir, conscientemente orientada por un líder o guía. Mientras la enseñanza no compromete las personalísimas vivencias y la estructura emocional de estudiante y alumno, el grupo funciona en forma «silvestre», por lo general según una pauta jerarquizada y autorizada. Ya he dicho que está bien que así sea y que no veo la forma de adquirir ciertas destrezas y perfeccionamientos técnicos si no es en esta forma autoritaria y

disciplinada de enseñanza. Pero si se pretende no sólo llenar al alumno de «información», de «conocimientos técnicos» o de buenos hábitos discursivos de diagnóstico, sino que, además, queremos hacer de él un médico «completo», entonces es menester *inducir un cambio profundo en sus actitudes emocionales.*

Sólo gracias a este cambio profundo en su personalidad adquiere sensibilidad para recibir *un mundo de realidades clínicas que, de otra suerte, se le escapan.* Es aquí donde nos encontramos con el aspecto más arduo del problema. Ya que, como en otra ocasión dije [3], siguiendo a CREMERIUS, de pronto, con ello, el aula de enseñanza se convierte, desde el punto de vista psicológico, de relativamente estéril, *en zona sumamente infecciosa.* Es muy natural que el alumno y la mayoría de los profesores rechacen este tipo de enseñanza *que les compromete emocionalmente,* es decir, que pone en peligro un cierto equilibrio entre sus problemas inconscientes y las defensas de su yo. El problema se agrava considerablemente en nuestros días por el auge que entre los estudiantes —principalmente entre los estudiantes de Medicina— está tomando, por motivos no bien esclarecidos, la neurosis.

6. EL NEUROTICISMO ESTUDIANTIL

Cuando, en 1951, KOHL, en un minucioso estudio [11], demostró que el 25 por ciento de los alumnos habían solicitado espontáneamente ayuda psiquiátrica, y cuando STRECKER, APPEL, PALMER y BRANCELAND, en 1936-1937, sostuvieron [12] que el 46'6 por ciento de los estudiantes de Medicina sufrían psiconeurosis, tales estudios pasaron inadvertidos y no se les concedió importancia. La gran frecuencia de neurosis entre los estudiantes de Medicina fue confirmada, en Chile, por los estudios de GANZARAIN [13 14 15 16 17 18], de WHITIN, GRASS y MORALES [19], y de ZAMBRANO, OYARZUN, VIEL y KELLER [20]. En nuestros días, este problema ha llegado a figurar en las páginas de los grandes semanarios y hasta de la prensa diaria, siendo el motivo principal de discusión de los congresos nacionales e internacionales de estudiantes, tal como el celebrado últimamente en Lille (*). En algunas Universidades, como por ejemplo la de París, se crean, con este motivo, centros de ayuda y de asistencia psiquiátrica a estudiantes, que pronto son desbordados por la abundantísima clientela. Ignoramos lo que ocurre en España, por no disponer de estadísticas. Si he de atenerme a mi experiencia privada, el crecimiento de psiconeurosis entre estudiantes ha sido extraordinario en los dos o tres últimos años. Una investigación realizada con otra finalidad con mis colaboradores en un grupo estudiantil, dio por resultado, completamente inesperado, pues no se trataba en modo alguno de estudiar el neuroticismo estudiantil, que un número muy elevado de los sujetos examinados tenían neurosis muy profundas. Creo, por tanto, que es bastante probable que también entre nosotros haya ido en aumento el neuroticismo estudiantil, aunque no se den las circunstancias (malas condiciones higiénicas de vida, planes excesivamente sobrecargados, tensiones emocionales de una gran ciudad, etc.), que existen en otras ciudades; París, por ejemplo. Todo ello es menester estudiarlo con minucia y objetividad. Pero, independientemente de la frecuencia de este neuroticismo, es este aspecto cardinalísimo si se quiere ampliar la enseñanza del futuro médico a *factores emocionales* que a veces suponen la profunda remoción de su persona.

(*) En el libro «*Emotional Problems of Studenfs*», editado por GRAHAM B. BLAINE y CHARLES C. MCARTHUR, puede el lector encontrar, enfocado desde diversos puntos de vista, por ERIKSON, FARNSWORTH y MUNTER, BABCOK, BOJAR y los editores, un estudio muy completo de la vulnerabilidad estudiantil a los procesos neuróticos.

Muchos lectores reaccionarán a lo que acabo de decir, reforzando su hostilidad a la enseñanza de una orientación «total» de la Medicina, enseñanza que puede inquietar profundamente a los estudiantes. Pero de nada sirve una «táctica de avestruz». Los estudiantes de Medicina neuróticos serán siempre, si no se tratan: *a*) personalidades que rinden menos de lo que debieran, probablemente sujetos que fracasarán en la vida, no debiendo fracasar; *b*) individuos que van a sufrir, a veces considerablemente, con sus problemas, y también a hacer sufrir a los demás. Los médicos con cierta práctica sabemos de sobra cuántos colegas, aparentemente muy eficaces en su práctica cotidiana, sufren terriblemente, en silencio, de graves conflictos psicológicos, y cómo hacen titánicos esfuerzos para compensarlos. Entre estos médicos más o menos gravemente neuróticos, se reclutan, bien sabido es, algunos de los tenaces adversarios de la Medicina psicosomática, y también sus cálidos proselitistas. Estos, con frecuencia, de estudiantes o de médicos acuden a la enseñanza médica con la secreta esperanza de tratarse. Lo mismo ocurre con los estudiantes. Los estudiantes que se inscriben en las enseñanzas psicosomáticas parece —al principio— que tratan de aprender, pero en el fondo, inconscientemente, aspiran, de manera muy lógica, a ser tratados.

7. LA EXPERIENCIA CHILENA

MERTON y colaboradores [21] han sacado de sus estudios la consecuencia de que los estudiantes entrenados en grupos docentes aprenden a ver al enfermo como una persona a la cual se puede ayudar. El grupo control, como antes dije, sólo ve en el enfermo *una oportunidad para aprender.* Los criterios para valorar los resultados de los «grupos de enseñanza» varían en los diversos autores. Los autores chilenos (GANZARAIN y colaboradores; WHITING D'ANDURAIN) emplearon un *grupo control,* de treinta y cuatro alumnos, y un grupo experimental, formado por cinco subgrupos. Al final del año, los datos recogidos con cuestionarios y «tests» fueron analizados estadísticamente. Sus conclusiones son que los estudiantes estimaron superior el método de la psicoterapia de grupo y que, además, mejoraron de manera significativa. Fueron, sobre todo, capaces de comprender mejor el sentido de la transferencia. Un examen realizado dos años después demostró que los buenos resultados seguían manteniéndose. La psicoterapia de grupo había producido una mejoría de los síntomas que oscilaba entre el 30 y el 50 por ciento. En las experiencias de WHITING pone de manifiesto las reacciones de los grupos «control», cuyos componentes se burlan de los grupos analíticos y expresan su temor de ser «tratados» aun contra su voluntad. Varios individuos del grupo niegan que pueda existir neurosis entre sus miembros y la rechazan de manera rotunda durante las sesiones, aunque después muchos solicitan sesiones terapéuticas privadas del conductor del grupo. A estos estudiantes del grupo control les cuesta mucho trabajo comprender los conceptos de neurosis de carácter, soslayan el enfoque psicodinámico y, sobre todo, escotomizan, es decir, hacen lo posible por negar o desconocer los problemas suscitados por la contratransferencia. De todas maneras, se observa entre ellos una cierta mejoría y cambios en sus actitudes profesionales. Todas estas experiencias tienen todavía un carácter muy rudimentario y preliminar (*).

(*) Por no alargar este trabajo, no vuelvo ahora sobre el problema de si la enseñanza, tal como aquí se plantea, debe darse a todos los estudiantes de Medicina. En grado menor o mayor, todo médico debe saber algo de estas cuestiones. Véase mi artículo en «Medicamenta» y el ya mencionado de BÉLINT en «The Lancet».

8. El problema del conductor

No es el menor de los que se nos presentan ante estas nuevas orientaciones de la enseñanza médica el diferenciar, de manera tajante, al menos a mi modo de ver, entre dos actitudes, mejor dicho, entre dos tipos psicológicos de profesor. Por un lado, el profesor de tipo autoritario, algo dogmático (no en exceso), que educa en la disciplina de la mente, en una observación sutil y cuidadosa, que no transige con omisiones, descuidos, ligerezas, que es algo punitivo., etc., es, desde el punto de vista educativo, *indispensable*. Llevado al extremo, promueve la formación de un grupo en exceso supeditado, dificulta la indispensable autonomía de la persona, cohibe la originalidad de pensamiento, pero representará siempre un sistema imprescindible y utilísimo en la formacién «técnica» y profesional del médico.

Junto a esta modalidad de grupo, *de gran eficacia educativa*, pero que tiende quizá en exceso a la «memorización de conceptos que pronto van a periclitar en la historia de la Medicina» (Kehoe), existe otro tipo de grupo, inspirado en una organización que los autores norteamericanos gustan de llamar «democrática», pero que, en el fondo, es «tutelar», promovedora de autonomía e independencia, y en el cual el «conductor» ha de tener cualidades completamente diferentes. Ha de ser, en lugar de *activo*, pasivo, humilde y, sobre todo, *capaz de soportar, sin inmutarse, cargas muy violentas de hostilidad por parte del grupo*. Como ya vimos, con la pauta seguida en Rochester hay una tendencia a duplicar los instructores médicos, quizá con la aspiración de tener en cuenta estas *dos vertientes* de la formación profesional.

A mi modo de ver, estas dos actitudes *son indispensables*, pero es casi imposible que las pueda llevar a cabo una sola persona. En este caso, se impondría el método que podríamos llamar de la *ducha escocesa*, cambiando bruscamente de actitudes dentro del mismo grupo. En realidad, a menos de existir verdadera penuria de personal docente, no hay motivo para no emplear en la enseñanza personalidades de estos dos tipos antagónicos en la formación del futuro médico.

9. La amistad nacional

No quisiera dejar en el lector la idea de que cuanto significa la aparición en el horizonte de la enseñanza médica de las «técnicas de grupo» queda, en su inmensa complejidad, ni siquiera esbozado en las líneas precedentes. No hemos tratado, por ejemplo, del problema fundamentalísimo de que no se puede iniciar una formación con «grupos didácticos» sin tener, *en reserva*, suficiente número de psicoterapeutas adiestrados en las prácticas de grupo, para acoger a los estudiantes demasiado afectados por las nuevas técnicas didácticas. Dado el intenso neuroticismo de un cierto tanto por ciento de los estudiantes de Medicina, esta precaución es absolutamente indispensable. Tampoco he tratado de las especiales circunstancias —todavía por investigar— que convierten la enseñanza de la Medicina en un «stress» especialmente intenso para el joven. Pero no quisiera concluir sin señalar que, en la experiencia del «grupo», una de las principales enseñanzas es la facilidad con que se accede a los profundos estratos del subconsciente colectivo. He dicho alguna vez que «no es lo mismo practicar el método de Bálint en la atmósfera psicológicamente refinada de la clínica Tavistock, de Londres, que en Madrid o en Indianápolis. Inmediatamente asoman, entre la infinita complejidad de los problemas que el grupo suscita, aquéllos más radicales que afectan a esa entraña personal que

solemos calificar como «peculiaridad de nación o de raza». Tema éste todavía sin estudiar lo suficiente, y sobre el que no he visto apenas referencias en la literatura (*).

10. La neurosis de los docentes

Es éste un tema muy delicado de tratar y que habitualmente se soslaya de manera total y absoluta. Whiting d'Andurain lo aborda, aunque con cierta timidez. Piensa que tratar de estos temas suscita en el profesorado una reacción «fóbica», y que por ello está justificada toda cautela. La palabra «neurosis» tiene, por lo común, un sentido peyorativo, aunque todo el mundo reconoce que puede coexistir con condiciones personales superlativas para la enseñanza y para la investigación, y con mucha frecuencia suele ocurrir así. La experiencia chilena indica que las actitudes demasiado autoritarias del personal docente despliegan un efecto perturbador sobre la enseñanza médica, y Whiting d'Andurain sugiere qu estas actitudes desencadenan en los estudiantes angustias paranoicas que, al ser transferidas al grupo, «inhiben su interrelación y dificultan el aprendizaje y maduración personal y profesional del estudiante». Quedarían «bloqueados los procesos de introyección», base de las identificaciones necesarias para la asimilación de conocimientos y los cambios contratransferenciales que también quedan bloqueados, defensivamente, cuando el profesor aparece en la fantasía como una imagen «persecutoria».

Carezco de experiencia personal sobre el particular, pero me parece parcial y exagerada esta opinión de los colegas chilenos. La experiencia piscoterápica demuestra la utilidad de las frustraciones de todo tipo en el proceso de maduración y creo que si se estudia con mayor objetividad la influencia auténtica de estas enseñanzas «autoritarias», acabará viéndose cómo, en el fondo, tanto la transferencia como los procesos de identificación pueden, aun bajo un clima adverso, seguir caminos favorables. El pertenecer ya de antemano a uno de los «tipos de conductor antes mencionado, al tolerante e indulgente, impide ver con claridad las ventajas de la otra modalidad de conductor, del autoritario y punitivo. Tenemos aquí un ejemplo de escotomización de la que a veces son víctimas aun los médicos mejor psicoanalizados.

11. Conclusión

Las nuevas orientaciones en la enseñanza de la Medicina, que pretenden enseñar lo que en ésta hay *de arte*, en forma metódica, racional y trasmisible, se fundan, inexcusablemente, sobre la dinámica de grupo y la teoría de la comunicación. Por el momento, sólo están en ensayo en algunas partes del mundo, siendo, por lo general, desconocidas de la mayoría de los médicos. Ofrece su empleo ciertas dificultades, que no bastan, desde luego, para encubrir sus ventajas, al parecer considerables. El estudio de su eficacia ha de hacerse prescindiendo de todo componente emocional, en la forma más objetiva y experimental posible.

El médico, como orientación psicosomática, ha de adoptar, frente a los problemas de la enseñanza, la misma actitud que en su práctica psicoterápica. Por ser capaz de estar incesantemente analizando sus reacciones contratransferenciales, ha de saber reconocer la virtud de una comprensión e indulgencia cada vez ma-

(*) Véase el capítulo XIV de mi libro «*Urdimbre afectiva y enfermedad*».

yores. Conforme su experiencia le ha enseñado, una paciencia ilimitada es el arma que, de manera inexorable, promueve el juego de las fuerzas profundas tras las cuales, tarde o temprano, acaba siempre por aflorar la verdad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROF CARBALLO, J.—«Patología psicosomática». Tercera ed., Paz Montalvo, Madrid, 1955.
2. ROF CARBALLO, J.—«La Medicina actual». Barcelona, 1954.
3. ROF CARBALLO, J.—*Boletín Instituto Patología Médica*, 1960, XV, 277-288.
4. ROF CARBALLO, J.—*Medicamenta*, 1962, 20, 139.
5. SZASZ y HOLLENDER.—*Arch. Int. Med.*
6. ROF CARBALLO, J.—«Urdimbre afectiva y enfermedad». Labor, Barcelona, 1961.
7. BÁLINT, M.—«The doctor, his patient and the illness». International Universities Press. Nueva York, 1957.
8. BÁLINT, M.—*The Lancet*, 1961, núm. 7211, vol. II.
9. KEHOE, M.—*The Lancet*, 1961, II, 145 (15 julio).
10. WHITING D'ANDURAIN, C.—«Aplicaciones de la psicoterapia de grupo en la enseñanza de la Medicina y Psiquiatría». Ponencia al II Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Santiago de Chile, 1960.
11. KOHL. R. N.—*Am. J. Psychiant*, 1951, 108, 198-203.
12. STRACHER, E. A.; APPEL, K. E.; PALMER, H. D., and BRANCELAND, J.—*Am. J. Pschiat.*, 1936-37, 93 (3).
13. GANZARAIN, R.—«Aplicaciones de la psicoterapia de grupo». Actas del I Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, 1957, págs. 413-421. Impre. Americales. Buenos Aires, 1958.
14. GANZARAIN, R., y colaboradores.—«Evolución, después de dos años, de los resultados obtenidos con psicoterapia de grupo en la formación psiquiátrica del estudiante de Medicina». Actas del I Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Páginas 484-491. Impr. Americales. Buenos Aires, 1958.
15. GANZARAIN, R., y colaboradores.—*Int. Journ. Group Psycoth.*, 1958, 8 (2), 13-153.
16. GANZARAIN, R., y GRASS, K.—«Análisis de angustias persecutorias en un grupo terapéutico de estudiantes de Medicina». Actas del II Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de rupo, 1960. (En prensa.)
17. GANZARAIN, R., y GRASS, K.—«Aparición de angustias persecutorias intensas en una sesión de psicoterapia de grupo a estudiantes de Medicina». Actas del II Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Santiago de Chile. (En prensa.)
18. GANZARAIN, R., y GRASS, K.—«El autoritarismo en la Universidad. Su influencia en el aprendizaje de la Psicoterapia». Comunicación al II Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Enero 1960. Sontiago de Chile. (En prensa.)
19. WHITING, C.; GRASS, K., y MORALES, E.—«El uso de los grupos de supervisión en la formación psiquiátrica del estudiante de Medicina y especialistas en Psiquiatría». II Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo. Enero 1960. Santiago de Chile. (En prensa.)
20. ZAMBRANO, V.; OYARZUN, F.; VIEL. B., y KELLER, M.—«Relaciones entre nivel intelectual, grado de neurotismo, biotipo y estado económico-social, con el rendimiento en los estudiantes en primer año de Medicina de 1954». Tesis. Santiago de Chile. (Citada por WHITING D'ANDURAIN.)
21. MERTON, R.; BLOOM, S., y ROGOFF, N.—*Journ. Med. Education*, 1956, 31 (8), 552-565

Del «Bol. Patol. Méd.», n.° 2, marzo-abril 1963. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963

ACCIÓN DEL REFLEJO CAROTÍDEO SOBRE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL

POR EL

PROF. ALDO E. IMBRIANO

MIEMBRO ACTIVO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE NUEVA YORK
MIEMBRO CORRESPONSAL DE LA ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA
PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Y LOS DOCTORES

ENRIQUE O. ADORNI y ORESTES IMBRIANO

BUENOS AIRES (REP. ARGENTINA)

FUERON primero REIN (1929-1931), y luego SCHNEIDER y SCHNEIDER (1934), quienes comprobaron que la compresión de una carótida principal aumenta reflejamente el aflujo de sangre a nivel de la arteria meníngea media y de la yugular interna.

ASK-UPMARK y PUTNAM (1934) y ASK-UPMARK (1935), demostraron que la caída brusca de presión a nivel del *seno carotídeo*, provocada por distensión del mismo, causa aumento de la presión arterial por vasoconstricción periférica y vasodilatación cerebral, con aumento concomitante del aflujo sanguíneo cerebral.

El objeto de este trabajo es demostrar la *acción del reflejo carotídeo* sobre la actividad bioeléctrica cerebral de personas normales de ambos sexos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se escogieron cien personas jóvenes sanas de ambos sexos, comprendidas entre los quince y treinta años de edad. Parte de ellos practicaban atletismo y otros, en cambio, no practicaban ninguna clase de deportes.

La actividad bioeléctrica se captó en posición sentada, utilizando las técnicas bipolares comunes, con electroencefalógrafos Grass III-D de ocho canales.

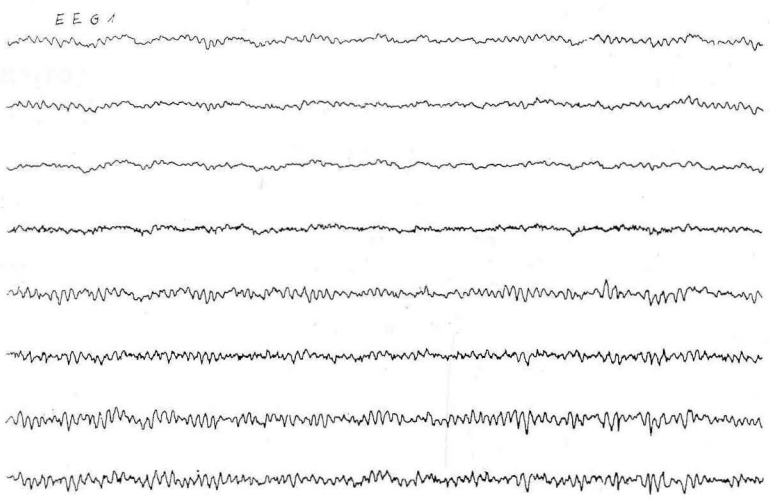
Se practicó la compresión de las carótidas de ambos lados, a nivel de la encrucijada carotídea, durante uno a dos segundos de duración, por personas que practican esta clase de maniobras, como procedimiento de defensa personal.

Los electroencefalogramas se captaron en la etapa de reacción vagal, con obnubilación, bradicardia e hipotensión.

RESULTADOS

En los numerosos casos estudiados, la electroencefalografía reveló la presencia del ritmo alfa paroxístico hipersincrónico generalizado de IMBRIANO (1954-1955),

en salvas o paroxismos que durante los primeros noventa segundos se intensificaron paulatinamente en número y duración, para luego espaciarse nuevamente, hasta normalizarse entre los ciento veinte y ciento cincuenta segundos (E.E.G. 1 y 2).



Discusión e interpretación

Weber (1910), estimulando los nervios de Hering, observa una disminución del aflujo sanguíneo cerebral, acompañado de vasodilatación periférica.

Gollwitzer Meier y Schultze (1932), Gollwitzer-Meier y Eckhardt (1934), Bouckaert y Jourdan (1936), Capps y Takats (1938), demuestran en forma incontrovertible la acción refleja del seno carotídeo sobre la circulación cerebral, siendo más activa en la posición erecta.

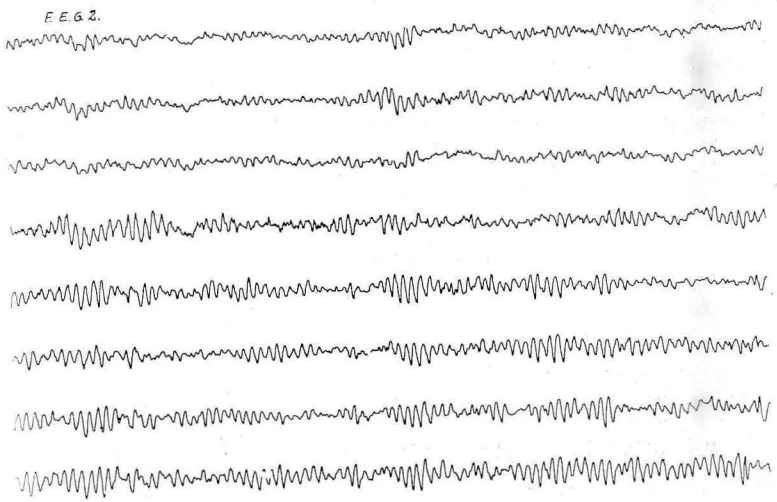
Gellhorn y Pollook (1943), demuestran en perros que la ligadura experimental de ambas carótidas y vertebrales aumenta ligeramente la presión arterial, con discreta hipoxia cerebral. Las arterias espinales son suficientes para mantener el tono vasomotor.

Asenjo (1938-1939), comprueba electroencefalográficamente que los potenciales corticales del conejo se reducen como consecuencia de ligar ambas carótidas, desapareciendo cuando se le suman la ligadura de ambas vertebrales. Lo mismo había demostrado Bremer (1935) y Sugar y Gerard (1938) en gatos. Sin embargo, Imbriano (1954-1955) comprueba en perros que ligando ambas carótidas y vertebrales, se producen descargas de un ritmo alfa paroxístico hipersincrónico generalizado, sin modificaciones aparentes del comportamiento de los animales, aun después de largo tiempo de haber practicado las ligaduras. En cuanto a la actividad bioeléctrica, al día siguiente se capta con los ritmos alfa y beta típicos de los normales.

Lennox, Gibbs y Gibbs (1938), Romano, Stead y Taylor (1940), Margolin, Strauss y Engel (1941), Gibbs y Foster (1941), Foster, Roseman y Gibbs (1942), Engel y Margolin (1942), Engel, Romano y McLin (1944), observan, como consecuencia de la compresión carotídea en epilépticos, un ritmo delta focal.

Rogers (1944), Romano y Engel (1945), Engel (1945), demuestran que la compresión de ambas carótidas en hipersensibles origina un ritmo bioeléctrico lento o delta.

Reivin y colaboradores (1961) observa igualmente en humanos que la compresión de una carótida produce una descarga lenta ipsilateral.



Nuestras experiencias demuestran claramente que el *reflejo carotídeo* modifica la actividad bioeléctrica cerebral, en el sentido de provocar *paroxismos alfa hipersincrónicos generalizados*, consecuencia probable de una discreta hipoxia cerebral. En ningún caso hemos captado, en personas normales, la presencia de actividad lenta o delta.

Imbriano y colaboradores (1955-1959) e Imbriano (1961), concluyen resumiendo que los *senos carotídeos* regulan omoestásicamente o autorregulan reflejamente la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el tono vasomotor y la temperatura, a través de su interdependencia por los nervios carotídeos de Hering con los centros vasomotores, respiratorios, termorreguladores y córticosubcorticales.

Igualmente demuestran que las *neuroglándulas intercarotídeas* segregan una sustancia neurosecretora neurohormonal a la que denominan *carótidopresohiperpneica*, la cual regularía en forma refleja y rápida la presión arterial y la amplitud respiratoria, en el sentido de provocar una acción vasopresora opuesta a la vasodepresora provocada por la estimulación del seno carotídeo, sumándose un simultáneo aumento de la amplitud respiratoria.

La *neurosecreción carótidopresohiperpneica* es vertida al seno carotídeo y por su medio a la circulación general.

RESUMEN

Se demuestra la acción del reflejo carotídeo sobre la actividad bioeléctrica cerebral de personas sanas normales, de ambos sexos, comprendidas entre los quince y treinta años de edad.

Se demuestra que la compresión de ambas carótidas durante un lapso de uno a dos segundos modifica la actividad bioeléctrica cerebral en el sentido de provocar un ritmo alfa paroxístico hipersincrónico generalizado de Imbriano.

Los paroxismos se observan en forma creciente en los primeros noventa segundos, para espaciarse luego y desaparecer entre los ciento veinte y ciento cincuenta segundos, que se establece la actividad bioeléctrica normal.

En ninguna circunstancia se captó actividad lenta o delta.

Se atribuyen estos paroxismos alfa hipersincrónicos generalizados a una discreta hipoxia cerebral de origen reflejo.

BIBLIOGRAFIA

ASENJO, A.—*Ztbl. f. Neurochir.*, 3, 198, 1938.
ASENJO, A.—*Ztbl. f. Neurochir.*, 4, 41, 1939.
ASK-UPMARK, E.—*Acta Psychiatr. Kbh. Suppl.*, 6, 1, 1935.
ASK-UPMARK, E.—«The Carotid Sinus and the Cerebral Circulation. An Anatomical and Clinical Investigation, including some observations on the rete minabile caroticum.» *Berlineska Baktry.* Lund. 1935.
ASK-UPMARK, E., y PUTNAM, T. J.—*Arch. Neurol. Psych.*. 32 72, 1934.
BREMEG, F.—*Compt. Rond. Soc. Biol.*, 118, 1.235. 1935.
BREMEG, F.—*Comp. Rend. Soc. Biol.*, 118, 1.241. 1935.
BOUCKAERT, J. J., y JOURDAN. K.—*Arch. Internat. Pharmacedyn. et Therap.*, 53, 523. 1936.
CAPPS, R. B., y TAKATS, G.—*J. Clin. Invest.*, 17, 385. 1938.
ENGEL, G. L. *J. Mont Sinai Hosp.*, 12, 170. 1945.
ENGEL, G. L., y MARGELIN, S. G. *Arch. Int. Med.*, 96, 236. 1942.
ENGEL, G. L.; ROMANO, J., y MCLIN, T. T.—*Arch. Int. Med.*, 74, 100. 1944.
FOSTER, F. M.; ROSEMAN, E., y GIBBS, F. A.— *Arch. Neurol. Psych.*, 48, 957. 1942.
GELLHORN, E., y POLLOCK, F.—En Autonomic Regulation de Gellhern. Interc. Publ. N. Y. 1943.
GIBBS, F. A.. y FOSTER, F. M.—*Tr. Amer. Neurol. Ass.*, 67, 143. 1941.
GOLLWITZER-MEIEG, K., y ECKHARDT, P.—*Arch. f. Exp. Path. u. Pharmak.*, 175, 689. 1934.
GOLLWITZER-MEIER, K., y SCHULZE, H.—Idem 165, 685. 1932.
IMBRIANO, A. E.—*Seminar International*, 10. 16. 1961.
IMBRIANO, A. E.—*Clínica y Laboratorio*, 71, 81. 1961.
IMBRIANO, A. E—*La Semana Médica*, 68, 1.348. 1961.
IMBRIANO, A. E.; MÍGUEZ, J. G.. e IMBRIANO, O.—*La Semana Médica*, 62, 835. 1955.
IMBRIANO, A. E.; MONET, A., e IMBRIANO, O.—*Folia Clínica Internacional*, 9, 429. 1959.
LENNOX, M. A.; GIBBS, F. A., y GIBBS, E. L.—*J. Neurol. Psych.*, 1, 211, 1938.
MARGOLIN, S. G.; STRAUSS, H., y ENGEL, G. L.— *Arch. Neurol. Psych.*, 45, 889. 1941.
REIN, H.—*Zeit. Biol.*, 89, 307. 1929.
REIN, H. *Ergebn. d. Physiol.*, 32, 28. 1931.
REIVICH, M.; HOLLING, H. E.; ROBERTS, B., y TOOLE, J. F.—*New England J. Med.*, 265, 878. 1961.
ROGERS, L.—*Brit. J. Surg.*, 32, 309. 1944.
ROMANO, J., y ENGEL, G. J.—*Psychosomat. Med.*, 7, 3. 1945.
ROMANO, J.; STEAD, E. A., y TAYLOR, Z. E.—*New England J. Med.*, 223, 708. 1940.
SCHNEIDER, M., y SCHNEIDER, D.—*Arch. f. Exp. Path. u. Pharmakol*, 175, 606. 1934.
SUGAR, O., y GERARD, R. W.—*J. Neurophysiol*, 1, 558. 1938.
YEBER, E.—«Der Einfluss psychischer vergange auf den Korper.» Berlín. 1910.

Dirección: Olazábal, 5.398 (suc. 31). Buenos Aires (República Argentina).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963

INSTITUTO DE REHABILITACIÓN «CLÍNICA SAN FRANCISCO». ZARAGOZA
Director: DR. SERAL

RIGIDECES POST-TRAUMÁTICAS DE LA MANO PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

POR EL

DR. FRANCISCO SERAL Y CASAS

ACADÉMICO CORRESPONSAL

ZARAGOZA

I

TODOS los médicos, hasta los más alejados en sus actividades profesionales de la terapéutica quirúrgica, se ven obligados a asistir, en ocasiones, pequeños traumatismos de los dedos y de la mano, tan frecuentes en la vida diaria. Estos traumatismos son la mayor parte de las veces insignificantes y *se curan con nada*. Pero a veces se complican y lo que en un principio no fue más que un simple pinchazo, pasa a convertirse en una lesión que pone en peligro el dedo y alguna vez la mano, si no anatómica sí funcionalmente.

Todos los traumatólogos podemos reunir casuística abundante que confirma este aserto. No deben, pues, considerarse como bagatela las lesiones de los dedos. Todo traumatismo de los dedos y de la mano que se le presente al médico, debe ser considerado en principio como una lesión grave. Y todas las lesiones de los dedos y de la mano, que interesen algo más que la piel, sobre todo si existe amenaza de infección o ésta se ha producido ya, deben ser tratadas por el especialista, esto es, por el médico que tenga práctica en esta clase de lesiones y conozca las consecuencias que pueden derivarse de las mismas.

II. — La mano es uno de los segmentos del aparato locomotor más frecuente y más gravemente afectado por los traumatismos. En las estadísticas de todos los autores y en la nuestra propia, vienen a representar una frecuencia del orden de un 25 a un 30 por ciento entre todos los traumatismos asistidos por accidentes del trabajo. Proporción que se mantiene, pese a las campañas de prevención, dentro de la progresión constante que se observa en el número total de accidentes, derivada de la extensión del maquinismo y de la industrialización.

Ahora bien, este elevado porcentaje de lesiones de la mano, aunque ya dice mucho por sí mismo, no llega a expresar toda la gravedad del problema. Para

Comunicación a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza. sesión del día 14 de febrero de 1963.

darse cuenta exacta de su trascendencia social y económica, hay que tener presente la gran jerarquía fisiológica del admirable complejo ósteo-articular que forma la mano, con sus veintisiete huesos, veintisiete articulaciones, diecinueve músculos con sus correspondientes tendones y vainas, más los tendones que la cruzan y los vasos y nervios propios. Hay que tener presente también la gran sensibilidad de la mano a cualquier agresión traumática y su importancia fundamental para la vida del trabajo y para la vida de relación. De todo ello deriva la conclusión de que hay que esforzarse en curar estos traumatismos con la mayor rapidez posible y evitar los graves trastornos a que pueden dar lugar.

III. — Entre los traumatismos tan diversos que puede sufrir la mano hay unos que, por sí solos, por afectar directamente y con gran intensidad al complejo anatómico que la forman, conducen directamente a la incapacidad. Son los casos de mutilaciones y destrozos irreparables, en los que ya desde el principio se prevé que no será posible devolver la mano del lesionado a su estado anterior. La *restitutio ad integrum*, aun tratándose de un segmento tan importante y aun con la mejor técnica, ya no será posible.

Hay otros traumatismos, que aun afectando al complejo ósteomuscular de la mano, por no tener mutilaciones o ser éstas parciales, ofrecen posibilidades de reparación anatómica y recuperación funcional. Esto es, que la incapacidad es inevitable, si la asistencia técnica es cuidadosa y correcta, ajustada a los cánones de la moderna traumatología. En estos casos, aun cuando se llegue finalmente a alguna limitación o secuela residual, explicable por la índole de las lesiones, éstas serán mínimas.

Finalmente, hay otros traumatismos, que aun siendo modestos e incluso no afectando directamente a la mano, pueden conducir a la incapacidad sin explicación muy clara, aun cuando sean varias las teorías propuestas para explicarlo. Incapacidades que serán de intensidad variable, independientemente de las lesiones y de cuanto hagamos por evitarlas.

Cualquiera que sea la índole del traumatismo, y más que contra las lesiones en sí, siempre que éstas no sean ya inicialmente mutilantes, hemos de luchar contra un enemigo del que derivan las mayores incapacidades y las más difíciles después de mejorar. Nos referimos a la infección, la que habrá que tratar de suprimir en la medida de nuestras posibilidades, con los grandes recursos que la experiencia ha demostrado más eficaces: la pronta asistencia y la asistencia correcta desde el principio. Y esto aun para los traumatismos más insignificantes. Los resultados que se obtengan, dependerán siempre del cuándo y cómo del tratamiento empleado, debiendo diferenciar los que son resultados irremediables del traumatismo, de los resultados evitables del tratamiento.

IV. — La mano rígida se encuentra muchas veces como epifenómeno de los más diversos traumatismos de este segmento del aparato locomotor. En ocasiones, aun sin traumatismo sobre la misma mano. Es muy difícil, por tanto, hacer una clasificación de las causas traumáticas que pueden conducir a la rigidez. Así y todo, algo esquemáticamente, y siguiendo en parte a TRAVAINI, se pueden admitir los siguientes cuatro tipos:

a) Rigidez por acción directa traumática sobre los segmentos ósteo-articulares y sobre las formaciones vasculares, nerviosas o tendinosas de la propia mano.

b) Rigidez de la mano a consecuencia de lesiones nerviosas, motoras y sensitivas, de las que depende el movimiento articular.

c) Rigidez de la mano por sufrimiento indirecto de los elementos anatómicos ósteo-articulares a consecuencia de traumatismos de cualquier distrito del miembro superior.

d) Rigidez de la mano a consecuencia del tratamiento.

En el primer grupo, la relación de causalidad entre agente traumático e impotencia funcional es muy clara. Las alteraciones morfológicas, las destrucciones anatómicas sufridas han hecho imposible una «restitutio ad integrum» y quedan secuelas en forma de cicatrices adherentes, retracciones, callos deformes, etcétera. Y estas secuelas son las responsables de una limitación o abolición de las funciones articulares. Así y todo, en este grupo la rigidez no afecta, salvo en los grandes traumatismos, a toda la mano, sino que queda limitada al dedo o dedos donde actuó selectivamente el agente vulnerante traumático.

En el segundo grupo, también es manifiesta la relación entre la lesión y sus consecuencias. La interrupción, por ejemplo, del nervio, explica las parálisis y trastornos tróficos de los grupos musculares inervados por aquél, retracciones y fibrositis de partes blandas que conducen a la rigidez. Afortunadamente son poco frecuentes y desde el punto de vista de su posible recuperación las menos agradecidas.

En el tercer grupo, la rigidez ósteo-articular no es consecuencia de alteraciones morfológicas, ni de lesiones sobre los distintos componentes del complejo mano, sino por acción refleja simpática con trastornos vasomotores, estasis, cianosis, edemas. Trastornos que si no se combaten, pueden dar lugar a modificaciones tisulares irreversibles y a la pérdida completa y definitiva de la función de la mano. Muchas veces estas secuelas son mínimas, pero otras ya no lo son tanto y siempre guardan desproporción entre las lesiones que creímos ver inicialmente y la forma de producirse el accidente. En este grupo, como ya hemos dicho en otra ocasión, quedan incluídos los lesionados que más sinsabores proporcionan al traumatólogo y a los que se califica, muchas veces injustamente, de simuladores y con psicosis de renta.

Finalmente, en el cuarto grupo, la relación entre el vendaje de inmovilización y la rigidez de la mano es manifiesta. Aunque parezca extraño, todavía se dan estos casos en los que el paciente hubiera sin duda quedado en mejores condiciones sin ningún tratamiento. La inmovilización excesiva por el tiempo y por la longitud del vendaje, con descuido de la movilización activa de las articulaciones no afectadas, podrá conducir a la consolidación perfecta de la fractura, pero llevará fatalmente a un desastre. Una consolidación retardada y aun una consolidación con deformidad, nunca serán tan perjudiciales como una rigidez articular irreparable. Sin función prensora de los dedos para poco servirá la mano. En algunos casos, con semanas y aun meses de tratamiento, se les podrá devolver la movilidad. Pero en otros la invalidez será definitiva.

V. — Sabemos ya esquemáticamente los caminos traumáticos por donde la mano puede llegar a la rigidez. Esto es, los distintos tipos de rigidez según la causa. Pero la esencia íntima del proceso que conduce a una invalidez, en ocasiones irreparable, todavía no está perfectamente explicada.

Así se habla de adherencias de pliegues capsulares y de los fondos de saco sinoviales por acción de la fibrina de los exudados serofibrinosos. La inmovilización por sí sola no da lugar a exudaciones. Pero la inactividad muscular, la omisión del tratamiento funcional y la realización de ejercicios, da lugar a estasis venoso y linfático con exudados e infiltración serofibrinosa de los tejidos.

En esta explicación de la rigidez por las exudaciones y adherencias subsiguientes, juega un papel también, por el contrario, la falta de inmovilización de las articulaciones lesionadas o la movilización precoz y la forzada pasivamente.

Otro factor etiológico que no se puede olvidar es el papel que juega la infección en las mismas articulaciones o en sus vecindades, con sus exudaciones inflamatorias serofibrinosas e infiltración de tejidos periarticulares, dando lugar a densas adherencias.

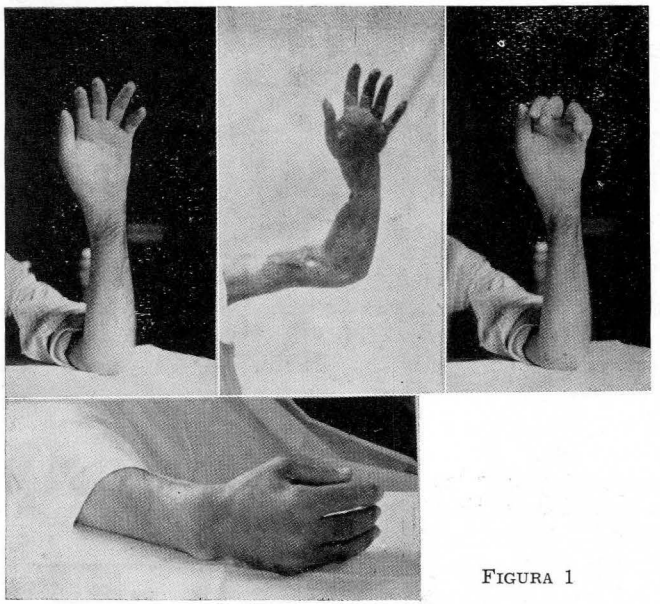


FIGURA 1

CASOS DE RIGIDECES POST-TRAUMÁTICAS DE DIVERSAS PROCEDENCIAS, CON RECUPERACIONES FUNCIONALES ESTIMABLES, PERO SIEMPRE POR BAJO DE LAS QUE CABRÍA ESPERAR POR LAS LESIONES EN SÍ MISMAS.

Se habla también del edema traumático reaccional, que incita a aconsejar el reposo en fracturas de parte inferior del antebrazo que dan lugar a tumefacción de los dedos por extensión del edema desde el foco lesionado, pero que estando los dedos sanos y aun cuando estén éstos muy hinchados, hacen, sin embargo, más necesarios los ejercicios activos. Con ellos desaparecerá el edema y se evitará la rigidez.

Todavía nos queda por señalar el posible substrato hormonal de la rigidez articular. La influencia exacta de las hormonas glucocorticoides y mineralocorticoides que favorecen la fibroplasia y reabsorción del tejido fibroso, es todavía objeto de investigaciones, pero se admite ya la existencia de un substrato hormonal en la rigidez post-traumática.

Sea cual fuere el mecanismo por el que se llega a la rigidez, lo cierto es que se produce una alteración de la elasticidad en los tejidos celulares laxos. Esta alteración puede ir desde una disminución hasta una pérdida total. Desde una esclerosis con adherencia de la piel a los planos subcutáneos, hasta la formación

de un bloque por la piel con los tendones y el hueso, que deja a los dedos convertidos en una pieza ósteo-fibrosa que da la sensación de que va a saltar como la porcelana al intentar moverlos pasivamente.

VI. — Los trastornos que se derivan de las rigideces de la mano, dependientes, claro está, de la extensión e intensidad de éstas, son tan considerables para la vida futura de los que las padecen, que una vez consideradas las causas que las producen y los distintos grupos de secuelas que de ellas se derivan, es de gran interés saber cómo se pueden prevenir tan grandes secuelas traumáticas.

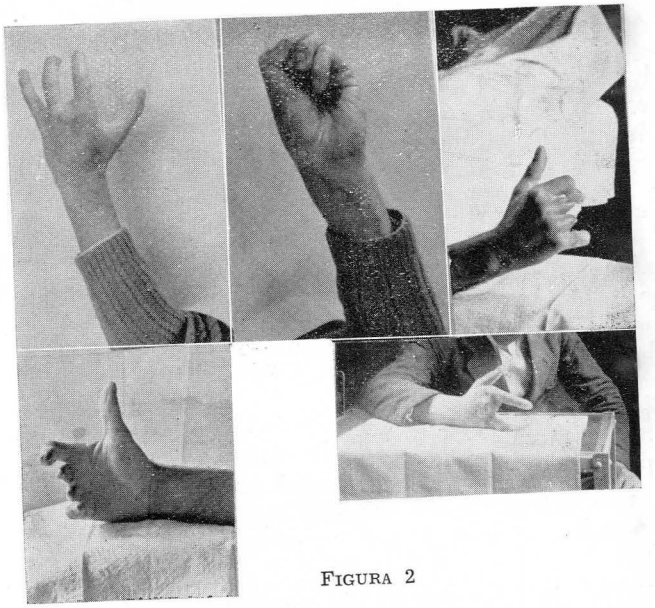


FIGURA 2

CASOS DE GRANDES TRAUMATISMOS DE LA MANO RESUELTOS SIN RIGIDEZ Y CON LA MÁXIMA FUNCIÓN COMPATIBLE CON LAS MUTILACIONES Y LESIONES SUFRIDAS

El grupo de rigideces más numerosas y en el que más podemos hacer para su prevención se encuentran, como hemos dicho, cuando los distintos elementos anatómicos que forman la mano han sido directamente afectados por el traumatismo. En estos casos, aparte de los medios técnicos de prevención de accidentes que escapa ya a nuestra actuación profesional, habremos de cargar el acento, para prevenir las rigideces, en la asistencia correcta de los traumatizados. Esto es, en prevenir la infección mediante la desinfección quirúrgica por la escisión y sutura de las heridas y en dar reposo a estas heridas. Bien entendido que la inmovilización habrá de limitarse al tiempo mínimo y a los segmentos afectados, dejando a los demás libres. En otras palabras, a realizar desde el principio un tratamiento funcional. Con alguna frecuencia tenemos ocasión de asistir rigideces que no son consecuencia del traumatismo propiamente dicho, sino del yeso o férulas que se aplicaron. Por lo que hace a las rigideces de origen neurológico, pocas por fortuna, es muy poco lo que podemos hacer en orden a su prevención.

Como tampoco tenemos muchos recursos para prevenir las rigideces que se presentan en la mano, sin traumatismo directo en ésta, y que achacamos a factores

constitucionales del lesionado, sean neuropáticos, de carácter mesenquimatoso o de naturaleza endocrino-vegetativa.

VII. — La rigidez de la mano, por lo menos en el gran número de casos en que está en nuestra mano evitarla, no debe producirse. Pero hay, como queda dicho, casos en los que no está a nuestro alcance prevenirla. Para estos casos y para los que catalogados como evitables se presentan también, algunas veces, incluso con tratamientos correctos, la fisiocinesiterapia, con sus diversos medios y técnicas, será extraordinariamente útil para la recuperación motora de la rigidez post-traumática.

Cada caso constituye un problema distinto a resolver y dependiente de: naturaleza de la lesión originaria, tratamiento seguido, antigüedad del traumatismo y de la rigidez, edad del paciente, características constitucionales, etc.

Sin embargo, se pueden trazar unas normas generales de orientación considerando separadamente los medios que se pueden aplicar y resultados que se pueden esperar alcanzar con la fisioterapia, la ergoterapia y la cinesiterapia.

VIII. — En primer lugar hay que poner los medios fisioterápicos que permitan llenar dos objetivos fundamentales: combatir el dolor local y mejorar el estado de los tejidos. Ambos objetivos se pueden llenar con termoterapia, pues el calor provoca, como es sabido, una hiperemia y un efecto analgésico.

Ahora bien, en el caso concreto de la rigidez post-traumática, con manos suculentas, edematosas, conviene tener en cuenta algunas particularidades de los medios más comúnmente empleados.

Las cámaras de Bier, los baños de luz y los infrarrojos actúan sólo sobre los estratos más superficiales, donde están desarrollándose procesos de proliferación fibroplástica. Pueden, pues, dar resultados nulos y aun perjudiciales. Muchos mejores resultados se obtendrán con los ultrasonidos, onda corta y radar-terapia, con dosificación media, sesiones progresivamente crecientes y por ciclos de ocho a diez sesiones.

En caso preciso, a los ocho días, se puede practicar un segundo ciclo. La acción de estos medios es más profunda y la estimulación del aparato circulatorio y reflejamente del metabolismo celular los hacen más eficaces.

También de la electroterapia se pueden esperar buenos resultados, sea usando corrientes rectangulares o exponenciales y hasta con la simple faradización y galvanización. Sobre todo como terapéutica sustitutiva de estímulo en las formas de paresia y parálisis de los nervios periféricos.

IX. — La ergoterapia, comprendida como trabajo con fines terapéuticos y aplicada con un criterio dinámico y funcional, también puede dar resultados brillantes en la recuperación de una mano rígida post-traumática. Se puede emplear ya precozmente y de manera simultánea con la cinesiterapia y fisioterapia.

El lesionado, siguiendo indicación médica y bajo el control del fisioterapeuta, realiza con las manos pequeños trabajos fáciles y sencillos.

Con ellos se pretende actuar sobre el plano psíquico, a la vez que se movilizan las articulaciones de una manera entretenida. El trabajo habrá de ser modificado algunas veces durante el tratamiento para no caer en la rutina y el aburrimiento del lesionado.

X. — Sin embargo, la misión fundamental en la recuperación de la mano rígida queda reservada a la cinesiterapia. Actuando el fisioterapeuta con paciencia e inteligencia, se puede esperar mucho de la movilización pasiva, activa contra resistencia progresiva, etc. También puede usarse el masaje con precauciones.

Es conveniente que los ejercicios se extiendan a todos los segmentos del miembro e incluso al miembro sano, porque concentrando la imagen motora del miembro en su conjunto en una dirección se mejora la contracción neuromuscular.

Los ejercicios a realizar son numerosos y variadísimos. A modo de índice podemos señalar que en el programa de trabajo cinesiterápico de una «mano rígida» hay que incluir cinesias, con las que se puedan llenar los siguientes objetivos:

1. Ejercicios para aumentar la amplitud articular de la muñeca.

a) Actuando sobre los músculos flexores, los músculos extensores, separadamente y luego de manera conjunta.

2. Ejercicios para aumentar la amplitud articular de adducción y de abducción y de circunducción de la mano, actuando sobre los músculos y abductores.

3. Ejercicios para mejorar la amplitud articular de los dedos actuando sobre los flexores, extensores e intrínsecos, tenares e hipotenares de la mano.

XI. — Con un programa de recuperación, bien concebido y bien desarrollado, se puede conseguir muchas veces devolver a una mano rígida un buen grado de función y capacidad laboral.

Los resultados serán tanto más brillantes cuando más precoz sea el tratamiento. Y en el caso de la mano rígida, más que en ningún otro, habrá de cumplirse el precepto fundamental de que ningún movimiento debe producir dolor.

RESUMEN

Se pone de manifiesto la importancia de la mano por su gran jerarquía fisiológica y la gran trascendencia social y económica de la pérdida de sus funciones. Estudia los distintos traumatismos, tan diversos, que puede sufrir la mano y las incapacidades a que puede dar lugar, no sólo por las lesiones en sí, sino por un tratamiento defectuoso.

La mano rígida es una de las peores secuelas, y los tipos de rigidez que pueden presentarse, según las causas que los producen, se pueden clasificar en cuatro grupos, cada uno de los cuales conviene conocer para poder prevenir las considerables consecuencias de la rigidez para la vida futura de quienes las padecen.

La rigidez de la mano, por lo menos en el gran número de casos en que está en nuestra mano evitarla, no debe producirse, dice el doctor Seral. Sin embargo, cuando se produce, hay medios para corregir o al menos disminuir sus desastrosas consecuencias. La fisiocinesiterapia, con sus diversos medios y técnicas, es extraordinariamente útil para la recuperación funcional de la rigidez post-traumática.

Se presentan, finalmente, casos de grandes traumatismos de la mano resueltos sin rigidez y con la máxima recuperación compatible con sus mutilaciones, junto con otros casos de diversas procedencias y con rigideces ya constituídas, en los cuales las recuperaciones funcionales alcanzadas, aunque estimables, nunca son tan completas.

Dirección: Paseo de Colón, 2. Zaragoza.

CLINICA Y LABORATORIO
NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963

LABORATORIO GEVE

UNA ENCUESTA DE ALIMENTACIÓN EN TREINTA Y CUATRO FAMILIAS DE OPERARIAS INDUSTRIALES

POR EL
DR. G. VERGÉS PRINCEP
TORTOSA

HACE algunos meses realizamos en nuestro laboratorio una encuesta sobre alimentación que, vistos los resultados, juzgamos de interés publicar. La razón que nos ha inducido a ello ha sido, fundamentalmente, la casi ausencia de este tipo de encuestas en nuestro país.

En efecto, todos los trabajos sobre el tema (en especial los promovidos por la Escuela de Bromatología, y publicados bajo el epígrafe general de «Estudios sobre la alimentación española») se refieren a encuestas familiares, abarcando varios estamentos sociales de una misma población, para luego deducir estadísticamente la alimentación real de esa población a partir de los datos suministrados por la encuesta [1] a [23]. Y lo mismo se diga, con pequeñas modificaciones, de otros trabajos llevados a cabo por bromatólogos independientes [24] [25]. Un segundo tipo de estudio es el que se refiere a la encuesta directa de grupos homogéneos con alimentación común, tales como internados, cuarteles, conventos, etc. [26] a [29].

Nuestra encuesta, a diferencia de las dos modalidades citadas, se circunscribe a un grupo homogéneo, pero con una alimentación distinta en cada uno de sus miembros. Un grupo homogéneo, porque todos los encuestados pertenecen aproximadamente al mismo nivel económico, trabajan en una misma empresa y visten, habitan y se comportan socialmente de un modo semejante. Este grupo homogéneo (al contrario de lo que ocurre, por ejemplo, en un cuartel) no dispone, sin embargo, de una cocina común. De ahí estimamos el principal interés de la encuesta, que además viene a reflejar en cierta manera la conducta alimenticia de un sector, ciertamente importante, de productores del país. Encuestas de este tipo sólo conocemos otras dos [30] [31].

MATERIAL Y MÉTODOS

De las cuarenta y ocho operarias de nuestro laboratorio (que representan un 76'2 por ciento de todo el personal) fueron eliminadas cuatro por ser hermanas de otras operarias encuestadas. Se entregaron, pues, los cuestionarios a cuarenta y cuatro, de las que contestaron treinta y cuatro. Esto es, respondieron a la encuesta un 53'9 por ciento del personal de la empresa, un 70'8 por ciento del total de operarias y un 77'3 por ciento de aquellas a quienes se entregó el cuestionario. Las treinta y cuatro familias estudiadas comprenden un total de ciento veinte y nueve individuos.

La encuesta se realizó del modo habitual, siguiendo las normas de la F. A. O. y de la Escuela de Bromatología, razón ésta por la que nos permitimos no entrar en detalles ni en pormenorizaciones que resultarían ociosas. Duró una semana: del 4 al 10 de marzo, ambos inclusive, del año actual.

A nadie se obligó a contestar y, en el apartado que hace referencia al nombre del encuestado, se permitió el uso de seudónimos o claves, todo ello con el fin de lograr la máxima y más sincera cooperación y no despertar los naturales recelos que este tipo de cuestionarios siempre suscitan. Contestaron con su verdadero nombre más de la mitad, exactamente un 52'9 por ciento. El empeño en la exactitud de datos fue laudable y enorme por parte de todas, formulando preguntas y solicitando aclaraciones en todo momento. Ni uno solo de los cuestionarios rellenados hubo de ser desechado por estimar en él falsedad o incompetencia.

Ya las encuestas en nuestro poder, se orientó nuestro estudio a la obtención de las cifras de consumo de los doce principios siguientes: prótidos, lípidos, glúcidos, calorías, vitamina A, vitamina B_1, vitamina B_2, nicotinamida, vitamina C, calcio, hierro y fósforo. Para ello nos servimos de las tablas de la Food and Nutrition Board, de los Estados Unidos y, complementariamente, de las publicadas por la ya citada Escuela de Bromatología, de la Universidad de Madrid. Las tablas de desperdicios [24] nos fueron asimismo muy útiles, completándolas nosotros en algunos casos particulares. El número de operaciones realizado puede cifrarse alrededor de quince mil.

RESULTADOS

Los resultados que se expresan *per cápita* y por día (P. C. D. en adelante), se resumen a continuación:

Prótidos: Consumo normal, con una media de 95 g. P. C. D. y con sólo tres familias con niveles ligeramente inferiores a los deseables. Por lo que respecta a la ingestión de proteínas animales, y casi en el terreno de lo anecdótico, es curioso observar la extendida costumbre (hoy día sin ninguna razón de ser, dado el precio de otras carnes) de «comer pollo los domingos». Ese día lo comen, en efecto, nada menos que el 70'6 por ciento de las familias encuestadas. La hipofagia, tradicionalmente mal vista en nuestro país, va ganando, sin embargo, adeptos: un 11'8 por ciento de familias consumen ya carne caballar; fenómeno éste totalmente inconcebible hace unos pocos años. Otro dato notable (recuérdese que la encuesta se realizó del 4 al 10 de marzo, en plena Cuaresma) es que sólo un 11'8 por ciento de familias faltaron a la abstinencia de los viernes.

Lípidos: La media, de 154'8 g. P. C. D., se halla por encima de los requerimientos normales. Contribuye a ello indudablemente el hecho de hallarnos en una comarca con gran tradición aceitera. Conviene, pese a todo, hacer resaltar que son ya bastantes las familias (concretamente un 32'3 por ciento) que, abandonando el uso del aceite de oliva, consumen habitualmente aceites de soja o aceites de mezcla. No hay duda que se trata de una imposición económica más que de una cuestión de gustos.

Glúcidos: En general, se observa un déficit: media de 346'7 g. P. C. D. Desde un punto de vista fisiológico, este déficit viene, empero, ampliamente compensado, y sin duda que de un modo instintivo, por el exceso de lípidos a que antes hemos hecho referencia.

Calorías: Media normal, de 3.168 calorías P. C. D. Sólo seis familias presentan déficit. Las que muestran un exceso calórico en su dieta son todas ellas gran-

des consumidoras de pan. Por lo que se refiere a las calorías proporcionadas por las bebidas alcohólicas, hay que decir que son veintisiete las familias (un 79'4 por ciento) que toman asiduamente vinos o licores.

Vitamina A: Su consumo presenta grandes oscilaciones, tan desviadas de la media normal que hemos renunciado incluso a resumir los resultados en la figura 1. En general, y salvo ocho familias con cifras algo inferiores a los requerimientos mínimos, todos los encuestados consumen cantidades aceptables de esta vitamina y, bastantes de ellos, dosis poco menos que masivas.

Vitamina B^1: Se observa una tendencia deficitaria, con una media de 1'34 mg. P. C. D., todavía dentro de los límites normales.

Vitamina B^2: Puede decirse lo mismo que de la vitamina B^1. Aquí, sin embargo, la media es ya inferior al requerimiento mínimo. Exactamente hallamos un consumo de 1'23 mg. P. C. D.

Nicotinamida: Cifras, en general, normales o que revelan un pequeño exceso, desde luego nada pernicioso. Media de 18'27 mg. P. C. D.

Vitamina C: Un aporte muy grande, en ocasiones hasta del 400 por ciento respecto a los requerimientos normales; razón esta por la que tampoco esta vitamina ha sido incluída en la figura 1.

Calcio: Las treinta y cuatro familias encuestadas son deficitarias en este elemento mineral. La media, de 567'6 mg. P. C. D., llega apenas a la mitad de los requerimientos normales.

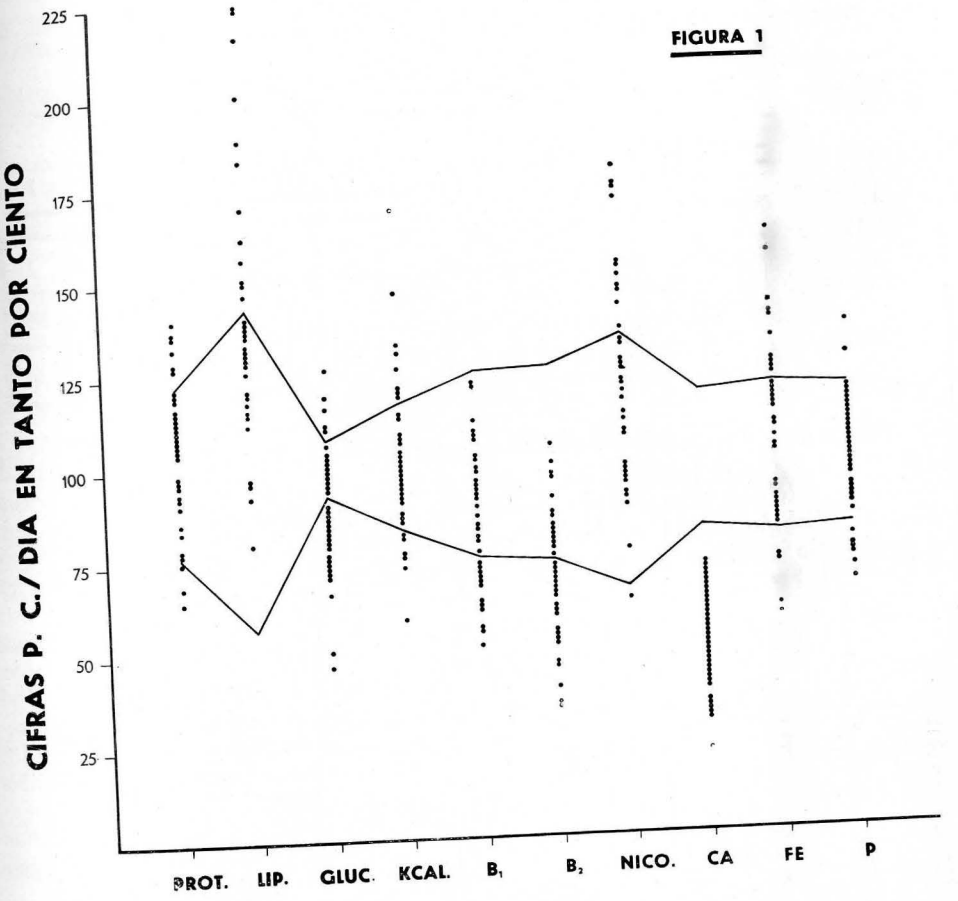
Hierro: Consumo normal, del orden de 16 mg. P. C. D., existiendo únicamente cuatro familias con un déficit no muy acusado.

Fósforo: Consumo igualmente normal, con una media de 1.466 mg. P. C. D., y sólo seis familias con ligero déficit. El hecho, sin embargo, de que el aporte de calcio sea tan deficiente, trae como consecuencia el que la relación Ca/P, que debe oscilar alrededor de 1'3, tan sólo alcance la menguada cifra de 0'39.

Como ya adelantamos líneas atrás, en la figura 1 se resumen todos los datos de la encuesta, reducidos a tantos por ciento, con el fin de poder ser incluídos en un mismo gráfico. Las dos líneas quebradas que aparecen de izquierda a derecha y que presentan simetría enantiomorfa respecto al plano imaginario que se desliza entre ellas pasando por el 100, delimitan los resultados considerados como normales, figurando los resultados excesivos y deficitarios por encima y por debajo, respectivamente, de la zona comprendida por ambas líneas. Se han considerado como límites normales los siguientes. Para los prótidos: 70-110 g.; para los lípidos: 60-150 g.; para los glúcidos: 360-420 g.; para las calorías: 2.600-3.600; para la vitamina A: 2.000-5.000 U. I.; para la vitamina B_1: 1'2-2 mg.; para la vitamina B_2: 1'3-2'2 mg.; para la nicotinamida: 10-20 mg.; para la vitamina C: 50-85 mg.; para el calcio: 900-1.300 mg.; para el hierro: 12-18 mg.; para el fósforo: 1.200-1.750 mg. En todos los casos se sobreentiende por individuo y día (P. C. D.).

Discusión

Los resultados de nuestra encuesta guardan una notable similitud con los de las restantes encuestas efectuadas en el país. Sobre todo, llama la atención la unánime y acusadísima deficiencia de calcio (el 100 por ciento de las familias en nuestro caso), dato que se repite insistentemente en toda la literatura bromatológica. Para no alargarnos en exceso, baste aludir a las encuestas por poblaciones



a que al principio de este trabajo nos referíamos [1 a 23]. Las familias deficitarias en calcio se asegura ser nada menos que 47 por ciento [1], 97'5 por ciento [2], 82 por ciento [3], 75'5 por ciento [4], 92'5 por ciento [5], 93'6 por ciento [6], 87'5 por ciento [7], 67'5 por ciento [8], 97'5 por ciento [9], 97'5 por ciento [10], 32'5 por ciento [11], 74'4 por ciento [12], 100 por ciento [13], 90 por ciento [14], 75 por ciento [15], 95 por ciento [16], 97'5 por ciento [17], 80 por ciento [18], 85 por ciento [19], 70'4 por ciento [20], 97'5 por ciento [21], 97'5 por ciento [22], 87 por ciento [23]. Indiscutiblemente esto debe remediarse, bien con una alimentación más racional, bien con el aporte de suplementos dietéticos adecuados, y muy en especial en la edad infantil y en la mujer durante el embarazo y la lactancia.

Otro dato que llama la atención en nuestra encuesta es el gran consumo de vitaminas A y C por parte de numerosas familias. La razón de ello habrá que buscarla tal vez en la época del año en que la encuesta se efectuó: una época rica en hortalizas y en agrios, portadores de tales vitaminas. Ambos resultados, si se comparan con los de las demás estadísticas [1 a 31], sorprenden por infrecuentes.

De los restantes principios analizados son mayoría, como se esquematiza en la figura 2, las familias que se hallan dentro de los límites normales. Hay que

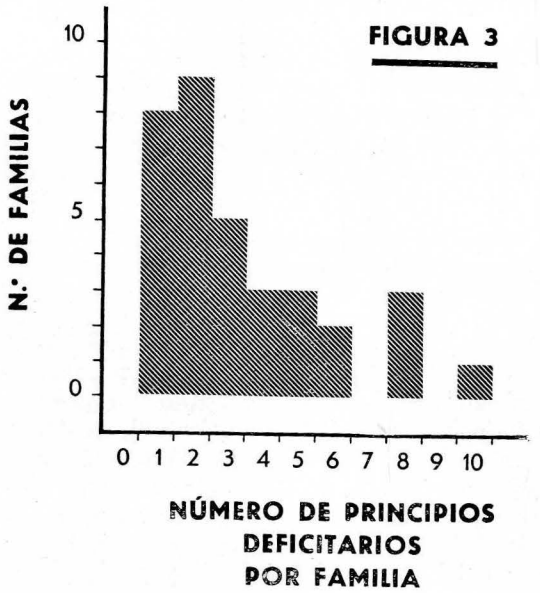
señalar únicamente una cierta deficiencia de vitamina B_2 y de glúcidos; esta última compensada, según ya comentamos, por un mayor aporte de lípidos.

FIGURA 2

	PROT.	LIP.	GLUC.	KCAL.	A	B_1	B_2	NICO.	C	CA	FE	P
EXCESO...	6	13	5	8	17	0	0	11	32	0	10	2
NORMAL...	25	21	10	20	9	22	14	22	1	0	20	26
DÉFICIT...	3	0	19	6	8	12	20	1	1	34	4	6

En general, y a modo de resumen, puede concluirse que el nivel nutricio de las treinta y cuatro familias encuestadas es bastante aceptable. Las cifras de consumo de prótidos, por ejemplo, hablan de una economía, si no ostentosa, nada precaria. Sabido es que en las comunidades humanas de bajo nivel de vida, la ingestión de prótidos aparece siempre reducida a la mínima expresión. Ello no significa, sin embargo, que este estado de nutrición, que hemos calificado de bastante aceptable, sea completamente racional ni el más conveniente. Está claro, según se expresa en la figura 3, que son bastantes las familias que presentan demasiadas carencias en su dieta, y seis de ellas —esto es importante— adolecen de un déficit calórico.

FIGURA 3



Es evidente que un estudio individual de los datos proporcionados por cada cuestionario y una mayor atención de todos hacia este tipo de problemas, podría muy bien remediar (y ello sin necesidad de aumentar los dispendios familiares) muchas de las anomalías observadas.

RESUMEN

Por el sistema de encuesta directa ha sido realizado un estudio del nivel nutricio de treinta y cuatro familias de operarias industriales. Se analiza el aporte de prótidos, lípidos, glúcidos, calorías, vitamina A, vitamina B_1, vitamina B_2, nicotinamida, vitamina C, calcio, hierro y fósforo de cada una de las dietas. Los resultados obtenidos se comentan ampliamente, destacándose la carencia unánime de calcio, que concuerda de modo significativo con los datos de las restantes encuestas sobre alimentación llevadas a cabo en el país.

BIBLIOGRAFIA

1. TORRE, J. A.—«Encuesta de la población del Pirineo Occidental (Zona Alpina).» *An. Bromatol.*, 10, 253. 1958.
2. CALDERÓN, J.—«Encuesta de la ciudad de Castellón de la Plana.» *An. Bromatol.*, 10, 271. 1958.
3. LOYOLA FEREA, L. D.—«Encuesta de la población de Miranda de Ebro (Burgos).» *An. Bromatol.*, 10, 281. 1958.
4. HERNÁNDEZ LÓPEZ, M.—«Encuesta de la población de Villanueva del Aceral (Avila).» *An. Bromatol.*, 10, 303. 1958.
5. REBOLLO, F.—«Encuesta de una comarca zamorana.» *An. Bromatol.*, 10. 325. 1958.
6. ARCAS, J., y FUNES, E.—«Encuesta de la población de Lorca (Murcia).» *An. Bromatol.*, 10, 345. 1958.
7. AUMENTE, E.—«Encuesta de la población de Córdoba (capital).» *An. Bromatol.*, 10. 373. 1958.
8. VALENCIA, B. E.—«Encuesta de la ciudad de Pamplona.» *An. Bromatol.*, 10, 385. 1958.
9. ALCALÁ, J. «Encuesta de la población de Baena (Córdoba).» *An. Bromatol.*, 10, 394. 1958.
10. FERNÁNDEZ ANDÚES, P. «Encuesta de la población de Alfaro (Rioja Baja).» *An. Bromatol.*, 10, 409. 1958.
11. VARELA, F. C.—«Encuesta de la población del valle del Landro (Lugo).» *An. Bromatol.*, 10, 423. 1958.
12. GONZÁLEZ PÉREZ, M. R.; CASTELL, M. E., y ESPINOSA, J.—«Hábitos alimenticios de la población de Madrid (capital).» *An. Bromatol.*, 11. 407. 1959.
13. FLÓREZ VIDAL, C.—«Encuesta de la población de Villarín de Campos (Zamora).» *An. Bromatol.*, 12, 127. 1960.
14. ALONSO ARANGUENA. P.—«Encuesta de la población de Langa del Castillo (Zaragoza).» *An. Bromatol.*, 12, 139. 1960.
15. GARCÍA ONCINS, M.—«Encuesta de la población en un valle del Pirineo Aragonés.» *An. Bromatol.*, 12, 153. 1960.
16. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, M.—«Encuesta de la población de Cádiz (capital).» *An. Bromatol.*, 12, 163. 1960.
17. DELGADO GARCÍA. J. A.—«Encuesta de la localidad de Caravaca (Murcia).» *An. Bromatol.*, 12, 175. 1960.
18. COMAS FONT. M.—«Encuesta realizada en la población de Tarrasa (Barcelona).» *An. Bromatol.*, 12, 185. 1960.
19. BENAVENT SEGUÍ, M.—«Encuesta directa familiar de la alimentación en Villanueva y Geltrú (Barcelona).» *An. Bromatol.*, 12, 195. 1960.
20. BOCANEGRA MOREGÓ, M. C.; CALLIZO BUISÁN, A.; GARCÍA DE LEÓN, J.; GARCÍA PERAITA, P.; PERALES PASCUAL, F.; VILA PRAT, M.. y ZARRANZ MAIRATA, M.—«Encuesta directa familiar de la población de Barcelona.» *An. Bromatol.*, 12, 209. 1960.
21. WILKE, C.—«Encuesta de la población de Huelva.» *An. Bromatol.*, 12, 227. 1960.
22. RAMOS, F.—«Encuesta de la población de Villamesías (Cáceres).» *An. Bromatol.*, 13, 139. 1961.
23. CASTELLANOS, A.—«Encuesta de la población de Burgos (capital).» *An. Bromatol.*, 13, 183. 1961.
24. CAVAYÉ HAZEN, E.—«Estudio bioquímico de la alimentación en Santander (capital).» *An. Casa Salud Valdecilla*, 12, 359. 1951.
25. CID LÓPEZ, R. «La alimentación en el medio rural.» *Gaceta Méd. Esp.*, 37, 61. 1963.
26. JIMÉNEZ JIMENO, M. «La alimentación del personal de una base naval.» *An. Bromatol.*, 10, 195. 1958.
27. GÓMEZ ROYO, P.—«La alimentación en la Universidad Laboral de Sevilla.» *An. Bromatol.*, 10, 213. 1958.
28. ABAD, M.—«Alimentación de tropas de montaña.» *An. Bromatol.*, 14, 103. 1962.
29. GONZALO BILBAO, F.—«Un estudio sobre la dieta de varias colectividades.» *Farm. Nueva*, 26, 331. 1961.
30. PALACIOS MATEOS, J. M.; RAMOS, F.; TRIGUEROS, F.; PATO, I., y VIVANCO, F.—«Sobre el estado de nutrición de la población escolar de Madrid.» *Rev. Clín. Esp.*, 78, 248. 1960.
31. PALACIOS MATEOS, J. M.; RAMOS, F.; PATO, I., y VIVANCO, F.—«Sobre el estado de nutrición de la población escolar de Madrid.» *Rev. Clín. Esp.*, 79, 395. 1960.

Dirección: Rosa, 3. Tortosa.

CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963

EVOLUCIÓN Y BOSQUEJO DE LA OBSTETRICIA EN LOS CINCUENTA ÚLTIMOS AÑOS

POR EL

DR. JOSÉ SANCHO CASTELLANO

ZARAGOZA

HACE aproximadamente cincuenta años que estudié la Obstetricia en esta Facultad de Medicina. Fue mi profesor D. CRISTINO MUÑOZ, de grata memoria. D. CRISTINO, hombre serio, de genio vivo, matizado con un don de gentes exquisito, era querido y respetado. Enseñaba la Obstetricia de manera magistral; su explicación era tan clara, tan amena y exacta que forzosamente teníamos sus alumnos que encariñarnos con la asignatura. Sean estas palabras de recuerdo y gratitud a mi primer maestro.

Hacia la mitad de ese período de cincuenta años, sucedió un hecho trascendental, dentro de la Medicina. Este hecho fue el descubrimiento de la sulfamida, seguido de cerca de la penicilina, de la estreptomicina y de una larga lista de otros antibióticos de más amplio espectro, lista que aún continúa aumentando en nuestros días.

Para la Obstetricia fue el descubrimiento de los antibióticos suceso verdaderamente trascendental; fue como pasar de la noche al día. El tocólogo se debatía hasta entonces con el pavoroso problema de la infección puerperal, de la que eran víctimas el 50 por ciento, aproximadamente, de las parturientas que sucumbían como consecuencia del parto. El peligro de la infección, por otra parte, limitaba el campo de aplicación de técnicas operatorias, ya existentes y bien conocidas, para el tratamiento de los casos distócicos. El ejercicio de la Tocología, entonces, era muy ingrato, de constante zozobra, pues en cuanto el parto se prolongaba más de la cuenta, o bien una distocia se presentaba, el pronóstico, tanto de la madre como el del feto, según el período en que se encontrase el parto, se ensombrecía notablemente ante la carencia de medios para combatir la infección. A pesar de la gran cantidad de tiempo dedicado al estudio de la infección puerperal, y de la lucha verdaderamente enorme que se había realizado hasta el descubrimiento de las sulfamidas, el avance en los resultados era lentísimo; la razón estaba en

Trabajo leído en la Sociedad Ginecológica Española (Sección del Ebro), en la sesión celebrada el día 29 de noviembre de 1962, en la que se rindió por sus compañeros de especialidad un afectuoso homenaje de simpatía al doctor Sancho Castellano, con motivo de su jubilación oficial.

la innata dificultad del problema; el proceso de la infección y el de la defensa orgánica eran conocidos desde hacía tiempo, pero caían fuera de nuestro dominio las infecciones generalizadas de la sangre. No se podía formar un juicio exacto sobre el valor de los diversos métodos puestos en práctica, debido a su gran multiplicidad y al empleo conjunto y combinado de varios de ellos en cada enfermo. El resultado de esta manera de proceder se reducía a coleccionar poco más que impresiones, recogidas por cada observador, que podrían ser idénticas o distintas de aquellas obtenidas por otros observadores, igualmente cuidadosos y exactos. Las dificultades para precisar el efecto de un tratamiento se acrecientan en esta enfermedad por su carácter, al parecer veleidoso, que nos es conocido: enfermos, gravemente afectados, que se curaban con escaso o ningún tratamiento al que se le pudiese atribuir un valor terapéutico directo, se enfrentaban con otros casos, aparentemente idénticos, que empeoraban progresivamente y morían, a pesar de haber puesto a contribución todos los recursos terapéuticos a nuestro alcance. La experiencia clínica prolongada nos descorazonaba y nos hacía pensar que los enfermos se curaban o se morían, cualquiera que fuese el tratamiento adoptado, y que la marcha del proceso caía fuera de nuestro campo de acción. Las máximas ventajas se obtenían con el meior cuidado de las enfermas y el simple tratamiento médico; tratando de exaltar las resistencias orgánicas y facilitando el drenaje del útero mediante la colocación de la parturienta en la cama, con el tronco levantado, en lugar de permanecer horizontal. Como ejemplo y aclaración de la multiplicidad de los métodos terapéuticos empleados, les diré que en un trabajo de recopilación publicado en 1930 sobre una serie de doscientos cuarenta y nueve casos de infección puerperal, se encontró que se habían empleado nada menos que sesenta métodos distintos, solos o combinados. Esto hizo imposible tratar de analizar los resultados obtenidos con cada uno de ellos. Algunos de los métodos aplicados fueron: tratamiento médico general, irrigaciones, suero antiestreptocócico, vacunoterapia, con preparados comerciales y vacunas autógenas, yodo coloidal, plata coloidal, transfusión sanguínea, inmunotransfusión, suero fisiológico, bicarbonato sódico, por vía rectal e intravenosa, filacógeno, suero antidiftérico y anticolibacilar, eusol intravenoso, irrigaciones intrauterinas con violeta de metilo y verde brillante, inyecciones intravenosas de mercuriosol, de bicloruro de mercurio, de flavina, de quinina, de ácido fénico, de salvarsán, de carbón coloidal, etc. El origen uterino de la inmensa mayoría de los casos de infección puerperal, dirigió, naturalmente, la atención sobre el útero como punto de aplicación del tratamiento. Estableciéndose con este motivo una variedad de opiniones que fueron desde la histerectomía total y la ligadura de las venas pelvianas hasta el abandono absoluto de todo tratamiento local.

Por cierto, que mi primera actuación como tocólogo, recién terminada la carrera, fue un caso gravísimo de infección puerperal.

Cierto día fui llamado para asistir a una puerpera, que había dado a luz en su domicilio el día anterior, asistida por una comadrona; era una gran multípara y todos sus partos habían sido normales. Se levantó de la cama para hacer de vientre en el orinal, y al oír los familiares un ruido grande, de algo que se caía en la habitación de la enferma, acudieron y se la encontraron tendida en el suelo, sin conocimiento. Cuando yo llegué estaba en estado de schok. Con el útero invertido entre los muslos, sangrante y embadurnado de excremento, se lavó el útero con suero fisiológico estéril, se redujo la inversión uterina y se taponó la vagina con gasa yodofórmica, se ordenó la medicación adecuada para combatir el estado

de schok, ergotina para estimular la contracción uterina e inyecciones de suero antiestreptocócico y transfusión de sangre directa. A los dos días la enferma estaba con fiebre elevada, escalofríos intensos, y cuando ya parecía que iba algo mejor, al octavo día, nueva elevación de la temperatura y acusado dolor en la pantorrilla: se había declarado una tromboflebitis séptica; se le inmovilizaron los miembros y se continuó el tratamiento reforzándolo con plata coloidal en inyección intravenosa. El estado general se mantenía bastante regular. Cinco días más tarde, me llamaron urgentemente diciendo que la enferma se moría; súbitamente se le había presentado una disnea que la ahogaba, el pulso era filiforme, incontable; se había puesto en circulación un trombo séptico que al pasar por el corazón a la circulación pulmonar había provocado esa crisis alarmante; pronto se comprobó que se había desarrollado en la base de uno de los pulmones un foco séptico con opacidad manifiesta. Con oxígeno y tónicos cardíacos la enferma salió de ese trance agudo y terminó curándose, sin más incidentes.

Con luchas como estas nos veíamos los tocólogos frecuentemente, hasta que apareció la sulfamida, principio de la gloriosa era de los antibióticos.

Recuerdo, entre las varias sulfamidas que aparecieron al principio, el Prontosil, que junto con el Albucid fueron las más destacadas por sus efectos, por lo menos a nuestro parecer; su acción en los casos infectados nos parecía de maravilla. Esas sulfamidas eran más tóxicas que las actuales, pero de eficacia, por lo menos, tan buena. También recuerdo, con emoción, el sorprendente resultado logrado con las primeras penicilinas: eran un polvo de color ambarino, que teníamos que conservar y transportar en hielo; la inyección había que ponerla cada tres horas. Las peripecias para conseguirla cuando actuaba en la Maternidad, eran estas: Había que ponerse de acuerdo con empleados de la Renfe para que la trajesen de Madrid, único sitio donde se podía adquirir, y salir los familiares a la llegada del tren para recogerla. La acción de aquella penicilina era brillantísima, quizá en parte debida a que actuaba sobre gérmenes vírgenes, que todavía no habían pasado a la penicilino-resistencia.

Pasemos ahora a hacer un rápido bosquejo de la tocología de entonces y de la tocología de hoy. Entendamos por entonces el período anterior a la aparición de las sulfamidas, y por hoy, al período posterior, y veamos cómo se procedía entonces y cómo hoy, en las principales distocias, cómo fue el desarrollo del verdadero avance técnico de la obstetricia y qué hay de aprovechable, de lo practicado entonces, para aplicarlo hoy.

La estrechez pélvica, o mejor dicho, la desproporción pélvico-cefálica, ha constituído siempre el principal tema obstétrico.

La gran mortandad materna y fetal, cuando el basiotribo estaba constantemente en el esterilizador, espolearon a los tocólogos a buscar una solución; de aquí surgieron los trabajos encaminados a lograr el conocimiento de la desproporción, antes de que el parto se presentase, para practicar la cesárea en limpio, que, al propio tiempo que salvase al feto, salvase también a la madre. Se sabía que si el parto estaba ya comenzado, con más de dos horas de duración, y la bolsa rota, la cesárea era muy peligrosa; cesárea que en aquellos tiempos era la clásica o corporal, pues la peritonitis era casi segura. De ahí los intentos de buscar en los rayos X la solución al problema, tratando de que la radiografía de la pelvis y de la cabeza fetal nos diese una orientación segura. Si bien sobre la pelvis se pudo llegar a obtener, con la paciente bien colocada, medidas bastantes aproximadas a la realidad, sobre la cabeza fetal el problema fue más difícil y no

se pudo dar una impresión tan favorable. Resultado, que ni entonces ni ahora, por este medio, se pudo llegar a nada práctico. Con fines operatorios, no ha podido decirle el radiólogo nada útil, sobre este punto, al tocólogo experimentado. Al propio tiempo, otra tentativa fue hecha tratando de mejorar la técnica de la cesárea. Cuando yo me licencié en 1915, la cesárea clásica estaba ya en franca decadencia; la falta de protección de la herida uterina por peritoneo tenía como consecuencia que, si se infectaba, la peritonitis era inevitable, y aun cuando no hubiera infección aparente era frecuente origen de adherencias intestinales. A este fin se encaminaron los estudios de SELLHEIM, LATZKO, FRANK, DODERLEIN y KUSTNER para llegar al útero por vía extraperitoneal; los resultados fueron muy buenos. No obstante, la difusión de esta operación fue escasa por la dificultad de su técnica. Practicando esta operación, involuntariamente se demostró que el asiento de la herida uterina en el segmento inferior y el ser luego recubierta por el peritoneo vesical despegado, era la causa del éxito, al lograrse idénticos resultados en los casos en que se rompía el peritoneo al despegarlo, haciéndose la operación, sin pretenderlo, transperitoneal. En esta época, y para prevenir la infección en la cesárea intraperitoneal, SELLHEIM y VEIT hacían un cierre provisional entre el campo operatorio y la cavidad abdominal, suturando los bordes de la plica vesical con el peritoneo parietal. Al hacerse ya la operación con éxito por vía transperitoneal, que es la misma que hacemos hoy, la cesárea se extendió en su uso. A partir de esta época y a falta de una orientación firme y experimental, nació la inclinación a operar por este método, sin restricciones, basándose en un grupo amplísimo de indicaciones más o menos razonables. Así la práctica de la cesárea estaba en muchos casos en proporción inversa con el grado de cultura obstétrica y habilidad del tocólogo. Esta euforia duró hasta que la experiencia personal del operador y los resultados lejanos en la operación (roturas del útero) contribuyeron a enfriar el entusiasmo hacia lo que parecía, para muchos, resolver rápida y fácilmente la mayoría de las distocias. Y es que a pesar del avance técnico, la falta de medios para combatir la infección, frenaba la práctica de la cesárea, salvo en los casos puros o limpios.

Para poner de manifiesto cuán diferente era entonces el resultado de la operación cesárea sobre la madre, según se hiciera en casos limpios o dudosos, daré la estadística publicada por los tocólogos ingleses KERR y HEIDEN, publicada en el «Surgery Gynecol. and Obstetrics» en 1926, hace, por lo tanto, treinta y seis años, y que es la siguiente:

Cesáreas limpias, ochenta y dos. Mortalidad materna, cero.

Casos dudosos, veinticinco. Mortalidad materna, dieciséis; más del 50 por ciento.

La cesárea que practicaban estos autores es exactamente idéntica a la que hoy practicamos, con incisión uterina transversal en el segmento inferior.

Para los casos impuros quedaban las operaciones simplificadoras de la pelvis, o sea, la pubiotomía de DODERLEIN, o la de BUMM, la que combina ambos métodos de MENGME, o bien la sinfisiotomía de ZÁRATE. En la clínica de DODERLEIN la vi practicar varias veces, y al venir a España también la vi en esta Facultad de Medicina, donde estuve a las órdenes del doctor RECASENS como ayudante de clases prácticas. El principal inconveniente de estas operaciones estaba en la limitación de su campo, sólo aplicable para las estrecheces moderadas que no requisieran más de un centímetro de amplitud en su conjugado verdadero. Estando su práctica ligada a traumatismos en la uretra, a hemorragias en la región del clítoris y a se-

cuelas en la deambulación. El fórceps en su aplicación alta era frecuentemente aplicado, bien con el Kieland ideado expresamente para este fin, o de fórceps como el Tarnier, muchas veces terminados con perforación de la cabeza fetal.

La mortandad materna y fetal era grande, por infecciones, hemorragias y traumatismos uterinos.

La Ginecología se enriquecía con secuelas procedentes de estas técnicas, destacándose entre ellas la de las fístulas vésico-vaginales, y si no que lo diga mi querido amigo ANTONIO RAMÓN, que en el tratamiento de esta secuela se hizo un verdadero especialista. También se recomendó la práctica de la recepción del promontorio o del pubis, cosa que no encontró mayor difusión. En los casos de estrechez ligera, prestaba alguna ayuda la posición de la parturienta con la colocación péndula de VALCHER. También se recomendaba la práctica del parto prematuro.

El tratamiento de la pelvis estrecha, hoy día ha quedado reducida a lo que resulta de un parto de prueba, bien controlado por persona competente, y a la práctica de la cesárea abdominal en el segmento inferior, caso de que la cabeza no encaje y evolucione de una manera anormal, o que se acuse peligro para la vida del feto; esto es en líneas generales el tratamiento de hoy, anhelado desde hace cuarenta años. La técnica de la cesárea de entonces y de hoy no ha variado más que en pequeños detalles, que son: en vez de ser vertical la incisión uterina, como se hacía en el año 1920, se hace transversal sobre el útero, aun cuando esta variación no es de hoy, pues hace ya treinta y seis años que ya se verificó esta modificación por KERR, y que no es esencial lo demuestra el que aún hoy hay quien hace la incisión longitudinal. Las mismas, entonces y hoy, son también las dificultades para extraer la cabeza del feto, bastante engorrosa a veces, auxiliándose bien con las manos, solas o combinadas con una rama del fórceps, o con la aplicación del fórceps completo. La formidable disminución en las estadísticas, tanto de muertes maternas como fetales, mediante la práctica de la cesárea, no se debe atribuir a avances de técnica operatoria de nuestros días, sino al haber podido contar el tocólogo con un arsenal de antibióticos completísimo y disponer de mejores anestesias y anestesistas recuperadores competentes, y en poder disponer en todo momento de abundantes bancos de sangre. El avance técnico se dio hace cerca de cincuenta años, al lograrse la cesárea intraperitoneal baja, que deja a la herida uterina aislada de la cavidad abdominal.

Los resultados conseguidos, unido a su fácil ejecución, han hecho que su difusión sea extraordinaria. Actualmente, quizá demasiado. Hoy ya no es lo mismo que hace cuarenta años, en que el entusiasmo operativo se vio frenado por la carencia de medios para combatir la infección, pero tampoco es para justificar su empleo indiscriminado, donde quizá no hiciese falta el practicarla, pues para hacer una cesárea no es preciso ser tocólogo; esta operación la puede hacer cualquier médico con mediano hábito quirúrgico; lo esencial es saber cuándo está indicado hacerla, y para esto sí que es preciso ser tocólogo. Y como tocólogos tenemos que actuar.

Veamos ahora cuál era el procedimiento a seguir en las hemorragias anteriores al parto: Sobre la placenta previa, os voy a copiar la traducción exacta de lo que dice STÖCKEL en la segunda edición en alemán de su obra de Obstetrica, en 1923, hace casi cuarenta años: «Ingresar, a toda mujer afecta de placenta previa, en clínica a la primera hemorragia, para tenerla en observación y permitir, mediante el reposo absoluto en cama, que el embarazo llegue todo lo más

próximo a su término. Si se presenta una hemorragia intensa, o se presentan dolores, se interrumpe el tratamiento expectante y se lleva a la parturienta al quirófano, y una vez allí, y con todo preparado para hacer una cesárea, se hace un reconocimiento vaginal. Si existiese una placenta lateral o marginal de pequeño grado, y hubiese presentación cefálica, entonces se romperán las membranas y se administra pituitrina. En todos los otros casos, en los cuales, hasta ahora, se venía practicando la versión o el neutreurinter, se terminará el parto mediante la cesárea cervical, en tanto que la madre no esté ostensiblemente infectada, y el feto sea viable y esté vivo. En caso de feto muerto y de manifestar infección, hágasele dar a luz, todo lo más rápidamente posible, por vía vaginal, si el cuello interno está insuficientemente dilatado se hace mediante la histerotomía anterior con versión, cogiendo un pie y perforando la cabeza última. Además se tendrá en cuenta el grado de la anemia existente; mientras más intensa sea, tanto más debe ser el medio de parir ahorrativo en sangre, y con ello es dada la indicación de que sea la cesárea el medio a elegir. En mujeres completamente exangües, da la cesárea, naturalmente, un pronóstico dudoso o pesimista. Especialmente difícil es la situación cuando el asiento de la placenta es cervical. La hemostasia sólo se logra mediante ligaduras de los vasos placentarios, poniendo visible el cérvix mediante valvas. En la placenta cervical acreta, es siempre necesaria la cesárea con extirpación del útero». ¿Verdad que este proceder podía ser aceptado hoy día en todas sus partes? ¿Por qué a pesar de ser este consejo procedente de persona tan destacada y tan mundialmente conocida a través de su obra, se siguieron aplicando los metreurinter y practicando versiones de BRAXTON HIS, que ocasionaban el 60 ó el 70 por ciento de la mortandad infantil?

Cuando STÖCKEL escribió esto en 1923, estaba en su apogeo la euforia operatoria ante los avances técnicos de la cesárea, y ya hemos visto cómo llegó la desilusión y por qué causas; por este motivo el deseo de STÖCKEL no se pudo difundir hasta años más tarde, cuando aparecieron los antibióticos, y pasaron los balones de CHAMPERTIER a hacerle compañía al basiotribo, al perforador, dilatador, etc.

DODERLEIN, creador con LASTZKO de una de las técnicas de cesárea extraperitoneal, fue de los últimos en aceptar la cesárea intraperitoneal baja y a aplicarla a la placenta previa. Por eso, y por creer que toda placenta previa ingresada en la clínica era sospechosa de estar infectada, sólo empleaba la cesárea vaginal en los casos de placenta previa. Fue esta la operación tocológica que más frecuentemente le vi hacer en el año 1922, en su clínica de Munich.

En los casos en que estaba indicada la punción de las membranas, resultaba ventajoso el vendaje comprensivo del vientre y la tracción del cuero cabelludo con la pinza de GAUSS o de WILLETT, que fue el que la dio a conocer en 1925.

Mi amigo ANTONIO RAMÓN y yo nos interesamos por esta pinza, que la vimos diseñada en un libro, y al no encontrarla en el mercado, la encargamos que la hiciese un mecánico del Arrabal, que por cierto la hizo bastante bien. Tanto en la Facultad de Medicina como más tarde en la Maternidad le dimos bastante uso; tenía el inconveniente de producir traumatismo en el cuero cabelludo, que algunas veces se infectaba.

Está fuera de duda, cuando el parto es por su vía natural en la placenta previa, que lo mejor para la enferma, antes y hoy, es un parto lento, con la menor intervención posible, después de que se haya hecho lo preciso para detener la hemorragia, y, por consiguiente, toda tracción debe ser muy suave, para que se verifique la dilatación sin desgarro del cuello.

Sobre el taponamiento vaginal en la placenta previa, hubo discrepancias profundas entre los que, como STÖCKEL, que lo rechazaba como método peligroso, y los que, como HASTING-TREDY, de la escuela inglesa, lo consideraba como método muy práctico y sobre todo indicadísimo en las mujeres intensamente anemiadas, con el fin de impedir nuevas pérdidas de sangre y entretanto recuperar a la enferma, para que se le pudiese aplicar el tratamiento operatorio.

Según mi opinión, hoy este procedimiento se debe aplicar en estos casos y además para hacer el traslado de una mujer sangrante desde largas distancias con hemorragia intensa. El peligro que antes se le atribuía de favorecer la infección, hoy, con el uso de los antibióticos, queda contrarrestado, y más si se tiene en cuenta que el operar a una mujer en schok por una intensa hemorragia, lleva muchísimo más riesgo. El taponamiento, para ser eficaz, tiene que ser practicado correctamente bajo anestesia, y la enferma colocada de forma que se pueda maniobrar cómodamente y con buena iluminación; las membranas deben de estar rotas, y de no estarlo se rompen. El taponamiento debe ser colocado bien prieto, empezando por llenar los fondos de saco vaginales, y sucesivamente toda la vagina hasta la vulva. Una vez hecho esto, colocar un vendaje en forma de T y otro comprensivo de vientre.

WINTER fue el primero que en 1855 prestó atención a la existencia de albuminuria en los casos de desprendimiento prematuro de la placenta. Desde entonces se ha llegado gradualmente a aceptar que a menudo el desprendimiento placentario no es más que un síntoma o consecuencia de una afección orgánica, que también produce otros trastornos en diferentes partes del cuerpo.

En 1921 publicó GORDON LEY un trabajo de conjunto, aportando nuevos argumentos en favor de la naturaleza toxémica de esta complicación. Vemos con esto que sobre la patogenia de esta complicación tocológica no es de nuestros días su conocimiento.

Lo mismo ha pasado con su terapéutica. Como regla general, la conducta era entonces que si había dolores de parto, los mejores resultados se obtenían con un tratamiento conservador, que consistía en ruptura de las membranas y el taponamiento vaginal. Corrientemente la enferma, además de anemiada, padece una toxicosis gravídica y está en peores condiciones para resistir la cesárea que en un caso de placenta previa, en que las pérdidas de sangre hubieran sido idénticas. Además, la existencia de dolores demuestra que el útero es capaz de contraerse y, por tanto, de cohibir la hemorragia espontáneamente. El problema es mucho más difícil cuando se trata de hemorragias uterinas internas, porque el útero puede quedar paralizado y es incapaz de contraerse, lo cual permite que la sangre siga rezumando dentro de su cavidad.

Operar inmediatamente a estas enfermas, en tal estado de anemia y de schok, era ir casi seguramente al encuentro del desastre, y se creía firmemente, entonces, que la cesárea sólo tenía un lugar en el tratamiento, después de que hubiera desaparecido el schok con el oportuno tratamiento general, en el cual está incluído un apretado taponamiento vaginal, la fuerte comprensión abdominal mediante vendaje y la administración de opio o morfina. Desaparecido el schok, puede practicarse la cesárea, sobre todo si el útero sigue sin contraerse. Si entretanto han comenzado los dolores de parto, es probable que su terminación por vías naturales ofrezca menos peligro que la intervención abdominal.

No estaba entonces, ni está aún hoy, aclarada la naturaleza de la eclampsia, la enfermedad de las teorías. Desde luego, su causa última siempre se ha estimado

esté en el embarazo, y teóricamente pensando puede parecer *a priori* que los mejores resultados, por consiguiente, deberían obtenerse poniendo fin al embarazo con la mayor rapidez posible. Sin embargo, la terapéutica basada en esos conceptos elementales no ha permitido obtener, ni entonces ni hoy, resultados satisfactorios.

Como no existe un tratamiento etiológico de la eclampsia (aparte la eliminación del feto), todo depende: 1.º de la profilaxis de la eclampsia; 2.º del reconocimiento precoz de los síntomas eclámpsicos, y 3.º de la valoración justa de los primeros síntomas premonitores.

Ya desde las primeras eclampsias tratadas por medio de la cesárea, hace más de treinta años, se pudo ver que la cesárea no era tratamiento adecuado, por cuanto que la estadística acusaba mayor mortalidad en las madres tratadas de este modo. En consecuencia, fue ganando terreno, cada vez más, el tratamiento médico o conservador, con el menor intervencionismo posible, tratando de que el parto fuese por vía vaginal, y aprovechando, si la dilatación lo permitía, acelerarlo con el fórceps o la versión. El tratamiento conservador de entonces era el método de STROGANOFF, que desde luego daba, estando bien practicado, buenos resultados. Frecuentemente se asociaba a este tratamiento la práctica de la sangría, muy en boga en aquel tiempo.

Hoy, en general, se admite la práctica de la cesárea en la eclampsia, pero nunca sin antes haber practicado el tratamiento medicamentoso con el cóctel lítico endovenoso de largactil, que corrientemente basta; y estando a la espectativa de que, si el estado de la eclámptica no sólo no mejora, sino que empeora o se presentan nuevos ataques, se termine el parto por vía vaginal o por cesárea abdominal. La sangría ya no se practica, pues para rebajar la tensión arterial disponemos hoy de mejores medios, lo mismo que para estimular una pérdida abundante de líquidos. El cóctel lítico endovenoso con largactil ha sustituído al método de STROGANOFF, aventajándole en eficacia y comodidad de empleo.

Refirámonos rápidamente, porque el tiempo apremia, al amplio grupo de distocias derivadas de la presentación, situación, posición y actitud anormales del feto, así como de la primiparidad y edad avanzada de la madre, diciendo que siendo indudable el papel que desempeñan estas anomalías y circunstancias en la mortalidad infantil, cuando el parto se verifica por su vía normal, se explica que este sea el campo donde se haya difundido más recientemente y con mayor indiscriminación la práctica de la cesárea.

Veamos cómo se han reflejado estos avances en la mortalidad materna e infantil. En la época anterior a los antibióticos, las gestantes no se beneficiaron en la misma proporción que el resto de las mujeres en el mejoramiento de la salud pública. El promedio de muertes en el sexo femenino, considerado en sentido general, había disminuído mucho, lo que contrastaba con la relativamente pequeña reducción que había experimentado la mortalidad de origen gravídico. Las muertes por infección puerperal ocupaban el primer lugar. La mortandad por esta causa seguía inalterable. La práctica de nuevas técnicas no le afectaban. En esta misma época la mortalidad infantil, que desde luego era elevadísima, tenía, no obstante, tendencia a descender, como consecuencia lógica de la mayor puesta en práctica de la cesárea abdominal.

La toxemia gravídica era la que ocupaba el segundo lugar. El cuidado prenatal de la embarazada había sido, en la mayoría, deficiente. Las hemorragias

antes y durante el parto ocupaban el tercer lugar; en 1926, entre dos mil ochocientos casos de muerte, trescientas treinta y nueve habían sido debidas a hemorragias en los últimos días del embarazo o durante el parto. Hoy la mortandad materna por causas derivadas del parto, cuando la actuación ha sido correcta, ha quedado reducidísima y dentro de este grado; la causa por hemorragias es la que actualmente ocupa el primer lugar, seguida de la toxemia.

Del progreso, incesante, en el descenso de la mortalidad infantil en estos últimos cincuenta años, no participaron los casos de muerte sucedidos en el primer mes de la vida extrauterina, mortalidad que dependía de los factores traumáticos y morbosos que actuaron antes o durante el parto. Sólo los adelantos técnicos y la posibilidad de aplicarlos han hecho posible esta disminución de hoy, también muy baja, pero no tanto como lo logrado con la mortalidad materna, y es que existen factores que tienen que ser superados y que son los que lo impiden; para superarlos habrá que mejorar la profilaxis practicando una puericultura prenatal más a conciencia, mejorar la compenetración entre la comadrona y médico general con el tocólogo y mejorar la asistencia con una mayor preparación técnica de médicos y matronas en sus estudios de la carrera. Hace cincuenta años, cuando estudié la tocología, había en la Facultad de Medicina una sala con diez camas para embarazadas y puérperas, y muchos médicos salían de la Universidad sin haber tenido ocasión de presenciar un parto, y toda su práctica había consistido en unos pocos ejercicios con el maniquí. Hoy es exactamente lo mismo, pero agravado, porque el número de alumnos matriculados es mucho mayor y el número de parturientas en las salas dedicadas a la enseñanza es menor. La importancia de esto es manifiesta.

Un médico general se verá pocas veces, o quizá nunca, implicado en tener que resolver por sí solo un delicado problema quirúrgico, pero sí se verá, sobre todo si ejerce en medio rural, enfrentado con frecuencia con problemas tocológicos en los que se ventilan dos vidas nada menos. Este problema no es exclusivo de nuestra patria, es un problema de ámbito general, que se ha agudizado aún más recientemente con la absorción, por parte de los seguros sociales, de ese contingente de embarazadas que, aunque escaso, nutría las salas dedicadas a la enseñanza en los hospitales.

Unas pocas palabras para comentar lo que hay de aprovechable en detalles y actuaciones de entonces para ser aplicadas hoy. Ya he dicho mi parecer sobre el taponamiento en las hemorragias, al hablar de la placenta previa. Sobre el empleo de los tallos de laminaria, sigo creyendo en su utilidad en los casos de dilatación difícil al practicar un legrado en una primípara, con un aborto muy sangrante, de uno o dos meses, y cuello completamente cerrado. Forzar en estos casos la dilación con los dilatadores de HEGAR, lleva consigo el peligro de que se escape y perfore el útero o rasgue el orificio interno, con hemorragia difícil de contener, o que se haga el legrado con insuficiente dilatación, teniendo que emplear cucharas demasiado pequeñas, perforantes, y ante el temor de que este accidente se produzca, se dé por terminado un legrado insuficientemente practicado. La morfina es otra de las cosas que veo entra en desuso y, sin embargo, es insustituíble en los casos de atonía uterina por agotamiento en un parto prolongado. Lo más importante de lo que entonces se hacía, y en bastante medida, y hoy hay tendencia a practicarlo menos, es lo de tener paciencia en la asistencia a los partos. Este consejo, que los grandes maestros recomendaban con insistencia machacona, repitiendo la frase por tres veces seguidas, y diciendo que el que no

tuviera el tiempo y la paciencia necesarios que no se dedicase a la asistencia a los partos, es válido para todos los tiempos, para entonces y para hoy.

* * *

PALABRAS EN HOMENAJE AL DOCTOR SANCHO CASTELLANO

POR EL

DR. ANTONIO RAMÓN Y CAJAL VINÓS

NADA me podía producir mayor satisfacción que dedicar yo este homenaje de la Sociedad Ginecológica Española a SANCHO CASTELLANO, y hablar de su labor médica, pues he convivido con él por espacio de cuarenta años y practicado juntos la especialidad de Obstetricia. La disciplina médica de mayor sacrificio, de labor más delicada y de mayor responsabilidad de todas las ramas de la Medicina.

Los dos hemos vivido la fase más difícil de la Tocología y de la Cirugía, la de los primeros años del siglo. Sin antibióticos, sin transfusiones y con una anestesia deficiente y peligrosa, y más en las manos de los anestesistas circunstanciales de entonces.

No se practicaba la oxigenoterapia durante la intervención, y las anestesias por el cloroformo y después por el éter producían anoxia del miocardio y del cerebro, alteraciones de la célula hepática, hiperhemia e hipersecreción de las vías respiratorias.

El cirujano atendía durante el acto quirúrgico, además de la práctica de la intervención, al estado de la enferma, aspecto de la sangre, marcha de la respiración, etc. Por tanto, la única posibilidad del éxito quirúrgico era la rapidez de la operación para evitar a la enferma larga permanencia en la sala de operaciones y liberarla cuanto antes de la acción de los agentes tóxicos.

El éxito o el fracaso era puramente personal; dependían en su totalidad del juicio, experiencia y de la pericia operatoria del cirujano. Por eso se tenía como un maestro de la Ginecología al profesor DOYEN, que practicaba la histerectomía total en contados minutos. Por fortuna, esto ha cambiado.

* * *

Como no es posible valorar al hombre sin conocerlo en su ambiente, me perdonaréis que al hablar de SANCHO hable de mí, dedique un recuerdo a LUIS RECASÉNS y me coloque en el ambiente de la Facultad de Medicina de aquella época.

En 1925, estando en el pequeño laboratorio de Ginecología de la Facultad de Medicina con el profesor LUIS RECASENS, comentando la difícil interpretación anatomopatológica de unas glándulas de endometrio, haciendo consideraciones sobre la benignidad o malignidad de su imagen histológica, se presentó un joven muy bien ataviado (SANCHO siempre ha vestido con destacada elegancia) que dijo llamarse JOSÉ SANCHO CASTELLANO, y que solicitaba del profesor RECASÉNS el permiso de asistencia a sus servicios. Manifestó que venía de Alemania, en donde había asistido durante los años de 1922 y 1923 a las clínicas de Obstetricia y Ginecología de las Universidades de Munich con el profesor DOEDERLEIN y de Heil-

delberg con el profesor MENGE. Como es natural, produjo excelente impresión en RECASENS, pues en aquella época la Ginecología española se nutría de la ciencia alemana, y el hecho de saber el idioma alemán daba una categoría superior reservada a los pocos iniciados, que bebían en la misma fuente donde nacía nuestra especialidad.

Despertó el interés de RECASENS, y a continuación se inició una animada conversación sobre la vida en las Universidades alemanas que, por qué no decirlo, despertó en mí no poca envidia. Desde aquel momento contamos con SANCHO como profesor ayudante de clases prácticas y su colaboración en la cátedra de Obstetricia.

Como es natural, conociendo las excelentes condiciones personales que le adornan, se inició entre nosotros una rápida amistad, que al correr de los años se convirtió en entrañable, al apreciar la bondad de carácter, la profunda preparación obstétrica de SANCHO y sus marcadas condiciones humanas.

Esta mi simpatía se aumentó cuando un día, al presentarme en el servicio, presencié una calurosa discusión entre el profesor y SANCHO, en la que éste defendía con entereza su conducta y mantenía su punto de vista. Se trataba, por lo que pude colegir, de que SANCHO había sido encargado de la dirección de un parto, en el que no se pudo salvar la vida del feto, insistiendo SANCHO en que las condiciones en que este parto se desarrolló no podía terminar de otra manera.

Quizá pueda parecer pueril este recuerdo, pero era preciso conocer al nuevo catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

LUIS RECASENS, hijo del mundialmente famoso profesor de Ginecología de la Universidad Central, D. SEBASTIÁN RECASENS, la autoridad máxima de la especialidad en nuestra patria, era el prototipo del madrileño de la época. Alto y enjuto de cuerpo. Presidente de la Sociedad Alpina de Navacerrada, muy elegante, ojos vivos, nariz aguileña, de lo más selecto de la aristocracia de la ciencia, catedrático a los treinta años, venía a la cátedra de provincias con ese merecido complejo de superioridad de quien estaba educado en escuela de D. SEBASTIÁN, verdadero prócer de la Medicina, y ampliado sus conocimientos en las mejores clínicas europeas. Destacado hombre deportivo, propietario de un coche «Panhard Levassor», verdadera revolución de la mecánica automovilística, el primer automóvil sin válvulas, nos hablaba con frecuencia de sus viajes a Madrid en menos de cinco horas.

Después, ya en Sevilla, se compró una avioneta, se hizo piloto aviador y sobrevolaba toda Andalucía y el Norte de Africa para desarrollar su actividad médica. Pero es preciso reconocer que RECASENS era un hombre extraordinario, que pronto se adaptó a nuestro modesto ambiente, y durante su corta permanencia en esta ciudad elevó la categoría de su cátedra de Zaragoza a la altura de las mejores de España.

Compartíamos con la escuela de Madrid los trabajos y las publicaciones en la «Revista Española de Ginecología». Algunos números de esta revista fueron escritos en su totalidad por el equipo de Zaragoza. De aquella época son los mejores trabajos publicados por esta Facultad de Medicina. Recordamos el excelente libro de RECASENS sobre «Cirugía vaginal ginecológica», la tesis doctoral del malogrado LAFUENTE HERNÁNDEZ sobre el «Diagnóstico en Ginecología por la histerosalpingografía», mi tesis doctoral sobre «Contribución a la reacción de Alderhalden», y el trabajo sobre el ciclo menstrual de la vagina humana, publicado en Alemania, en el «Archivo de Ginecología». Por cierto, detalle poco frecuente en las revistas españolas, me contestó el editor con una carta agradeciendo el envío y adjuntando un cheque de 50 marcos, casi mil pesetas.

Los dos mejores trabajos de SANCHO: Su tesis doctoral sobre anestesia en el parto y sobre el diagnóstico diferencial entre los tumores ováricos y uterinos, por medio de las radiografías de la trompa con sustancias opacas, y la combinación de la histerosalpingografía con el neumoperitoneo, consiguiendo clarísimas imágenes radiográficas del aparato genital, y el trabajo sobre anestesia en el parto normal y su modificación por KAHN, («Revista Española de Obstetricia y Ginecología», año 1928). Colaboraron también en la clínica los doctores FARO MORENO y LANZÓN DE CASTRO.

Se inició entonces en Zaragoza una brillantísima escuela aragonesa de Obstetricia y Ginecología que hubiera alcanzado gran altura. Con mucha frecuencia, aprovechando las visitas de su padre, nos daba la clase D. SEBASTIÁN RECASENS con magníficas conferencias sobre la especialidad.

Se produjo gran actividad científica: conferencias, cursillos, trabajos. Se obtuvo del Excmo. Ayuntamiento la concesión de 40 miligramos de bromuro de rádium, y del Ministerio de Educación Nacional la adjudicación de un moderno aparato de terapia profunda para el tratamiento del cáncer y un Stabilibolt Siemens de 250 kilovoltios y de 5 miliamperios de rendimiento. Nos preparamos con las tablas de WOLTZ para el cálculo de la dosis porcentual en profundidad y del selector de campos de HOLFELDER.

Pero todo se vino abajo; no pudimos o no supimos conservar para la Universidad tan relevante personalidad y RECASENS se trasladó a la Universidad de Sevilla, donde formó la magnífica escuela sevillana de Ginecología, cuyo fruto más reciente ha sido su hijo, EUGENIO RECASENS, que ha obtenido recientemente la cátedra de Cádiz.

Algún tiempo después se iniciaba de nuevo la escuela de Ginecología de Zaragoza con gran brillantez por el nunca olvidado profesor D. RICARDO HORNO ALCORTA, que formó una excelente pléyade de especialistas, como son sus hijos RICARDO y MARIANO HORNO LIRIA, VICENTE CARCELLER, SAVIRÓN, TORREJÓN, MILLÁN, etc., pero para desgracia de la ginecología aragonesa su corta duración no permitió desarrollarla en toda su amplitud.

Quedó desde entonces, y para siempre, sin efecto la escuela aragonesa de Ginecología.

Perdóneseme esta digresión, pero siento como universitario, como aragonés, lo que pudo ser y no fue.

Pero volvamos a SANCHO CASTELLANO; despertó, como hemos dicho, el interés de RECASENS, y desde aquel día formó parte del profesorado de la Universidad de Zaragoza.

Había una auxiliaría vacante en la clínica y RECASENS decidió proveer la plaza por oposición, con un estricto espíritu de justicia (no creo que SANCHO se enfade si manifiesto ahora mi opinión de creer que RECASENS se inclinaba más por él). Pero así como Napoleón, cuando le recomendaban o presentaban a un militar con excepcionales cualidades castrenses y de preparación técnica, preguntaba: «¿Pero tiene suerte?» Y como un factor muy importante la considero yo.

En aquella ocasión, en que SANCHO llevaba una gran preparación, la suerte no le favoreció, pues el tema del ejercicio fue «Anatomía patológica del cáncer».

Esta circunstancia, en espíritu tan noble como el de SANCHO, nos unió más en la amistad, y desde entonces en la clínica le considerábamos como el otro profesor auxiliar.

Luego, con motivo de la excedencia voluntaria de D. RICARDO HORNO, en 1930, quedó libre la segunda auxiliaría, y la ganó SANCHO por oposición.

Pero la suerte le seguía siendo adversa. Al terminar el período de ocho años de profesor auxiliar, es decir, en 1938, cesó, porque apareció un decreto del Ministerio de Instrucción Pública ordenando que todas las plazas de profesores auxiliares de las Facultades, cuyo plazo se cumpliera durante el Movimiento Nacional, quedaran anuladas.

Yo continué, pues mi prórroga tuvo lugar el mismo año de 1936, en el mes de marzo.

Como consecuencia del fallecimiento del catedrático titular, D. JOSÉ CARLOS HERRERA, durante la Cruzada, yo fui encargado de la enseñanza a partir de 1939. La primera condición que puse para el eficaz desempeño de mi cometido era la imprescindible colaboración de Sancho, que al encargarme yo de la cátedra pasaba de nuevo a la categoría de profesor auxiliar.

El año 1940 fuimos designados por la Universidad para organizar la enseñanza de la Obstetricia en la Maternidad Provincial, y allí fuimos SANCHO y yo.

Y cuando, en las sombrías noches de la tocología hospitalaria de entonces, ante mujeres desangradas, infectadas, agotadas, frente a problemas obstétricos al parecer sin solución, veía aparecer junto a mí a SANCHO CASTELLANO me sentía reconfortado y acompañado por su afecto, por sus grandes conocimientos de la especialidad y su decisiva colaboración.

En 1947, la Excma. Diputación nos agració, junto con el doctor SORIANO, con las plazas de médicos de guardia de la Maternidad Provincial del Servicio de Pensionados del doctor TEIXEIRA. Allí trabajó SANCHO hasta 1957. De esta época son sus dos conferencias en el Centro de Estudios Médicos: «Sobre dos casos de rupturas espontáneas del útero durante el parto» y «Consideraciones sobre algunas indicaciones y técnicas de la cesárea abdominal».

Siempre había sentido SANCHO, anticipándose a la orientación actual, la profesión médica como un servicio social. Mucho antes de 1936, desempeñaba la plaza de Tocología de la Protección de las Familias, y como consecuencia lógica de su vocación y para bien de los enfermos y de la Tocología aragonesa fue llamado a desempeñar la jefatura del servicio de Tocología del «18 de Julio», cargo que ha ejercido con notable eficacia hasta hace poco tiempo.

Apasionado por la especialidad y siempre al día, siguió perfeccionándose en las revistas alemanas. Fue uno de los primeros suscriptores en Zaragoza del «Zentralblatt fur Gynacologie». Después aprendió el inglés y continuó su perfeccionamiento en las revistas y libros ingleses.

Desempeñó las plazas con un gran sentido humanitario y (preocupado por la responsabilidad que sentía frente al enfermo) no dudaba, en los casos que se presentaban oscuros, en solicitar la opinión de un compañero, en proponer una consulta, posponiendo su amor propio ante el bien de la enferma. Condición reservada sólo a los hombres de gran categoría espiritual, y costumbre, por desgracia, hoy totalmente desaparecida de Zaragoza.

Yo siempre le he considerado y considero como el genuino profesor de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina.

Ha dedicado toda su vida al servicio y ayuda a sus semejantes. ¿Qué mayor elogio puede decirse de un hombre?

Dirección: Costa, 4. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963

LIBROS

AUTORES NACIONALES

PROGRESOS EN PATOLOGÍA HEPÁTICA, *dirigido por* HANS POPPER y FENTON SHAFFNER. *Un volumen (17'5 por 25 cm.) de 440 páginas, con 91 figuras, 122 ilustraciones, 6 en color y 13 tablas; encuadernación en tela. Editorial Científico Médica. Vía Layetana, 53. Barcelona. 1963.*

En 1957, los doctores Popper y Schaffner presentaron al público médico anglosajón su célebre obra «Liver, Structure and Function». Recientemente fue vertida a nuestro idioma este libro, uno de los mejores publicados en el mundo en los diez últimos años. Junto con él se fueron presentando al lector otros títulos sobre enfermedades del hígado, por autores tan prestigiosos como Jiménez Díaz, Sheila Sherlock, Spellberg, Himsworth, Schiff y otros. En todos ellos se expone la patología hepática extensa y magistralmente, pero los progresos de la investigación en este campo de la medicina son rápidos y numerosos, y por ello al año de su publicación cualquier tratado ha quedado incompleto.

Por esa razón los doctores Popper y Shaffner, a pesar de haber escrito una obra inigualable, la cual además de su experiencia clínica y sus investigaciones personales contiene la documentación que supone la consulta de 3.735 trabajos recopilados para su redacción, han creído necesario recoger en la obra que comentamos cuantas adquisiciones se han obtenido sobre patología hepática en los últimos años, por los más destacados especialistas de diversos países, tanto europeos como americanos.

Son treinta y seis los autores de los veinticuatro capítulos que integran esta obra. El estudio anatomopatológico, efectuado con el microscopio electrónico, ha descubierto una nueva estructura de la célula hepática, tanto en su aspecto normal como patológico. Este aspecto del problema viene expuesto por los directores de la obra, doctores Popper y Schaffner, en el capítulo que trata de «Reacción del hígado frente a la noxa alberrativa»; por Hartroft, de la Universidad de Toronto (Canadá), en «La reproducción experimental de la enfermedad hepática», y por Baggenstoss, de la Clínica Mayo, en «Cirrosis postnecrótica, anatomía patológica, etiología y patogenia».

En la clínica de las enfermedades hepáticas, las nuevas ideas y las nuevas investigaciones son numerosas y vienen registradas en el libro, en diferentes capítulos, de los cuales merecen destacarse los siguientes: «Coma hepático», por Butt y Summerskill, ambos pertenecientes a la Clínica Mayo; «Nuevas pruebas diagnósticas de las hepatopatías», por Henley, Schmidt (F. W. y Ellen), de la Universidad de Michigan el primero y de la Universidad de Marburgo (Alemania) los segundos. También citaremos como trabajos clínicos los redactados por Gellis (de Harvard) sobre «Los problemas habituales de las enfermedades hepáticas en Pediatría»; por Davidson (de Boston), sobre «Algunas contribuciones de estudios geográficos para el conocimiento de la patogénesis de la cirrosis»; por Royer (Argentina), sobre «Colangiografía»; por Baron y Wolf (del Hospital «Monte Sinaí» de Nueva York), sobre «Esplenoportografía», etc.

Son muy interesantes los capítulos dedicados a las relaciones del hígado con otros sistemas orgánicos, entre los cuales señalaremos los redactados por Friedman y Schwartz (de Chicago), sobre «Relaciones del hígado y el sistema hematopoyético»; por Sheila Sherlock (de Londres), sobre «Hipertensión portal»; por Eisner y Levitt (de Nueva York), sobre «Nefropatía cirrótica», etc.

Numerosos estudios sobre la formación de bilis; sobre circulación hepática; sobre formación de enzimas hepáticas y su relación con las enzimas séricas, y el valor de las determinaciones de estas últimas pone el diagnóstico de las hepatopatías; sobre la autoinmunidad en la enfermedad hepática; sobre la absorción y eliminación de colorantes; sobre la

terapéutica con diuréticos y corticoides, así como las nuevas adquisiciones sobre fisiología de la célula hepática, etc., han sido recogidos en este libro por investigadores tan destacados en el campo de la ciencia médica, como los profesores Leevy, de Nueva Jersey; Arias, de Nueva York; Tasaka e Ishü, de Tokio; Henning y Demlnig, de Erlangen (Alemania Occidental); Mattenheiner y Kark, de Chicago; Palmer, de la Universidad «Baylor», en Houston (Texas), y Chalmer, de Boston.

De todo lo expuesto se deduce el interesante contenido de esta obra, merced a la cual puede el médico documentarse sobre los últimos estudios realizados en todo el mundo, en relación con la patología hepática.

Es obra que debe conocer no sólo el hepatólogo, sino todo médico culto.

La presentación editorial es bellísima, como es norma habitual de la Editorial Científica Médica, a quien felicitamos. La traducción al castellano, realizada por el doctor Amat Puértolas, es perfecta e impecable.—E. ECHEVERRÍA.

LA VENTOSA OBSTÉTRICA, *por el doctor* JOSÉ M.ª SÁNCHEZ IBÁÑEZ. *Un volumen (17'5 por 24 cm.) de 175 páginas, con 29 fotografías en negro y color. Editorial Facta; encuadernación en tela. Cirilo Amorós. 88. Valencia, 1963.*

Nos es muy grato comentar la aparición de la obra del doctor Sánchez Ibáñez por varias razones: en primer lugar, porque, según creemos, es el primer trabajo monográfico mundial dedicado a este problema. publicado precisamente por un autor español. En segundo lugar, por la indiscutible categoría de la obra, que no dudamos que tendría desde que vimos el anuncio de su publicación, ya que, aparte de la gran formación y excelente criterio de su autor, conocíamos su entusiasmo por la vacuoextracción desde que comenzó a practicarla. Una tercera es por nuestro personal interés por conocer esta monografía, ya que por practicar también nosotros esta intervención tocúrgica desde que adquirimos el aparato de Malmströn en 1958, y haber mantenido, a causa de él, muchas polémicas, no extrañará que digamos que ha sido el libro que, en estos últimos años, hemos esperado con más interés.

Tras una dedicatoria del autor y un prólogo del profesor Bonilla, el autor divide la obra en los siguientes capítulos: I. «Historia de la ventosa obstétrica»; II, «Descripción del aparato»; III, «Fundamentos de la ventosa obstétrica. Capacidad de tracción»; IV, «Acciones de la ventosa»; V, «Condiciones de aplicación»; VI, «Técnica de aplicación de la ventosa obstétrica»; VII, «Indicaciones»; VIII, «Contraindicaciones»; IX, «Fallos de la extracción con ventosa; X, «Morbimortalidad materna»; XI, «Morbimortalidad fetoinfantil»; XII, «Ventajas e inconvenientes»; XIII, «Lugar de la ventosa en obstetricia»; XIV, «Epicrisis».

Por último, figura una lista bibliográfica exhaustiva.

Como puede apreciarse, se trata de un completísimo estudio de todo lo relacionado con el problema de la vacuoextracción, en el que no sólo se condensan y ordenan todas las experiencias realizadas hasta ahora en todo el mundo, sino que esto lo hace el autor con un sentido crítico muy objetivo. Con sólo lo que llevamos dicho, la obra tendría un valor inestimable; pero es que, además, el doctor Sánchez Ibáñez aporta sus interesantes trabajos personales relacionados con este tema.

Auguramos un gran éxito a esta magnífica monografía, ya que creemos que deberá ser adquirida no sólo por el que quiere iniciarse en el empleo de la ventosa obstétrica, sino por todos aquellos que dicen que no les va bien su empleo; con la lectura de esta obra verán, probablemente, dónde radica el fallo y la manera de corregirlo.

No hay duda que esta nueva intervención tocúrgica, ya sistematizada en todos sus aspectos, como se deriva de la lectura de esta obra, está siendo de uso cada vez más generalizado. Nosotros, suscribiendo lo dicho por el profesor Bonilla en el prólogo, hemos desterrado el fórceps de nuestra práctica privada hace tiempo ya.

Nuestra cordial felicitación al doctor Sánchez Ibáñez.—R. SAVIRÓN FELIÚ.

ARTERIOSCLEROSIS, *por los doctores* AZNAR GARCÍA, LA FIGUERA Y DE BENITO. *Primera ponencia de las IV Jornadas Médicas Aragonesas. Dos volúmenes (17 por 24 cm.), con un total de 140 páginas; en rústica. Mayo 1963.*

Los ponentes han desglosado el tema en dos grandes grupos. El primero, «Fisiopatología de la arteriosclerosis», lo desarrolla el doctor Aznar García, jefe de los servicios de Medicina Interna del Hospital Provincial, en colaboración con los doctores Guillén Martínez y Martínez Osorio.

El doctor Aznar García dice en la introducción que: «Intentamos dar una referencia resumida del problema, tal como nosotros lo deducimos del estudio actual de la bibliografía. Naturalmente, no hay en ello una opinión personal, sino una manera personal de resumir las informaciones sobre las que nos hemos basado. El problema tiene grandes lagunas desconocidas, y aun el problema en su totalidad dista mucho de estar bien delimitado». Fiel a su premisa, el autor va desarrollando el tema con ese signo fundamental de la sinceridad. Primeramente expone la fisiología arterial, analiza la bioquímica de la pared arterial; seguidamente nos hace un recordatorio histórico de la patología arterial. Resume éste comentando el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud para definir lo que entendemos por aterosclerosis. Dice así: «La aterosclerosis es una asociación variable de modificaciones de la íntima de las arterias (distintas de las arteriolas), consistente en una acumulación focal de lípidos, de glúcidos complejos. de sangre y de productos sanguíneos, de tejidos fibrosos y de depósitos de calcio, todo ello acompañado de modificaciones de la media». Pasa a continuación a estudiar la anatomía patológica (fase inicial, fibrosis reaccional, el ateroma, su evolución). Los factores que en ella intervienen (mecánicos, factor parietal, humoral, extensión), presentando un esquema muy demostrativo e instructivo. Expone los trabajos de orden experimental realizados en torno a la arteriosclerosis. Comenta el factor dietético, el endocrino, los etiológicos, edad, sexo, raza, niveles sociales, herencia, constitución, alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, hipertensión arterial, obesidad, factores psicológicos. En otro capítulo analiza el factor sanguíneo en la aterosclerosis, coagulabilidad sanguínea, pruebas globales provocadas de dislipidemia; finalmente, cita las pruebas o métodos aplicables para el diagnóstico de la aterosclerosis. Por último, nos presenta la bibliografía con un criterio doctrinal que merece el mayor elogio; sólo hace referencia a los trabajos que merecen ser citados. ¡Hay tanto refrito...!

Sus colaboradores, el doctor Guillén Martínez, también hace una revisión del espinoso tema: «Exploración bioquímica de la arteriosclerosis». Minuciosamente va analizando las técnicas y métodos más al uso diario. Presenta las variantes de cada técnica manejada y los resultados que pueden servir de guía para tomar determinada actitud terapéutica en el quehacer profesional. Meditando sobre esta ingente labor realizada por el doctor Guillén, no hay otra solución que felicitarle por su trabajo, pues siendo su capítulo de investigación nata, ha sabido darle colorido clínico, por el cual el práctico en su quehacer diario consultará más de una vez esta publicación.

El doctor Martínez Osorio —pleno de juventud— nos muestra con perfecta documentación la exploración de los diversos sectores vasculares de la arteriosclerosis. Los fotograbados son magníficos y demostrativos. Las radiografías, que tuve la satisfacción de ver en el original, muestran una vez más la pericia técnica del doctor Yarza.

La segunda parte de la ponencia se refiere a la clínica y al tratamiento de la arteriosclerosis. habiendo sido redactada por el profesor Enrique de la Figuera, catedrático de patología médica. En el preámbulo, el autor, con un criterio clínico excelente, nos dice: «En la exposición de la clínica de la arteriosclerosis no pretendemos hacer un estudio exhaustivo y extenso de cada una de sus manifestaciones —cualquier aspecto parcial sería motivo suficiente para una ponencia completa (arteriosclerosis coronaria, arteriosclerosis cerebral, etc.), sino solamente señalar algunos aspectos parciales, de interés para el médico práctico ejerciente».

Primeramente se refiere a la arteriosclerosis cerebral, sigue después con las manifestaciones vasculares oculares. continúa con la arteriosclerosis coronaria, analiza meticulosamente la arteriosclerosis abdominal. En ella estudia el aneurisma de la aorta abdominal, la isquemia de la arteria mesentérica. Prosigue su estudio clínico con la arteriosclerosis renal y, finalmente, la arteriosclerosis de los vasos periféricos.

En la segunda parte de su trabajo, el profesor la Figuera penetra con su saber clínico en el campo de la temperatura de la arteriosclerosis. Primeramente nos habla de su profilaxis —factor alimenticio, (Stress), exceso de tabaco, obesidad, diabetes, hipertensión arterial—. Seguidamente estudia la dietética en la arteriosclerosis, y a este respecto nos expresa que: «la dieta en la arteriosclerosis no sólo debe de tener aspiraciones preventivas, como se señala en el capítulo de la profilaxis, sino también, hasta cierto punto, debe aspirar a ejercer una acción curativa, por lo menos asociada a otras medidas terapéuticas; no en balde existe

la posibilidad de una reversibilidad, aunque sea parcial, de las lesiones ateromatosas».

Analiza y comenta los agentes terapéuticos que actúan sobre el metabolismo del colesterol. Los fosfátidos y los medicamentos anticoagulantes, hormonales, y, por último, nos refiere la acción del yodo.

Los profesionales que tenemos contacto diario con pacientes afectos de esta dolencia nos sentimos perplejos ante las innumerables sugerencias y teorías que diariamente nos son expuestas en incontables publicaciones. Esta perplejidad establece en mi ánimo —después de la lectura de la ponencia— el felicitar a los doctores Aznar, La Figuera, Guillén, Martínez Osorio, por la gran labor realizada al sintetizar en una ponencia el tema arteriosclerosis. Mérito el de los autores citados, cuando se han sabido despojar de todas las elucubraciones farragosas que circulan en torno al tema. Por el contrario, han sabido rodearlo de un marco, sencillez, que es sinónimo de sabiduría. Y esto es un hecho singular, de incalculable valor.—Bozal Urzay.

PATOLOGÍA GENERAL Y FISIOPATOLOGÍA *por el doctor* Enrique Romero Velasco. *Dos volúmenes (16'5 por 23'5 cm.) con un total de 2.450 páginas, con 692 ilustraciones; encuadernación en tela. Editorial Paz Montalvo, S. A. Antonio Maura, 13. Madrid, 1963.*

Resulta para mí muy agradable poder escribir este comentario a la aparición de la segunda edición de la «Patología general» del profesor Romero, considerando que el mejor elogio que podemos hacer de su obra es señalar la rapidez con que se agotó la primera edición, obligando al autor, en el corto espacio de tres años, a realizar una nueva revisión de su trabajo.

La «Patología general» de Romero es una de las obras didácticas mejor conocidas por los estudiantes y médicos de habla hispana. Puesta de texto de manera oficial en diversas Facultades hispanoamericanas, y de manera oficiosa, al manejarla ampliamente los alumnos, en diversas Facultades españolas; la amplitud y profundidad de su contenido la han hecho también muy difundida entre los médicos jóvenes deseosos de completar su formación y entre los que buscaban poner al día sus conocimientos de patología general.

En esta segunda edición no se modifica en absoluto el espíritu y el criterio de selección del autor, que ha procurado aunar en un difícil equilibrio la concisión en el lenguaje, huyendo de floituras, con la amplitud del contenido, que no se limita a la patología general, sino que se adentra en los terrenos de la fisiología y aun de la patología médica, estableciendo una verdadera unión entre estas tres materias tan fundamentales para el médico.

La adición de algunos capítulos, la supresión de otros (pues, como dice muy bien el autor, un aumento de la extensión sería perjudicial para la unidad del libro), así como la refundición de algunos, han mejorado indudablemente la calidad del libro, que adquiere con ello la solera de las obras logradas.—G. Guillén Martínez.

BALISTOCARDIOGRAFÍA. SU VALOR EN LA CLÍNICA DE LA ATEROSCLEROSIS. *por el doctor* V. Bozal Urzay *(comunicación presentada a las IV Jornadas Médicas Aragonesas). Editado por la Institución «Fernando el Católico», Zaragoza, 1963.*

Realiza el autor en este trabajo una interesante revisión de las características generales de la balistocardiografía, esta técnica de exploración, nacida hace algunos años, cuya importancia y utilidad fue inicialmente sobrevalorada y que, como reacción tal vez, ha pasado a un segundo plano entre las técnicas de exploración cardíaca, a todas luces injusto, pues si consideramos los fines de la técnica, proporcionarnos unos datos sobre la actividad mecánica o dinámica del corazón, veremos que nos llena una laguna importante, hasta entonces no cubierta por otras técnicas eléctricas.

Creemos por eso muy interesante esta comunicación, en la que el doctor Bozal, apoyado en su amplia experiencia personal, nos presenta el tema, indica las características y condiciones del balistocardiograma normal, así como las repercusiones que en sus trazados aparecen en las distintas situaciones patológicas, haciendo especial mención en lo referente a los trastornos arteriosclerosos.

Como revisa además el balistocardiograma en diversas condiciones, fisiológicas y patológicas, creemos que este trabajo, brevemente, representa una acertada introducción a la balistocardiografía. — G. Guillén Martínez.

AUTORES EXTRANJEROS

POLYOMA MICROBICO (STUDIO SPERIMENTALE), *por el doctor* Aldo Martini. *Un folleto (17 por 24'5 cm.) de 94 páginas, con 68 figuras. Ed. Sansepolcro. Arezzo, 1962.*

El doctor Aldo Martini ha publicado ya diversos trabajos en torno a sus hallazgos de gérmenes, que considera específicos, en la sangre de enfermos cancerosos. En la monografía que publicamos se recoge su experiencia de más de cuatrocientos casos de enfermos neoplásicos, en los que el hemocultivo, practicado con la técnica que recoge, permite demostrar la existencia de una variedad de gérmenes que considera específicos, en el 86 por ciento de los casos. Esto tiene utilidad diagnóstica, porque esta positividad del hemocultivo no aparece en los casos normales.

El autor comprueba que la inoculación de estos gérmenes en el cavia o en el conejo, difícilmente ocasiona la reproducción del tumor. mientras que la inoculación en la rata da lugar a la reproducción del tumor con deformidades morfológicas con respecto al original. Comprueba además la aparición en el bazo de una respuesta histiocitaria difusa.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de reproducciones tumorales en las ratas inoculadas, el autor considera la importancia etiológica de este hecho, y cree que los gérmenes por él cultivados desempeñan un papel importante en la aparición de las neoplasias malignas en el hombre.—G. Guillén Martínez.

ANATOMIE DE L'ABDOMEN, *por el doctor* Claude Couinaud. *Dos tomos (18'5 por 26'5 cm.) con un total de 712 páginas, con 390 figuras en negro y colores y 10 láminas fuera de texto; rústica. Precio: Tomo I, 65 N. F.; tomo II, 50 N. F.; ambos pueden adquirirse separadamente. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, VI. 1963.*

Esta obra recoge las enseñanzas del curso profesado durante el pasado año por su autor en la Facultad de Medicina de París, y en ella se exponen datos, ideas y enseñanzas, susceptibles de interesar no sólo a estudiantes, sino a los cirujanos y a los candidatos de diversas pruebas de oposición, tanto hospitalarias como universitarias.

El autor se ha esforzado, siempre que le ha sido posible, en resaltar los detalles prácticos de interés médico o quirúrgico inmediato. Algunas nociones de anatomía comparada, o exposiciones sucintas del desarrollo embrionario, permiten comprender mejor el porqué de ciertas estructuras y resaltar las disposiciones específicas de la anatomía en el hombre, o clasificar algunas malformaciones, cuyo interés práctico es a veces más importante que el de la simple disposición normal.

La distribución de esta obra es la siguiente: La *primera parte* trata de las paredes del abdomen; la exposición de las ideas generales de la organización metamérica del tronco hace más atractivo este capítulo generalmente ingrato. En el estudio de los vasos, la integración del sistema parietal en la circulación general permite resaltar la importancia de las redes colaterales, cuyo interés clínico es evidente. La descripción de la región inguinal, hecha con arreglo al desenvolvimiento anatómico y quirúrgico de estos últimos años, ha conducido así a nuevas concepciones terapéuticas.

La *segunda parte* está dedicada al estudio de la evolución embriológica del peritoneo y de las vísceras digestivas hasta que las formaciones peritoneales del sujeto llegan a su completo desarrollo; en ella se incluye un estudio bastante completo de las detenciones del desarrollo y de las malformaciones.

El tubo digestivo abdominal es el objeto de la *tercera parte*; aquí son examinadas sucesivamente las diversas vísceras, y en dos capítulos terminales se trata de las arterias digestivas y del sistema porta, exponiendo los más recientes trabajos anatómicos que orienten las exigencias de la patología y de la técnica quirúrgica. Sin pretender hacer una enumeración completa, recordemos: la descripción del esfínter esófago - gástrico, los canales pancreáticos y del esfínter de Oddi, la segmentación hepática, las vías biliares y las anastómosis porto-cavas. El autor se esfuerza en hacer comprender al lector que la descripción no corresponde sino al porcentaje más importante, y que existen numerosas variaciones que constituyen el origen de hechos patoló-

gicos, cuyo desconocimiento quirúrgico puede conducir, en ocasiones, a errores catastróficos.

En la *cuarta parte*, se halla la descripción de las estructuras contenidas en el espacio retro-peritoneal. Aquí también la descripción clásica está completada por datos de actualidad. Por ejemplo, las malformaciones de la vena cava inferior, el estudio de las grandes vías linfáticas, que tanta importancia adquieren en la diseminación de los cánceres abdominales; la descripción del sistema nervioso vegetativo, tanto visceral como parietal; la segmentación renal y la anatomía de los espacios retroperitoneales propiamente dichos. Este último capítulo comprende igualmente las críticas actuales a las nociones clásicas relativas a la evolución embriológica del tubo digestivo abdominal.

La *quinta parte* es un estudio sobre la asimetría de las estructuras del abdomen, recordando sus orígenes embriológicos. Los vicios de desarrollo explican el *situs inversus total*; y otras alteraciones, incluso mínimas, dan lugar a diversos tipos de *situs inversus* parcial con una variada gama de modalidades. Por una serie de detenciones en los desarrollos concomitantes pueden establecerse otras disposiciones aberrantes, de las cuales hace un estudio en aquellas variedades más frecuentes.

La obra lleva una iconografía abundante y en gran parte original, estando muchas de sus figuras en color; también se han incluído algunas reproducciones radiológicas. Un índice cuidadosamente establecido permite encontrar fácilmente cualquier dato anatómico que se precise.

La nomenclatura sigue, en conjunto, las reglas internacionales recientemente adoptadas para los trabajos anatómicos, y que de ahora en adelante serán las únicas valederas; pero, sin embargo, se han conservado muchas antiguas designaciones, para no romper demasiado bruscamente con el pasado.

En conjunto, es obra que ofrece a los estudiantes de Anatomía lo más sustancial de sus programas, pero está encaminada para ser útil a cualquiera que se interese por la anatomía abdominal: cirujanos, médicos de hospitales, aspirantes al profesorado, etc., ya que en ella se incluyen los conocimientos más precisos para el desarrollo de las más recientes técnicas operatorias. De ahí su destacada utilidad en todo momento. — RICARDO HORNO LIRIA.

ATEROSCLEROSIS Y ENFERMEDAD CORONARIA. Symposium internacional. *Coordinador, doctor* IGNACIO CHÁVEZ. *Un volumen (18 por 26 cm.) de 469 páginas, con figuras; encuadernado en tela. Editorial Interamericana, S. A. México, 1960.*

EL conocimiento de la etiología de la aterosclerosis constituye uno de los grandes problemas y uno de los mayores retos a la medicina de nuestro tiempo, afirma Chávez en el prólogo de la obra que comentamos y que recoge todas las aportaciones al symposium internacional organizado por el Instituto Nacional de Cardiología de México, celebrado en julio de 1960.

Las materias que fueron expuestas y los autores que las desarrollaron quedan reflejadas en el índice: «Algunos aspectos de la investigación epidemiológica internacional sobre cardiopatía coronaria», doctor Paúl White; «Tendencias en la cardiopatía coronaria clínica», doctor G. Biorck; «La aterosclerosis en México vista en clínica y en necropsias», doctor Ignacio Chávez; «Estudios epidemiológicos sobre enfermedad coronaria en Argentina», doctor B. Moia; «Enfoque de investigador al problema de la aterosclerosis. Errores de omisión y de comisión», doctor I. H. Page; «Electrocardiografía como instrumento de investigación epidemiológica», doctores Keys, Blackburn y Simonson; «Ateromatosis, arteriosclerosis y aterosclerosis», doctor Otto Saphir; «Iniciación de la aterosclerosis coronaria», doctores Costero, Guerrero y Bravo; «Estudios histoquímicos en la arteriosclerosis», doctor Mc Manus; «Localización de los infartos del miocardio en cortes topográficos del corazón», doctores Contreras y Costero; «Estudios histoquímicos sobre la 5-nucletidasa», doctor Mc. Manus; «Componente inflamatorio de la arteriosclerosis», doctor Otto Saphir; «Flujo coronario y energética del corazón normal», doctor Donald Gregg; «Alteraciones del esfigmograma carotídeo en relación con la dinámica arterial y cardíaca», doctores P. Y. Duchosal y P. R. Moret; «Circulación colateral del corazón y fisiopatología de los diferentes enfoques quirúrgicos de la aterosclerosis humana», doctor Donald Gregg; «Compuestos de hematina en el músculo cardíaco de los mamíferos», doctor Punnar Biorck; «Participación hormonal en la enfermedad hipertensiva», doctor Hans Selye; «Dieta, lípidos, sanguíneos y arteriosclerosis humana», doctor Ancei Keys; «Papel de las catecolaminas en la aterogénesis y en la cardiopatía coronaria», doctor Wilhelm Raab; «Diversidad de las alteraciones del metabolismo lípido en la aterosclerosis coronaria humana», doctores Lenegre y Beaumont; «Stress e infarto cardíaco», doctor Hans Selye; «El vectocardiograma experimental en la isquemia, la lesión y el tejido muerto», doctores Sodi Pallarés, Bistemi, Medrano, Feldman, Michelli, Sánchez Márquez; «El vectocardiograma en el infarto de la cara dorsal del corazón», doctor Joao Tranchesi; «Vectocardiograma en los infartos del miocardio con trastorno de la conducción intraventricular», doctores Cabrera, Costa Rocha, Flores; «Electrocardiografía y vectocardiografía en las alteraciones cardíacas de naturaleza ateroesclerótica», doctor P. W. Duchosal»; «Proceso de activación y correlación anatómica en cortes seriados, como base de una nueva clasificación de los infartos», doctores Sodi Pallarés, Anselmi, Contreras y Medrano; «Electrogénesis de la isquemia y la necrosis miocárdica», doctor A. Grishman; «Contribución experimental al estudio del bloqueo de rama derecha en la cardiopatía coronaria crónica», doctor Dante Peñaloza; «Trastornos de la conducción intracardíaca en las cardiopatías por aterosclerosis coronaria», doctor Jean Lenegre; «Conocimientos y conceptos actuales sobre la coagulación, pertinentes al problema de la enfermedad trombótica», doctor Benjamín Alexander; «Resultados de la terapéutica anticoagulante permanente en la cardiopatía coronaria», doctor Paul Owren; «Tratamiento anticoagulante de grandes grupos de pacientes. Organización social y de laboratorio», doctor Paul Owren; «Efectos de los agentes fibrinolíticos en el infarto miocárdico experimental», doctores La Due, Nydick, Ruegsegger y Abarquez; «Auxiliares de laboratorio, en especial las enzimas séricas, en el diagnóstico del infarto de miocardio», doctores La Due, Nydick, Ruegsegger, Abarquez; «Formas dolorosas anormales de las anginas de pecho coronarias, interpretación fisiopatológica, diagnóstico y tratamiento», doctor Roger Fromet; «Síndrome asistólico (de Adams-Stokes). Etiología: tratamiento médico y electrónico-quirúrgico», doctor A. Grishman; «Inactividad física, deficiencia colinérgica y cardiopatía degenerativa», doctor W. Raab; «Importancia de la herencia en la cardiopatía coronaria», doctor Paul White; «Problemas planteados por las primeras intervenciones directas en arterias coronarias», doctor Roger Froment; «Insuficiencia coronaria e hipertrofia ventricular», doctores Moia, Rosembaum, Kraly y Poliche; «Actividad comparada de los agentes reductores de la resistencia coronaria intrínseca. Estudio farmacológico de una sustancia particularmente activa», doctor Robert Charlier; «Estudio de los inhibidores de la monoaminooxidasa en pacientes anginosos», doctor George Grifith; «Inhibidores de la monoaminooxidasa en los síndromes vasculares», doctor Teodoro Cesarman; «Enfoque experimental en la previsión de la aterosclerosis humana», doctor Irvine Page; «Ensayo clínico de algunos de los derivados de la iproniacida», doctores Dighiero, Hazan, Aguirre, Rudolf; «Posibles mecanismos de acción de los inhibidores de la monoaminooxidasa en la angina de pecho», doctores Pletscher, Gey, Pellemont; «Acción de la iproniacida sobre el corazón», doctores Rafael Méndez, Aceves y Pulido.

Prosiguiendo el enunciado del índice, el libro refleja las discusiones de la mesa redonda que versaron sobre epidemiología: coordinador, doctor Paul White; Anatomía Patológica: coordinador, doctor Isaac Costero; Fisiología: coordinador, doctor Arturo Rosenblueth; Metabolismo y Bioquímica: coordinador, doctor Hans Selye; Electrocardiografía y Vectocardiografía: coordinador, doctor Demetrio Sodi-Pallarés; Coagulación y trombosis: coordinador, doctor Benjamín Alexander; Clínica: coordinador, doctor Ignacio Chávez; Prevención y tratamiento: coordinador, doctor Irvine H. Page.

Creo que una somera meditación en torno a la lectura de los temas que fueron tratados hace que el libro posea un singular valor para todos aquellos profesionales que desean conocer el estado actual que plantea el problema de la aterosclerosis y enfermedad coronaria. El reto, como lo califica el doctor Chávez. La obra, muy rica en gráficos, está perfectamente presentada.—BOZAL URZAY.

PRÉCIS DE SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE ELEMENTAIRE, *por* IVES BOURDE. *Tercera edición, revisada, puesta al día y aumentada por los doctores* ROBERT DEVIN *y* CHRISTIAN BOURDE. *Un volumen (15'5 por 23'5 cm.) de 646 páginas, con 220 figuras y 32 láminas fuera de texto; rústica. Precio: 65 N. F. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, VI. 1963.*

EL objeto de este *compendio* es el estudio de los signos con los que se revelan las enfermedades llamadas «quirúrgi-

cas». Se dirige, por tanto, de manera especial al estudiante que da sus primeros pasos iniciándose en un servicio clínico, para enseñarle a observar en el vivo los síntomas y signos patológicos fundamentales, pues como siempre la participación en el examen del enfermo constituye un irreemplazable ejercicio de las facultades de observación y de los sentidos visual, auditivo y tactil, bases de toda formación médica seriamente realizada.

Pero esta enseñanza a la cabecera del enfermo sería insuficiente sin una clasificación y una ordenación en la memoria del alumno de todo lo que ve, oye y atiende en el hospital. Pero —como dice el doctor Ives Bourde— los tratados y manuales de patología contienen demasiadas cosas para el estudiante; desde sus primeras lecturas le hacen el honor de considerarlo como un opositor a concursos, y lo que realmente precisa al comienzo son nociones elementales.

Por eso esta obra va orientada a situar al estudiante, cada vez, ante signos más complejos o ante una producción patológica evidente, y a examinar todos los datos para observarla y analizarla mejor, dando el lugar importante que le corresponde a los *signos objetivos*.

La obra —abundantemente ilustrada y enriquecida con numerosos dibujos, fotografías y documentos radiográficos— está dividida en tres partes. La *primera*, consagrada a la *semiología general*, estudia los signos más corrientes: fluctuaciones, edemas, schock traumático, infección de la piel; semiología vascular, ósea, articular, etc.

La *segunda* trata de la *semiología regional*; semiología arterial del miembro superior; exploración de las grandes articulaciones; afecciones de la cara, de la boca, del cuerpo tiroides; a los tumores del pecho; a la semiología abdominal, etc.

Finalmente, la *parte tercera* va dedicada a la radiología elemental del aparato digestivo, región biliar, vascular, etcétera, y ha sido enriquecida respecto a las ediciones precedentes, pues va adquiriendo un rango cada vez más importante en la semiología clínica.

Como puede verse por esta sucinta reseña, la obra, aunque destinada preferentemente al estudiante, podrá también consultarse con provecho por los médicos que hayan de someterse a ejercicios de examen o pruebas de aptitud, y cuya mente, recargada de complejas nociones, desee refrescar conocimientos elementales, a veces olvidados al cabo de mucho tiempo.

La presentación y formato es el ya habitual en esta editora, o sea, cómodo y de fácil lectura.—RICARDO HORNO LIRIA.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

SANCHÍS BAYARRI, V. (Valencia). — «UNA NUEVA SUSTANCIA ANTIVIRAL: EL "INTERFERÓN".» «*Medicina Española*», *núm. 288, págs. 193-198, marzo 1963. Valencia.*

SE hace una síntesis de los conocimientos sobre el «interferón». Se señalan los mecanismos que favorecen o impiden su aparición. Su acción parece ser dificultar y hasta impedir la multiplicación viral por un mecanismo inespecífico. La globulina gamma, la relativa anaerobiosis y los cambios de pH (variables según el agente) favorecen su acción. Sus aplicaciones no están suficientemente especificadas, ounque han dado algunos resultados interesantes.—AUTORRESUMEN.

GRAS, J., y TUSET, N. (Barcelona). — «MUCOPROTEINEMIA; VALOR CLÍNICO DE SUS VARIACIONES.» «*Medicina Clínica*», *núm. 3, págs. 174-181, marzo 1963. Barcelona.*

DESPUÉS de una introducción acerca de la naturaleza de las glicoproteínas en general y de las mucoproteínas, seromucoide o glicoproteínas percloro solubles en particular, se estudia el valor clínico de la variación de estas últimas, basado en el examen de una serie de trescientos cuarenta y un enfermos. Del análisis de un grupo de ciento veintisiete pacientes de diversas hepatopatías se destaca el interés de su valoración en el diagnóstico diferencial de las ictericias y de las cirrosis. El estudio de la mucoproteinemia presenta también interés como dato inespecífico de actividad en los procesos reumáticos, lo que se comprueba en una serie de ciento cuarenta y nueve enfermos. De los datos aportados no pueden establecerse conclusiones seguras en relación a las nefropatías, plasmocitoma y macroglobulinemia. Finalmente, en una serie de treinta pacientes afectos de carcinomas de diverso tipo, se deduce el valor de la mucoproteinemia como dato de presunción diagnóstica. — AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

FONT-PUIGDERRAJOLS, J. M. (Barcelona).—«COBALTOTERAPIA EN LAS NEOPLASIAS DEL ESÓFAGO.» «*Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*», *volumen XXIII, núm. 2, págs. 173-183, marzo-abril 1963. Barcelona.*

EN este trabajo se llega a las siguientes conclusiones: 1.ª La cobaltoterapia es un método que hay que tener en consideración como tratamiento paliativo del cáncer esofágico y a él deberá recurrirse: *a*) En las neoplasias del tercio superior y medio del esófago, que por su gran mortalidad representa un gran riesgo tratarlas quirúrgicamente. *b*) Cuando las lesiones neoplásicas sean de tal extensión que hagan imposible toda tentativa quirúrgica. *c*) En el caso de existir metástasis. *d*) Cuando el enfermo rechace la intervención.

2.ª Considera los que debería emplearse la cobaltoterapia como procedimiento auxiliar, en los períodos pre y postoperatorio del cáncer del esófago.—AUTORRESUMEN.

DE MIGUEL, J. (Valladolid).—«HERNIA DEL HIATUS.» «*Cirugía, Ginecología y Urología*», *vol. XVII, núm. 2, págs. 90-103, marzo-abril 1963. Madrid.*

A propósito de la revisión de un grupo de cuarenta y cuatro hernias hiatales, se hacen consideraciones de tipo clínico y terapéutico.

La hernia hiatal fue observada últimamente en el 3'7 por ciento de todos los enfermos aquejando cualesquiera afección del aparato digestivo.

En un 34 por ciento se presentaron hemorragias en forma de hematemesis o melena. Complicaciones más graves del tipo de la estrechez esofágica organizada en el 2'2 por ciento.

Con la hernia del hiatus coexistió otra enfermedad digestiva de importancia en el 18'1 por ciento de los casos, casi siem-

pre una úlcera duodenal o una litiasis biliar.

Se razona la conveniencia de dar preferencia al abordaje abdominal en el acto operatorio, reservando la vía torácica para los casos de complicación esofágica seria.

La existencia de dos o más lesiones asociadas debe obligar a la actuación quirúrgica sobre cada una de ellas.

Se hacen consideraciones técnicas aplicables a los diferentes estadios que puede presentar una hernia hiatal. — AUTORRESUMEN.

CARDIOLOGÍA

ALÉS REINLEIN, J. M. (Madrid).—«ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA; REVISIÓN DE 89 CASOS.» *«Revista Clínica Española», tomo XC, núm. 1, págs. 14-17, julio 1963. Madrid.*

COMO resumen de su trabajo, concluye: 1.°, que la endocarditis bacteriana subaguda es una enfermedad felizmente de escasa importancia, en relación con las demás formas de endocarditis; 2.°, que su frecuencia tiende a disminuir, sin duda a consecuencia del uso profiláctico de los antibióticos; y 3.°, que a pesar de los medios terapéuticos de que disponemos en los últimos veinte años, la endocarditis bacteriana subaguda es todavía una enfermedad grave, puesto que ofrece una supervivencia global del 70 por ciento, y parcial del 80 por ciento en la enfermedad producida por estreptococos del grupo viridans, y solamente del 56 por ciento en las enfermedades producidas por otras bacterias.—AUTORRESUMEN.

BOTAS GARCÍA-BARBÓN, V. (Oviedo). «FIBRILACIÓN VENTRICULAR.» *«Medicina Clínica», núm. 3, págs. 195-199, marzo 1963. Barcelona.*

SE presenta la historia clínica y electrocardiográfica de dos casos, de fibrilación ventricular, recogidos en nuestra práctica privada; uno de ellos, realmente excepcional, prolongado, de gran duración e iterativo, que contra toda previsión y todo pronóstico logró una recuperación satisfactoria, viviendo ocho años libre de molestias, con la única medicación de sulfato de magnesia y morfina intravenosa, único agente que fue en realidad eficaz. Falleció tras una larga serie de crisis, algunas de ellas de enorme duración.—AUTORRESUMEN.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

GIL VERNET, E.; ROYO TOMÁS, J., y QUÍLEZ BURILLO. J. (Barcelona). — «SÍNDROME ADRENO-GENITAL.» *«Medicina Clínica», núm. 2, febrero 1963. Barcelona.*

SE presenta un caso de síndrome adrenogenital congénito en una paciente de trece años con amenorrea, virilismo e hipocrecimiento.

Se trató con dexametasona, guiado por las dosificaciones de 17-CO y 17-OH, citología, curvas en temperatura basal y la clínica buscando siempre la dosis mínima útil.

Durante el tratamiento observamos la aparición de la menarquia y disminución del síndrome de virilización. En cuanto a la talla no hubo modificaciones, teniendo en cuenta que cuando la paciente vino a nuestro servicio ya presentaba una soldadura franca de las epífisis. — AUTORRESUMEN.

URGELL, J. M.ª (Barcelona).—«ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO Y OVARIO.» *«Medicina Clínica», núm. 3, págs. 185-194, marzo 1963. Barcelona.*

SE estudian los ovarios de veintisiete pacientes afectas de adenocarcinoma de endometrio, y se encuentra hiperplasia del estroma de la cortical del ovario en el 72'4 por ciento de los casos.

En dieciséis pacientes se practican dosificaciones hormonales; la tasa de eliminación de las gonodotropinas urinarias se halló elevada en catorce casos. Las cifras de dosificación oscilan entre 15 y 350 u. r. en veinticuatro horas, con un promedio de 80 u. r. en veinticuatro horas.

La estronemia es baja en diez casos, normal en cinco y negativa en un caso.

El pregnandiol urinario ha sido prácticamente negativo en todas las pacientes.

Las cifras de los 17-cetosteroides son ligeramente más bajas que las normales, siendo el promedio de 5'9 mg. en veinticuatro horas.

Se establece una cierta relación entre gonadotropinas, hiperplasia del estroma de la cortical del ovario, hiperplasia del endometrio y carcinoma.

El análisis de nuestros resultados y la consulta de varios trabajos de investigación sobre este tema, nos inducen a pensar que la elevada producción de hormonas gonadotropas, al actuar durante largo tiempo sobre los ovarios, puede dar origen a una hiperplasia del estroma cortical, el cual probablemente es una fuente de producción de pequeñas cantidades de estrógenos segregados por las suprarrenales y en ausencia de la progesterona, podría dar lugar en ciertos casos a una hiperplasia del endometrio, hiperplasia que conduciría al desarrollo del carcinoma en pacientes predispuestos a ello. La transformación maligna estaría determinada por ciertas condiciones orgánicas desconocidas en la actualidad.—AUTORRESUMEN.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, A. (Granada).—«TRATAMIENTO RÖNTGEN DE LAS TIÑAS DEL CUERO CABELLUDO.» *«Actualidad Médica», núm. 462, págs. 366-382, junio 1963. Granada.*

NUESTRA conducta a seguir en este tratamiento röntgen para la depilación temporal del cuero cabelludo ha sido:

Solicitar siempre el diagnóstico de la micosis por parte del compañero que prescribía la depilación röntgen, no habiendo encontrado diferencia de respuesta de la röntgenoterapia ante las diferentes formas de tiñas tonsurantes tratadas. Por ello, una vez diagnosticada la presencia de tiña en el cuero cabelludo, procedíamos a la irradiación total o parcial del cuero cabelludo; esto dependía de la edad del paciente. Una vez administrada la dosis röntgen, ordenábamos el aislamiento del niño hasta la caída total del pelo, para evitar que fuese portador (foco de contaminación para otros). Ya totalmente depilado pasaba al especialista dermatólogo, que dirigía su tratamiento coadyuvante medicamentoso correcto, esencial para una eficacia terapéutica, y en su defecto causa de casi todas las recidivas cuando no son reinfecciones.

Hemos considerado siempre como normas eficaces en la lucha contra la tiña:

1.ª El diagnóstico clínico precoz.
2.ª El diagnóstico de laboratorio.
3.ª Tratamiento röntgen para la depilación temporal.
4.ª Aislamiento del niño hasta la caída total del pelo.
5.ª El tiempo transcurrido desde la caída total del pelo hasta el nuevo rebrote, tiempo con margen necesario para hacer el tratamiento medicamentoso y que el hongo termine antes del nuevo brote de pelo.
6.ª La eliminación tajante de los focos de contaminación animal (perros, gatos, etcétera), sacrificio de ellos y quemarlos o solicitar la ayuda de los servicios de veterinaria, según los casos y circunstancias.

Hasta aquí, esta ha sido nuestra conducta, método y participación en el tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo como radiólogo.

Al someter este modesto trabajo a la consideración de los médicos, quiero con ello rendir tributo de homenaje y admiración al gran aporte que la radiación röntgen tuvo en el tratamiento de las tiñas del cuero cabelludo, desde que DANIEL, en el año 1896, señaló «...que después del examen radioscópico del cráneo de un niño, observó la caída de los cabellos no acompañada de dolor ni modificaciones de la piel...», siendo éste a su vez el primer efecto biológico de los rayos röntgen conocido, hasta la aparición, en nuestros días, de la griseofulvina, cuyos resultados terapéuticos son tan loables, que esperamos que con ella termine este «azote» de tiña, de la que tanto abunda en nuestra región geográfica.—AUTORRESUMEN.

MAÍZ BERMEJO, S. (Santiago de Compostela).—«MICOSIS FUNGOIDE.» *«Medicina Clínica», núm. 2, págs. 82-90, febrero 1963. Barcelona.*

DADO que, según se desprende de las estadísticas, la micosis fungoide parece que no es tan infrecuente como en otros tiempos se sostenía, el autor hace un detenido estudio de la clínica, histopatología y diagnóstico, dando cuenta de las actuales tendencias etiopatogénicas y terapéuticas, en cuyo terreno quedan todavía grandes huecos por rellenar. — AUTORRESUMEN.

APARATO RESPIRATORIO

SERRANO MUÑOZ, F. (Madrid).—«TRAUMATISMOS GRAVES DEL TÓRAX.» *«Revista Clínica Española», tomo XC, núm. 1, págs. 1-8. julio 1963. Madrid.*

LA norma de tratamiento que siguen Gray y colaboradores es: tratar, primero, el shock; corregir la alteración funcional respiratoria, y, tercero, tratar cualquier complicación.

Lo inmediato en toda herida comunicante con trauma-apnea (o herida soplante) es cubrirla con un vendaje con vaselina apretado. En todo enfermo con shock por accidente no se recuperará con simple transfusión de sangre hasta que no se cierre la herida respirante, y la tensión arterial no se recuperará si al

mismo tiempo no se corrige un neumotórax a tensión.

Una vez corregido el shock y el neumotórax a tensión, se estudiará al enfermo haciendo radiografía anterolateral y posterior. Si existe neumotórax o hemotórax se hará aspiración pleural, que se repetirá cuantas veces sea necesario.

En muchas ocasiones habrá que poner un drenaje intrapleural con aspiración continua. Las indicaciones para drenaje y aspiración continua son: 1) Neumotórax a tensión. 2) Herida torácica con trauma-apnea. 3) Enfisema subcutáneo intenso. 4) Hemotórax recurrente, después de varias punciones intrapleurales.

Muy importante es mantener las vías respiratorias limpias. Muchas veces tendremos que recurrir a una traqueotomía y a veces a un respirador automático asociando aspiración intratraqueal, bien a través de la cánula de traqueotomía, o bien por nariz.

No dejaremos de repetir la enorme importancia que tiene el mantener la función respiratoria lo más normal posible. Para facilitar la expectoración y la tos estará indicado a veces hacer un bloqueo intercostal para disminuir el dolor.

Para disminuir el peligro de empiema, además del drenaje y de las punciones pleurales, haremos un tratamiento con los cloraantibióticos adecuados.

Indicaremos una toracotomía exploradora: cuando el neumotórax y hemotórax no respondan al drenaje costal continuo con aspiración, cuando exista una hemorragia persistente por lesión de los vasos mamarios o intercostales o pulmonares, cuando existan coágulos organizados en la cavidad pleural; si éstos son pequeños se podrán tratar con estreptoquinasa, pero cuando estos coágulos sean abundantes o no respondan a la estreptoquinasa, estará indicada hacer una toracotomía con limpieza de la cavidad pleural para evitar el empiema o la disminución de la función pulmonar como consecuencia del engrosamiento pleural; cuando existan heridas grandes con fractura de costillas; en estos casos, además de la limpieza de la cavidad pleural, haremos una fijación de la pared del tórax. También indicaremos toracotomía cuando exista gran destrucción pulmonar, cuando existan heridas cardíacas o de los grandes vasos, o lesiones del esófago. — AUTORRESUMEN.

UROLOGÍA

DEL RÍO, G., y PI FERRER, A. (BARCELONA). — «TRATAMIENTO COMBINADO DEL SÍNDROME NEFRÓTICO CON SOLUCIONES CONCENTRADAS DE SEROALBÚMINA HUMANA Y DIURÉTICOS.» «*Medicina Clínica*», *número 2, págs. 109-114, febrero 1963. Barcelona.*

EL tratamiento sintomático con soluciones concentradas de seroalbúmina humana, saluréticos y espirolactonas, resulta muy útil en la crisis de síndrome nefrótico, aun sin el empleo de corticosteroides. La crisis diurética, eliminación del edema y disminución de peso resultan espectaculares ya en las primeras cuarenta y ocho horas. La mejoría de la disproteinemia es también evidente. La proteinuria resulta inmodificada.

Cuando el tratamiento se realiza además con dosis adecuadas de corticosteroides, la mejoría transitoria lograda se hace permanente y la proteinuria desaparece.

El tratamiento con seroalbúmina se considera de elección en los síndromes nefróticos secundarios y en aquellos casos de nefrosis genuina en que por circunstancias particulares (infección, gran disproteinemia, desnutrición o anasarca) conviene remontar con rapidez el estado del enfermo.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

CIRUGÍA

PRADIER, R., y PILHEU. R. — «PRE Y POSTOPERATORIO DE LOS VACIAMIENTOS GANGLIONARES CERVICALES.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 25, págs. 1.195-1.202, septiembre 1962. Buenos Aires.*

BASÁNDOSE en su experiencia de ciento diecisiete vaciamientos cervicales, abordan los autores este tema.

En el preoperatorio aconsejan hacer un estudio sanguíneo completo, determinación del volumen sanguíneo y reposición en caso necesario, electrocardiograma y radiografía de tórax. En los trastornos de deglución corregir la desnutrición. Examen odontológico y tratamiento de las sepsis dentales. La edad avanzada no es contraindicación para la operación.

En el postoperatorio aconsejan posición semisentada, aspiración de secreciones faríngeas y traqueales, sedación del dolor, alimentación adecuada, antibióticos en las operaciones combinadas, traqueotomía, deambulación precoz.

En las complicaciones postoperatorias mencionan: 1.ª Nerviosas: traumatismos del vago, frénico, simpático cervical, hipogloso, plexo braquia, lingual. 2.ª Vasculares: consecutivas a las ligaduras de las carótidas, embolias gaseosas, desgarros de la yugular interna, lesiones del conducto torácico y la gran vena linfática. 3.ª Cutáneas. 4.ª Pleuromediastinopulmonares. 5.ª Gástricas.

Finalizan dando una mortalidad operatoria de 2'7 por ciento para los vaciamientos simples y de 20 por ciento en los combinados.—J. RIVERA.

APARATO DIGESTIVO

OLIVA, G.; CALANDRA, P., y MARRI, G. (Perugia). — «TRATAMIENTO DE LOS SÍNDROMES GLOSOPÁTICOS CARENCIALES EN EL HOMBRE CON JUGO GÁSTRICO HUMANO NORMAL.» (*Tratamento di sindromi glossopatiche carenziali nell'uomo con succo gastrico umano normale.*) «*Min. Med.*», *54, 9, 279. Torino, 1963.*

LAS alteraciones de la lengua, subjetivas, como parestesias, dolor o escozor, y objetivas, como enrojecimiento, descamación, alteración de las papilas, etc., constituyen manifestaciones importantes en buen número de alteraciones carenciales. Unas veces por falta de hierro (anemia ferropénica), otras por falta de vitamina B_{12} (anemia perniciosa), o por carencia de vitaminas específicas (avitaminosis B_1, B_2, B_6, ácido adenílico, etc.), así como en las alteraciones digestivas del tipo de los síndromes de malabsorción o esprue, alteraciones hepáticas, individuos sometidos a la acción de antibióticos de amplio espectro, etc., es común la producción de una glosopatía que alcanza importancia especial para el diagnóstico, y que muchas veces persiste después de corregida la causa fundamental.

Los autores consideran que esta glosopatía es una manifestación de déficit oxidativo a nivel tisular y proponen la administración de jugo gástrico humano normal por vía parenteral para combatir estas situaciones. El mecanismo de acción del jugo gástrico normal en estos enfermos no es claro, ya que su contenido en hierro o en vitamina B_{12} (que pudiera explicar una acción específica en algunas glosopatías), es realmente pequeño.

Consideran que el jugo gástrico normal activa el metabolismo celular a nivel de todos los tejidos y especialmente en las mucosas digestivas. Y esto que no pasa de ser una hipótesis de trabajo sin comprobar, es lo que motiva la publicación del trabajo que comentamos como una nota previa.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CARPANELLI, J. B., y LASCANO, H.— «HEMORRAGIA MASIVA POR ÚLCERA GASTRODUODENAL.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 35. págs. 1.607-1.613, octubre de 1962. Buenos Aires.*

A pesar de ser un tema muy tratado, los autores procuran actualizarlo al objeto de establecer la conducta a seguir en cada caso.

En unas consideraciones generales tratan de resolver si es una hemorragia masiva, si es primaria o recurrente, la causa, el complejo edad - estado de la úlcera, que podrá hacer prever el curso de la hemorragia, y la técnica aconsejable en caso de decidirse a operar.

En sus conclusiones exponen la conducta a seguir en la úlcera crónica. en la de reciente evolución, cuando no hay diagnóstico clínico de certeza, al encontrar una esplenomegalia, al encontrar una vesícula tensa, pletórica, que no se evacua por expresión digital, y en caso de coexistencia de este tipo de vesícula y lesión gastroduodenal.—J. RIVERA.

DERMATOLOGÍA

CAÑIZAL, B.—«APORTE DE LA VALORACIÓN DE LA PROCAINIZACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 50, págs. 2.115-2.124, diciembre de 1962. Buenos Aires.*

EMPLEA el autor una técnica de procainización crónica discontinua intramuscular intensiva, combinada con extractos placentarios en la mitad de los casos.

Se trata de siete hombres y siete mujeres entre treinta y cinco y noventa y ocho años, con un psoriasis de cuatro a sesenta años de evolución, y con una patología general colateral muy profusa.

El período de tratamiento y control médico osciló entre dos y nueve meses y medio.

Fue evidente la mayor regresión de la enfermedad en el sexo masculino que en el femenino, con mayor regresión en los pacientes de mayor edad, no viéndose diferencia en los casos tratados con y sin extracto placentario.

La respuesta general fue muy buena o buena en once de los casos, enfocándose la mejoría fundamentalmente en los síntomas neuropsíquicos vasculares y articulares menores.

Considera el autor, pues, que la procainización intramuscular, mediante un preparado que asocia 100 mg. de sal poco soluble de procaína (hachecaína) y 20 mg. de acetato de dehidroisoandrosterona, es de gran utilidad para el tratamiento de fondo del psoriasis, en manos del médico general, especialmente en pacientes involutivos, cuyo estado general también se beneficia con esta medicación. J. RIVERA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

NOLTING, D., y otros.—«ESTUDIO DE LA COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA EN LAS PAREJAS ESTÉRILES.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 53, págs. 2.195-2.197, diciembre de 1962. Buenos Aires.*

SELECCIONAN ciento ochenta y siete parejas y concluyen que la proporción de los grupos sanguíneos del sistema ABO, y la distribución de las aglutininas del sistema Rh, en los hombres y mujeres integrantes de las parejas estériles, es bastante similar a la de la población en general, de modo que por el momento no puede aceptarse que alguna aglutinina en particular de las integrantes de uno u otro sistema sea de por sí una causa de esterilidad.

No se puede explicar en forma fehaciente la razón de la mayor proporción de incompatibilidades potenciales o reales en los integrantes de las parejas estériles. Quizá la explicación podría estar en una alteración del mecanismo normal de la fecundación relacionado con dicha incompatibilidad.—J. RIVERA.

PAOLA, G., y OTTURI, J. «CARCINOMA PRIMITIVO A LA VAGINA.» «*La Semana Médica*», *tomo 122, núm. 1, págs. 1-12, enero de 1963. Buenos Aires.*

HACEN notar cómo el carcinoma de vagina, con excepción del tubárico, es el menos frecuente de los carcinomas genitales.

Se proponen informar acerca de cuarenta y siete casos primitivos, respetando las condiciones exigidas por la Subcomisión de Radiología del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones.

Estudian la frecuencia. edad y paridad. El carcinoma descubierto durante el embarazo, los antecedentes menstruales.

Describen la sintomatología, el tiempo de demora entre el comienzo de los síntomas y la consulta, la localización de las lesiones y la propagación.

Seguidamente, la evolución, patología e histología, y, finalmente, el tratamiento: quirúrgico, radiológico y combinado. — J. RIVERA.

CARDIOLOGÍA

BENAVIDES, P. H.; MORALES, D., y NAVARRO, F.—«ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN CORONARIA EN CUARENTA Y UN CORAZONES CON TETRALOGÍA DE FALLOT.» «*Archivos del Instituto de Cardiología de México*», *tomo XXXII, núm. 5, página 602. 1962.*

LOS autores muestran en este trabajo, que ha sido presentado al IV Congreso Mundial de Cardiología, las anomalías coronarias que pueden ser las causantes de que la intervención quirúrgica de la tetralogía de Fallot no alcance el resultado apetecido.

Los autores, en piezas fijadas con formol, con el diagnóstico de tetralogía de Fallot, estudiaron la distribución de las coronarias visibles en la superficie de la pared anterior del ventrículo derecho, para conocer en cuantos casos alguna coronaria cruzaba el infundíbulo.

Los casos se dividieron en cuatro grupos: 1.° Diecisiete casos con distribución normal. 2.° Catorce casos en los cuales la arteria infundibular era muy larga y llegaba hasta cerca del ápex. 3.° Ocho casos en los que alguna rama coronaria importante atravesaba el infundíbulo. 4.° Dos casos de arteria coronaria única, una izquierda y otra derecha.

Mencionan tres casos operados de corrección total de tetralogía de Fallot, que probablemente murieron a consecuencia de la sección de una coronaria anómala. BOZAL URZAY.

COTTET, J., y CLOARET, M.—«EL SÍNDROME BIOQUÍMICO DE LA ATEROSCLEROSIS.» (*Le syndrome biochimique de l'athérosclérose.*» «*Coeur et Médecine Interne*», *tomo II, núm. 1, pág. 33. 1963.*

LOS autores han realizado este interesante trabajo en el Centro de Estudios Clínicos y Biológicos de la Aterosclerosis del profesor Lemaire —Hospital San Antonio, de París—. La publicación, toda ella impregnada de gran sentido práctico, se refiere a la valoración del síndrome bioquímico de la aterosclerosis —término discutido, como los autores dicen— en

aquellos pacientes portadores de lesiones arteriales de aspecto estabilizado y de aquellos otros *sujetos aparentemente normales*. No se refieren a las otras etapas de la enfermedad, ya sea la de preinfarto o en el curso de él. El síndrome bioquímico que analizan comprende esencialmente las perturbaciones del metabolismo lípido y de la coagulación. Independientemente de la revisión bibliográfica que hacen los autores, las conclusiones que expresan tienen su fundamental apoyo en la experiencia personal.

En el primer apartado del trabajo se refieren al estudio de los lípidos séricos normales. Colesterolemia normal, factores que pueden influir en la colesterolemia normal (influencia de los métodos de determinación, de la alimentación, variaciones en el curso del día, variaciones con la edad, sexo, ciclo menstrual, raza, actividades profesionales, constitución). Seguidamente analizan su casuística, que se basa en el estudio de quinientos sujetos, a los cuales les hicieron la determinación de colesterol por el método de Delsal, y en el mismo laboratorio. En la parte segunda estudian por diferentes métodos de laboratorio los lípidos totales y lipoproteínas. Seguidamente estudian los lípidos séricos en el curso de la aterosclerosis (infartos y angina de pecho, arteritis de los miembros inferiores y hemiplejía de origen vascular). Continúan su trabajo comentando —a la luz de sus observaciones— el valor del síndrome bioquímico en la práctica médica. Hacen los autores una revisión de los diferentes métodos de laboratorio, se hacen la pregunta: ¿qué método debemos retener?

¿Cuáles son las cifras «normales» para los sujetos de cuarenta a setenta años?, se preguntan:

Las colesterolemias superiores a 3 gramos por mil constituyen una zona peligrosa. Las situadas entre 2 y 3 gramos por mil constituyen la zona de incertidumbre. Las colesterolemias inferiores a 2 constituyen una zona de seguridad. En relación con los lípidos totales, los autores también hablan de tres zonas: zona de inseguridad, aquella en que las cifras son superiores a 7'5 gramos por mil; zona de incertidumbre, la que está situada entre 6 a 7'50; zona de seguridad, a la situada por debajo de 6.

También los autores enlazan el síndrome bioquímico con las indicaciones terapéuticas. Una colesterolemia superior a 3, una lipemia total superior a 7'50, una reacción de Kunkel superior a 60 unidades Vermes. un test de papel a tricloroetileno superior a 0'20 gramos imponen un tratamiento hipocolesteromiante. Si los resultados del laboratorio están situados en la zona de inseguridad, la decisión del tratamiento dependerá de la antigüedad de la dolencia, de la presencia de hipertensión, de la existencia de una aterosclerosis cierta —angina de pecho, anomalías electrocardiográficas y balísticas— y antecedentes hereditarios. Si los resultados del laboratorio orientan hacia el síndrome de hiperlipemia esencial, la heparina, los cuerpos de acción heparinoide, régimen de alimentación muy pobre en grasas se impone. Si los datos del laboratorio orientan hacia la hipercolesterolemia esencial, el régimen compuesto de 40 a 50 gramos por día de aceites ricos en ácidos grasos no saturados, los hipocolesteromiantes están indicados. La hormonoterapia se tendrá a la vista solamente cuando se acuse alguna manifestación coronaria.—BOZAL URZAY

PEDIATRÍA

HAROLD W. DARGEON (Nueva York).—«TUMORES INTRAABDOMINALES EN PEDIATRÍA. PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.» «*Archivos de Puericultura y Pediatría*», *números 86-87, páginas 23-27, agosto-octubre de 1962.*

ESTOS tumores primarios intra-abdominales o retroperitoneales, son los procedentes de restos renales (T. de Wilms) o de los neuroblastos simpáticos (simpático-blastomas).

Los tumores primarios del tracto gastro-intestinal, hígado. páncreas y bazo, aparecen tan raramente en los niños que no se consideran.

Las estadísticas del Memorial Hospital comprenden ciento treinta y cinco neuroblastomas, de los cuales cincuenta y uno se iniciaron en abdomen o pelvis, y ciento veinte tumores de Yilms.

El tratamiento *general* consiste en medidas de sostén y elevación del estado general del enfermito, en las que se incluyen la psicoterapia.

El tratamiento quirúrgico es el de extirpación precoz de los tumores de Wilms y neuroblastomas.

Cuando las condiciones generales del enfermito sean nefastas, procurar la recuperación lo más rápida posible para no demorar la intervención.

Se investiga la función renal del riñón sano en los tumores renales, y cuando el tumor de Wilms es bilateral, estudiar para cada caso el problema de la extir-

pación de un riñón y la aplicación de la radioterapia en el otro.

Cuando la extensión del tumor haga peligrar la vida del enfermo en una extirpación demasiado radical, tratar primero con radioterapia.

La radioterapia post-operatoria comenzarla el mismo día de la intervención, o todo lo más a las veinticuatro horas de su extirpación, cuando así sea posible.

La dosificación es de 3.000 R. en veintiún días, en el lecho tumoral, para el tumor de Wilms; 2.500 R. en veintiún días, también en el lecho tumoral, para el neuroblastoma, y 1.000 a 1.500 R en las metástasis óseas, dos semanas.

La *quimioterapia* la emplea el autor en casos de recurrencia o de metástasis. Actinomycina-D, 0'75 mg. por kilo de peso, en cuatro dosis intravenosas, o la Actinomycina RS4, 1'5 mg. por kilo de peso, diariamente, durante diez días, también intravenosa. Se pueden combinar con radioterapia. Esta pauta en el tumor de Wilms.

Desde la vitamina B_{12} hasta los antimetabolitos, etc., fueron empleados en el neuroblastoma por la evolución inesperada de estos tumores, y hasta a su regresión espontánea a veces. El autor emplea las mostazas nitrogenadas en cuanto el estado general y hematológico del enfermito lo permite. Si se tolera bien, hasta un año.

El pronóstico grave no fue fatal en ciertos casos, ya que de los ciento veinte niños de tumores de Wilms y de los cincuenta y uno con neuroblastoma, ocho de cada grupo vivieron más de cinco años bien, y los de estos últimos tumores a los cinco años no presentaban ningún síntoma de enfermedad también ocho niños.

La supervivencia baja está un poco enmascarada por los casos tratados sin tener en cuenta el atraso con que se llevaron a cabo sus tratamientos.

El *linfosarcoma* es raro, a pesar de que la *leucemia* es más frecuente en Estados Unidos. En mil trescientos tumores malignos en los niños, sólo aparecieron setenta y cinco linfosarcomas.

Más frecuentes en abdomen y en área retroperitoneal.

Algunos de ellos en niños cuyo cuadro clínico eran invaginaciones intestinales.

La intervención quirúrgica, cuando sea factible; la radioterapia de 1.500 R, veintiún días. Mostaza nitrogenada, 0'4 miligramos por kilo, intravenosa post-radioterapia.

Cuando las condiciones generales del paciente y hematológicas lo permitan, dar Methotrexate, '625 mg. a 2'5 mg., si es bien tolerado por boca, durante un año; luego tres semanas, seguidas de una de descanso. dos años más.

Supervivencia, mejor de lo que se piensa: setenta y cinco pacientes con veintiún supervivientes. Quince viven bien a los cinco años de comienzo; un superviviente de veinte años; dos de quince años; cinco de más de diez años, y los otros siete entre cinco y diez años.

Respecto a los tumores genitales, los de pene rarísimos en los niños; sólo un caso de sarcoma de células espinosas, se trató con radioterapia y murió a los ocho meses.

Los quistes y angiomas que pueden aparecer en el escroto son raros, como los de testículos y los de cordón espermático.

En las hembras recoge el autor once tumores de ovarios tratados quirúrgicamente todos ellos, a ocho de los cuales se reforzó el tratamiento con radioterapia.. Sólo sobrevivieron dos.

Los tumores de útero, raros; sólo carcinomas de cérvix rarísimos.

En vulva, los hemangiomas deben ser tratados; también en vagina, ya que estos no son raros. La crioterapia y las inyecciones esclerosantes o la cirugía.

UROLOGÍA

APRA, R., y BALTER, I. «EDEMA EN LAS NEFROPATÍAS.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 54, págs. 2.231-2.236, diciembre 1962. Buenos Aires.*

Los autores encauzan la atención hacia el aparato glomerular para explicar el origen del edema en el síndrome nefrótico.

Estudian su estructura en el microscopio electrónico, encontrando tres capas que intervendrían de un modo activo en la filtración glomerular.

En los casos patológicos observan las alteraciones con dicho microscopio y tratan de explicar cómo se origina el edema.

Abordan seguidamente los conceptos fundamentales que rigen la terapéutica en el síndrome nefrótico. Emplean el ACTH o la prednisona, o sus equivalentes antibióticos, punciones, dextrán, reposo y dieta.

Seguidamente explican el edema en la glomerulonefritis aguda, destacando respecto al tratamiento que en vez de ser etiológico es patogénico, tratando de mantener al paciente lo más equilibrado posible, para ayudar a que se produzca la regresión espontánea de la enfermedad. J. RIVERA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA. BARCELONA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 21 DE JUNIO DE 1963

BASSAS GRAU, M. — «NUEVAS MODALIDADES DE LA TERAPÉUTICA ESTEROIDE: UTILIZACIÓN TERAPÉUTICA DE LA TRIAMCINOLONA EN CURA OCLUSIVA; INFILTRACIÓN INTRALESIONAL Y DEPÓSITO.»

Se han presentado tres nuevas técnicas de administración de esteroides, que suponen un indudable adelanto en el aspecto terapéutico, ya que todas ellas tienden, en conjunto, a ampliar los efectos con un mínimo de dosis y de trastornos secundarios. permitiendo, al propio tiempo. un mejor control del paciente por parte del médico.

Las técnicas anteriormente mencionadas han permitido la superioridad terapéutica que, en dermatología, posee la triamcinolona frente a la hidrocortisona.

Cada una de las técnicas descritas, poseen unas indicaciones precisas que obligan a una previa selección de los casos, y a la debida valoración de las circunstancias de aparición, extensión y localización de los síntomas, gravedad del proceso, etc.

La valoración en conjunto de cada una de las técnicas anteriormente consideradas permite establecer el siguiente orden de efectividad práctica: *a*) infiltración intralesional; b) terapéutica oclusiva, y c) terapéutica depósito.

No obstante este orden de valoración, cada una de ellas posee sus indicaciones precisas, obligando, en consecuencia, y como ya se ha dicho, a una previa selección de casos y valoración de las circunstancias de aparición, extensión, localización y gravedad del proceso. Unicamente, en cada caso, una terapéutica oportuna y eficaz.

NAVARRO ESTEBAN, J. M.ª, y ANDOLZ PEITIVÍ, P. — «EL FUNDAMENTO E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS DEL REUMATISMO.»

En la comunicación se describen las reacciones serológicas más corrientes practicadas en los laboratorios para el diagnóstico de los procesos reumáticos de origen estreptocócico.

Clasifican estas pruebas en dos grandes grupos. El primero, aquellas pruebas basadas en las reacciones antígeno - anticuerpo, de la que la más utilizada es la determinación de título de las antiestreptolisinas, y el segundo grupo por reacciones que ponen de manifiesto alteraciones que se producen en las diversas fracciones globulínicas, de las proteínas plasmáticas, y que son principalmente: la reacción de Yaaler-Rose, el test de fijación del látex, la investigación de la proteína C reactiva, el electroforegrama y la V. S. G.

Se pone de manifiesto que el título de antiestreptolisinas alcanza sus valores más altos en las infecciones recientes, reumatismo articular agudo, nefritis, así como también en la escarlatina y erisipela. Por el contrario, en la poliartritis crónica evolutiva y la corea, como la aparición del cuadro clínico es tardía con respecto al momento de la infección, no suele alcanzar, el antiestreptolisinas, valores demasiado elevados.

En la poliartritis crónica evolutiva, tienen más valor las pruebas de detección del factor reumatoideo, como son la proteína C reactiva y el test de látex.

Finalmente, se llega a la conclusión que la práctica aislada de una sola de estas pruebas no tiene demasiado valor, sino que deben determinarse conjunta y complementariamente varias de ellas, repitiéndolas al cabo de cierto tiempo, para ver si la positividad aumenta, disminuye o se mantiene igual.

DE DALMASES GOSÉ, R., y COTS PARCERISA, R. — «OSTEODISTROFIAS DE ORIGEN RENAL.»

Exponen de manera sucinta la influencia que el riñón puede ejercer sobre el metabolismo del tejido óseo y las perturbaciones que en él tienen lugar a consecuencia de diversos tipos de nefropatía. Relacionan las osteopatías subsidiarias de nefropatías tubulares sin síndrome de retención y pasan al estudio de las dis-

trofias óseas relacionadas con una insuficiencia renal crónica, con afectación glomerular con síndrome retencional, de las que presentan dos casos. Hacen el estudio del cuadro clínico, humoral y radiológico. Subrayan las grandes deformaciones óseas que aparecen en uno de los casos, cuyo proceso lleva una evolución de nueve años, por efecto de la ósteomalacia y de las acciones musculares antagónicas.

Hacen hincapié en la frecuencia con que en un principio estos enfermos son considerados como reumáticos, motivado por el síndrome álgico con que suele iniciarse el proceso, el que suele encubrir a las larvadas manifestaciones de la insuficiencia renal.

MAS OLIVER, J. — «EXTIRPACIONES APARENTEMENTE INCOMPLETAS DE LAS FÍSTULAS PILONIDALES.»

La extirpación de las fístulas pilonidales, seguida de la curación sin incidentes de la herida operatoria, no se obtiene aún con la seguridad deseada. Para solventar los fracasos, se han descrito muchos procedimientos, de entre los cuales el que propone servirse de la pared epitelial de la fístula para restablecer la cubierta tegumentaria.

Algunos, por creer que los intentos fallidos se deben a extirpaciones incompletas, han aumentado en superficie y en profundidad la extensión de los tejidos extirpados, alcanzando sólo con ello encontrar mayores dificultades para el logro de una perfecta coaptación de los tejidos sin tensión y puntos isquemiantes.

El mal aspecto que en todo tiempo ofrecen las heridas abiertas de que tratamos, creemos que hay que atribuirlo, en gran parte, a que dichas heridas quedan sueltas y sin estar sometidas sus paredes y superficies a presión ninguna.

Eliminadas las causas que comúnmente se supone producen granulaciones enfermas, tales como: presencia de cuerpos extraños e infecciones persistentes y repetidas; el uso de una compresión más bien ligera y no interrumpida es circunstancia muy importante para que se produzca un tejido de granulación sano, el cual es requisito indispensable para lograr una curación no diferida. Dicha compresión la conseguimos dejando aplicada sobre la gasa, permanentemente y a presión ligera, una esponja de plástico, materia dotada de gran elasticidad, y manteniendo después el conjunto ceñido con una tira o banda de goma convenientemente sujeta a un cinturón.

Así la compresión ligera a las superficies y cavidades cruentas, que parece ser de gran utilidad general, tiene un particular interés, sea aplicado en el caso de las cavidades que pueden resultar del tratamiento de las fístulas pilonidales. Su uso favorece el proceso que aproxima los bordes de la herida recubierta de granulaciones sanas, y combinado con una cura oclusiva acelera su total epitelización.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M. — «ALGUNOS ASPECTOS CLÍNICOS DEL INFARTO DE MIOCARDIO.»

Se comenta la evidentísima mayor frecuencia con que se producen infartos de miocardio en las profesiones liberales que en otras actividades, y muy especialmente entre médicos, siendo éstos, los médicos y cirujanos generales, los que en mayor proporción la sufren, seguramente por mantenida tensión emocional, tabaco, etcétera.

Aun cuando suele darse más en edades más avanzadas, no están excluídos los jóvenes, relatando el caso inhabitual de una mujer de veintiséis años que presenta un infarto anterior con gran taquicardia tras una hemorragia por ulcus duodenal.

Comenta el empleo de anticoagulantes, que, aunque su mecanismo no esté bien aclarado, parece reduce la mortalidad en las fases iniciales por menor complicación tromboembólica. Deben darse con buen control y prolongarse su uso de seis meses a un año.

El tabaco ha de suprimirse totalmente los cuatro primeros meses, pero después puede tolerarse una pequeña cantidad si su total supresión crea acentuada incomodidad y nervosismo.

El reposo ha de ser absoluto las primeras semanas, pero luego se debe autorizar una relativa movilización que no represente esfuerzo.

Aun cuando existe gran desacuerdo sobre la influencia que el consumo elevado de grasas tiene sobre la aparición de la arteriosclerosis coronaria es preferible aconsejar el reemplazar en la alimentación ordinaria las grasas saturadas y utiizar medicamentos (fenil-etil-antamida, dextrotiroxina sódica, etcétera) que interfieran la absorción y la síntesis endógena del colesterol.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 449 - TOMO LXXVI
AGOSTO 1963
SECCIÓN VARIA

LA MEDICINA Y LOS MÉDICOS EN LA VIDA Y EN LA OBRA DE LA MADRE TERESA DE JESÚS

ENSAYO INTERPRETATIVO DE SUS DOLENCIAS FÍSICAS

POR EL

DR. CÉSAR FERNÁNDEZ RUIZ

ACADÉMICO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALLADOLID
Y DE LA REAL ACADEMIA DE BELLAS ARTES
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESCRITORES MÉDICOS

PALENCIA

"Porque los frutos que cada uno dexa de sí quando falta, ellos son el verdadero testigo de su vida."
(Fray Luis de León. Prólogo a los libros de Santa Teresa. 1587.)

I

En toda la obra escrita de la Madre Teresa de Jesús aparece una constante preocupación por la salud, propia o ajena; continuas alusiones a la enfermedad, especialmente en la *Vida* y en las *Cartas*, en las que el ilustre teresianista P. BILBAO ARÍSTEGUI, en un interesantísimo librito titulado «Santa Teresa enfermera», recoge hasta quinientas treinta y tres citas de la Madre a propósito de la salud corporal, y trata de demostrar así que «la Santa de Avila tiene algo, y aún mucho que decir, en torno al eterno y cautivador misterio del organismo humano»; y que, como dice MARAÑÓN, «en Santa Teresa hay siempre minas nuevas que denunciar y explotar».

Esta misma revisión «médica» que yo hice pacientemente, página a página, sobre los escritos de la Madre, acotando cuanto hace relación a la enfermedad, suya o de los demás, me hizo comprender la importancia biográfica del tema, en el que, a poco que se estudie y se medite, nos revela a la Madre Teresa como:

Precursora en Medicina,
Conociendo perfectamente la Medicina de la época,
Respetuosa con los médicos,
Víctima del curanderismo,
Enferma de múltiples afecciones comunes,
Reaccionando toda su personalidad ante la vida,
Y ante su última enfermedad.

Con este guión, y satisfaciendo muy gustoso los deseos del Rvdo. P. BALBINO DEL CARMELO, di una conferencia en Palencia, en mayo de 1962, repetida poco

después en el Ateneo de Santander, en Valladolid, en Avilés y, por último, con las debidas ampliaciones en el aspecto científico, en la Real Academia de Medicina de Valladolid. Tal es la justificación de este estudio o ensayo, en el que, por lo menos, pusimos un gran cariño y una buena intención.

La fuente de estudio, ya lo dije, fueron las obras de la Madre Teresa y algunos de sus comentaristas y biógrafos que se citan al final. Pero lo importante para nosotros es siempre «*lo que ella escribió sobre sí misma*», con descripciones a veces insuperables y precisas, siempre con gran sencillez, finísima sensibilidad y aguda observación. La Madre en sus escritos se retrata a sí misma, en una cuidadosa autoobservación, que está para nosotros llena de enseñanzas.

El P. DONAZAR nos dice, con razón, que «*sin enfermedades no hay Teresa de Jesús*», y esta es una realidad que la propia Madre sitúa en un primer plano de su vida, y que no puede ser ignorada.

Así la ve también AZORÍN en un comentario agudísimo a la vida de la Santa, cuando nos dice: «*la nota atractiva la dan precisamente sus enfermedades*, porque la Reforma Teresiana es, en suma, una lucha intensamente dramática, una lucha heroica de Santa Teresa contra todos y contra todo, una lucha sin los elementos esenciales para vencer, *una lucha sin salud* y sin dinero. Y en difíciles momentos en que parece todo perdido, aquí está Santa Teresa, acostada, *enferma*, detrás de la reja del locutorio, esforzándose por hablar, teniendo que negociar, intentando convencer, intentando seguir adelante». Esta descripción magistral de AZORÍN nos presenta ya «*la actitud ante la vida*» de la Madre Teresa, actitud de lucha y de superación, cuya trascendencia veremos más adelante.

Lo mismo quiere expresar MILLER, al decir: «enfermedad y santidad en Teresa de Jesús, aparecen a veces simplemente como dos manifestaciones distintas de una sola y misma fuerza creadora».

Recordemos que la Madre «pidió a Dios la enfermedad, y también en eso la oyó». La pedía, porque a través de la enfermedad y del dolor se acercaba más a El; aunque también desease la salud, «que con eso se pasan mejor los trabajos y todo es fácil de sufrir».

Toda la vida de la Madre Teresa, desde la adolescencia hasta la muerte, está repleta de dolor físico y espiritual. De continuo se refiere a los que llama «*trabajos*», que son, según las ocasiones, contrariedades, desazones, incomprensiones, humillaciones, falsedades, mentiras, persecuciones; junto a un peregrinar difícil y penoso, sin detenerse ante el rigor de la estación o la inclemencia del tiempo; repleta de enfermedades orgánicas y funcionales, porque este fue su modo de andar por el mundo y por la vida, sin apartarse ni un solo momento del cometido que estaba cumpliendo, con una firme decisión que no cede ni ante los obstáculos que le ponen significados obispos.

Pero una cosa es que nuestra Madre haya tenido «enfermedades», que las tuvo con toda evidencia, y otra que se haya pretendido crear *el mito de la mal llamada «enfermedad de Santa Teresa»*; me refiero concretamente a la «*histeria*», con cuyo diagnóstico fue presentada por médicos tan eminentes como CHARCOT, PERALES GUTIÉRREZ, NÓVOA SANTOS, etc., yo no creo que con mala intención, sino sencillamente por carecer en su momento científico de otra explicación mejor. En este sentido *se escribió mucho imbricando la patología con la mística, desafortunadamente*, sin duda porque los autores no tuvieron la suerte (o no intentaron tenerla) del singular sabio ALEXIS CARREL en su evolución intelectual y espiritual, para llegar a comprender, como él lo comprendió en sus últimas "Meditaciones", «que no por el razonamiento, sino por la Plegaria, por la Oración, el hombre se pone

en contacto con Dios; y que esta experiencia de los místicos no puede ser expresada en el lenguaje corriente, porque el conocimiento que ellos logran de su objeto es semejante al del artista, o al del enamorado; no existen palabras capaces de describirlo. El conocimiento del espíritu lleva a la unión de éste con el de Dios; y la suprema ventura está precisamente en la liberación del cuerpo, incluso durante la vida, para alcanzar así el substracto del mundo, que es a la vez inteligencia y amor».

Lo mismo que nos dice MARCEL HERBERT: «los místicos en el éxtasis se sienten cerca del Señor, y alcanzan la más elevada bienaventuranza y verdad».

Todo esto es una coincidencia absoluta con la Madre Teresa cuando, al hablar de la oración, dice en sus "Cuentas de conciencia": «la voluntad ama más que entiende; más ni entiende si ama, ni que hace de manera que lo pueda decir; no se puede decir lo que es, porque aunque el alma se da a entender, no sabe cómo lo entiende, ni decirlo».

Entonces yo pregunto, ¿la anterior meditación de CARREL, el más atrayente de los biólogos modernos, no explica suficientemente cuanto la Madre nos dice de sus uniones, arrobamientos y coloquios? ¿No está clara la total independencia, en lo que la Madre insiste suficientemente, entre la mística y la patología?

Esto es tan claro, que MARAÑÓN, en el prólogo al libro de MARCELLE AUCLAIRE, escribió esto, que considero de mucha importancia para este estudio: «*En el siglo XIX incluso se habló por gentes que se suponían representantes de la ciencia, que la vida de Santa Teresa perteneció a la patología. Pocas veces la pedantería ha tomado forma tan grosera*».

No se trata, pues, en modo alguno, de explicar a través de la Medicina la vida mística de la Madre Teresa, porque en ella la patología no tiene nada que hacer ni que decir. Pero es claro que el místico puede ser enfermo, puede padecer dolencias como cualquier otro individuo; y así lo advierte el ilustre psiquíatra JEAN LHERMITTE, cuando en su libro «Místicos y falsos místicos» señala que «hay que distinguir en la vida mística lo que pertenece propiamente a esa elevación, a esa fuerza que sobrepasa los datos sensibles para alcanzar lo divino, y lo que debe considerarse como la participación de la debilidad de la naturaleza humana; porque los santos tienen sentimientos muy elevados, pero son hombres, y todos, al decir de PASCAL, «*tenemos los pies sobre la tierra*».

Precisamente por esto advierte la Madre en su «Castillo interior», que «*las visiones y las locuciones pueden ser obra del demonio, o de la enfermedad*, y conviene desconfiar de ellas al principio»; pero en seguida advierte que ella los conoce, porque producen certeza, paz, alegría interior, son *claros y distintos a los de la imaginación*.

II

LA MADRE TERESA EN SUS RELACIONES CON LA MEDICINA Y CON LOS MÉDICOS

Fue nuestra Madre una «*precursora de la higiene conventual*», aspecto muy descuidado por entonces. En sus «Constituciones» considera «gran disparate tener priora y subpriora de poca salud; quiere que las novicias estén sanas, y que las casas para Fundación reúnan buenas condiciones de salubridad».

Escribe al P. Gracián «que procure que haya limpieza en camas y paños de mesa, que *es cosa terrible no haber limpieza*», y se pregunta ¿si no hubiera agua para lavar, qué sería del mundo? Quiere que esta limpieza se extreme con las

enfermas; ordena que se dé bien de comer y bien aderezado, comiendo incluso carne, aunque sea cuaresma, si hay necesidad. Aconseja dormir en verano una hora de siesta, o descansar en silencio; y dormir siempre más de seis horas, para evitar la flaqueza de cabeza: «*pero que el sueño sea de veras,* porque si no, no dará fuerza a la cabeza, que queda más desvanecida». Dispone «que las enfermas tengan lienzo (sábanas) y colchón».

En las enfermedades distingue «los males livianos, flaquezas, y *malecillos de mujeres,* que se pueden pasar en pie, y los males recios, con calentura». La calentura es para ella una constante preocupación.

Establece que «las enfermas sean curadas con todo amor, regalo y piedad», que la priora ponga gran cuidado en que antes falte lo necesario a las sanas que algunas piedades (atenciones) a las enfermas; y recomienda «poner enfermera que tenga para este oficio habilidad y caridad», porque la Madre «quiere siempre que las enfermas sean muy bien curadas».

Todo esto significa —no olvidemos nunca que estamos a mediados del siglo XVI— un excelente concepto de lo que ha de ser la atención a las enfermas, la higiene colectiva, y de las condiciones que una buena enfermera debe reunir.

Quizá este interés reiterado por el cuidado de las enfermas sea para la Madre Teresa el esmerado cumplimiento de la encomienda que en tal sentido le hiciera el Señor, estando en Malagón en 1570, en una de sus visiones.

Otro interesante aspecto de la Madre en relación con la Medicina es el *perfecto conocimiento que tenía del «formulario terapéutico»,* de acuerdo con el saber médico de la época, pero sin creer en hechicerías, entonces muy arraigadas entre todas las clases sociales: «nunca fui amiga de devociones que hacen algunas personas, especialmente mujeres, con ceremonias que yo no podía sufrir, y después se ha dado a entender que eran supercherías». Probablemente alude con esto al libro publicado en 1540, dos años antes de escribir así la Madre, por el *Maestro Ciruelo,* titulado «Reprovación de las supersticiones y hechicerías», que tuvo gran difusión.

Pero sí que tuvo que caer repetidas veces bajo el dominio de la lanceta y de la purga: «háme dado la vida la sangría a la cabeza...», «cuando llegué a Toledo, con el sol del camino, me hubieron de sangrar dos veces y purgar, que no me podía menear en la cama según tenía el dolor de espaldas hasta el cerebro...», «con tres sangrías estoy mejor», etc. Y ella sabe, a su modo, cómo debe realizarse este tratamiento, porque en cierta ocasión *se opone con energía a que vuelvan a sangrar a la priora de Valladolid, «aunque lo diga el médico»*; es la única vez que vemos a la Madre oponerse con decisión a una orden facultativa, y seguramente que tenía ella la razón.

Las purgas cree la Madre que «deben administrarse en su tiempo». No olvidemos que Felipe II llamó a su médico VALLÉS, «el divino», por haberle administrado «valientemente» un purgante... estando la luna en conjunción. El rey curó... a pesar de la luna.

A la priora de Malagón, enferma de *tisis,* «tiene esperanza de sanarla con las *aguas de Alhama de Loja»,* que efectivamente eran muy recomendadas por los médicos para esta indicación.

No sabemos por qué tiene *mala experiencia de la zarzaparrilla para el mal de la madre* (matriz), y advierte a la priora de Sevilla «que se guarde del agua de zarzaparrilla para nadie».

En cambio, a ella le fue muy bien para «*el ojo*» (amenorrea), «que suele acaecer en sangres livianas, unos *sahumerios en la cama con erbatum-culantro-cáscaras de huevo-aceite-romero, y un poco de alhucema*».

Para el *mal de orina* escribe: «dicen que es bueno *polvo de escaramojo* maduros y secos, tomados en cantidad de medio real por las mañanas». Para un «*relajamiento de estómago*» dice que le vinieron bien *las nueces.*

Es notable lo juiciosamente que interpreta los síntomas de las enfermedades. Por ejemplo, escribe a una de sus monjas, que le dice que está hinchada: «*no piense que esas hinchazones son siempre hidropesía; guárdese de beber; infusiones de ruibarbo hizo gran provecho,* y es cosa probada». El tratamiento no puede estar más acertado, cualquiera que sea el tipo del edema, restringir líquidos y tomar un laxante; como si la Madre conociera la patogenia de los edemas.

Utiliza y aconseja el «*agua de azahar*», que dice le hace provecho, y pide a la priora de Sevilla azahar en hoja seca, al mismo tiempo que responde a una consulta que le hace: ¿cómo es ese mal que tiene en el corazón?; y añade: «*el aceite de azahar* es muy bueno, y mucho aprovecha acá cuando así se está (sabido de buenos médicos) cuatro o cinco tragos de *agua rosada*». Advierte que a ella personalmente «oler el azahar le hace *provecho al corazón,* mas no beberlo». El interés de estas observaciones sobre la acción sedante del azahar en los trastornos nerviosos del corazón (palpitaciones), es evidente, y demuestra su fino espíritu de observación.

Le hace gran provecho para el *reuma y mal de cabeza* echar por el aposento, o en el brasero, «pastillas compuestas de *anime, resina de Indias y azúcar rosado*», y para este objeto pide también a Sevilla «*coraña*» buena.

En otra ocasión alude a unas píldoras que le recetó *un médico muy grande,* pero no dice el nombre, ni la receta. Se refiere también al *jarabe del Rey de los Medos,* del que no dice la composición, pero sí que «le quitó el tormento de *la melancolía,* y aun la *calentura*».

La calentura ya dije que la preocupaba mucho, y con frecuencia dice: «cuando no hay calentura, todo se pasa...», «hasta que me escriban que está sin calentura me tiene con mucho cuidado», etc., y distingue la Madre muy bien el tipo de fiebres tercianas y cuartanas del paludismo, al que luego aludiré.

Aparte de la sangría, habla de «unturas y cosas para *templar el calor*», y aconseja el reposo.

En las *cefaleas,* que ella padecía con frecuencia, practica y recomienda el reposo intelectual: «háceme mucho mal escribir...».

Por este estilo podríamos seguir poniendo ejemplos sobre sus conocimientos de la medicina de su época; y si se repasa un recetario, o un tratado médico del siglo, y aun de siglos después, veremos que toda esta medicación a que se refiere la Madre Teresa tiene su fundamento, y veremos recomendado en las farmacopeas *el azahar* (flor de naranjo, citrus aurancium), por su acción sedante, antiespasmódica y antineurálgica. *La zarzaparrilla* (varias especies del género Smilas), para corregir vicios de la sangre, como sudorífico, es decir, como depurativo. *Las nueces* (juglans regia) son astringentes, con múltiples aplicaciones, pero en relación con la acción digestiva a que alude la Madre era empleada en infusión de corteza para la ictericia y pesadez gástrica. *El culantro* (adiantus capillus véneris), era empleado en infusión como regularizador de la menstruación, antirreumático y sudorífico; fue un medicamento tan popular, que el famoso doctor LAGUNA escribió: «*bueno es el culantro, pero no tanto*». *El ruibarbo,* se emplea el rizoma como eupéptico, purgante y contra lombrices. *El escaramujo* (o rosal del bosque), Ros

canina, por su riqueza en tanino se empleaba como astrigente, antidiarréico. *La alhucema* o Lavándula vera, en fricciones contra el reuma y contusiones, y tomado en tintura, como estimulante. En fumigaciones, como desinfectante.

Así, pues, cuanto la Madre Teresa escribió sobre el tratamiento de las enfermedades para sus conventos, supone una observación muy cuidadosa de síntomas y remedios; pero hay que advertir que la Madre no actuaba por cuenta propia nunca en estas cosas, sino que, *respetuosa con la Medicina y con los médicos*, suele decir: «me lo recetó el médico...», «trátelo con el médico...», etc. Y este respeto lo demuestra con su actitud de fidelidad cuando escribe a una de sus monjas: «si ese médico la ha entendido, no querría se curase con otro».

La Madre Teresa, precursora en psiquiatría

Es aquí en donde vemos sus mejores dotes de observación médica, al tratar de «*la melancolía*», a la que dedica un capítulo muy elocuente de las *Fundaciones*, y según Carramolino, el historiador abulense, dice que la Madre escribió un «*Tratado de la Melancolía*», del que no tenemos ninguna noticia, y cuya pérdida es de lamentar.

En este capítulo se dicen cosas magníficas, que no han podido superarse ni en nuestros días. Fíjese la atención en cuanto voy a decir, porque todo ello denota una finísima sensibilidad, un conocimiento de las personas y del mundo en que viven, y un análisis del alma que sorprende enormemente en quien, como la Madre Teresa, no tuvo ni el más elemental estudio médico, no leyó libros de Medicina; y, sobre todo, situándolo en la época en que escribió.

Advierte a las superioras «que *el humor de melancolía es tan sutil que se hace mortecino para cuando es menester*, y así no lo entendemos hasta que no se puede remediar».

«*Son tantas las invenciones que hace este humor para hacer su voluntad*, que es menester buscarlas para como sufrirlo, *y gobernar sin que haga daño a las otras*»: porque «*harto más valdría no fundar, que llevar melancólicas que estraguen la casa*».

Era el mal por entonces muy frecuente entre las jóvenes acomodadas y caprichosas; la Madre lo sabe muy bien, y advierte: «*ahora se usa* (de la enfermedad) *más que suele, y es que toda la propia voluntad y libertad llaman ya melancolía*» (diríamos neurastenia, mala educación).

A esta sagacidad en el diagnóstico, responde un acertadísimo tratamiento absolutamente conforme con el criterio de la medicina moderna: «*aislar a las enfermas; a veces adelgazar el humor con alguna medicina; tratarlas con suavidad y cariño, pero haciéndolas comprender que no han de salir con la suya, porque en esa libertad está el daño*; y sobre todo, *ocuparlas en oficios, para que no tengan tiempo de estar imaginando, que ahí está todo su mal;* y aún añade: «*que no coman pescado*»..., quizá por estimarlo de poco alimento, o por ciertas propiedades estimulantes antiguamente sobrevaloradas.

Todo esto que admira por su precisión, significa, como subraya Marco Merenciano, en un agudo ensayo sobre «Psicoanálisis y melancolía en Santa Teresa», que *casi un siglo antes que* Robert-Burton (1639) escribiera la «Anatomía de la melancolía», ya escribiera la Madre Teresa, en forma no superada, sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Recordemos que hasta 1631 no escribió Alfonso Ponce de Santa Cruz sobre melancolía y epilepsia. Y que fue también posterior a Santa Teresa el «Libro de

la melancolía», publicado en Sevilla por Andrés Velasquer, en 1585, cuando la Madre ya había muerto.

El mérito como *precursora en este aspecto* le corresponde a nuestra Madre Teresa de modo indiscutible, y con ello la gratitud de la Medicina española.

Es tan fino su análisis del alma, que en el «Camino de la perfección», en el que da avisos para que nadie se engañe, dice: «pienso poner algunos remedios para algunas tentaciones menudas que pone el demonio, que por serlo tanto, permitirá no hacer caso de ellas».

Es que la Madre conoce muy bien «*los conflictos*» de las novicias, su difícil adaptación, los síntomas de la neurastenia y el refugio en la enfermedad; y *aquí se nos aparece* —dice Marco Merenciano— *con intuición genial, descubridora del psicoanálisis con cuerpo de doctrina; creadora de una autopsicoterapia y de una terapéutica ocupacional;* y estos hechos que figuran en sus escritos no se pueden discutir, son *una espléndida realidad con la que la Madre contribuyó al saber médico.*

Es justamente por esto que nos dice Pittaluga, «*que esa instrospección, ese análisis interior*, en una mujer que no era una intelectual al modo de la época, es una de las cosas que más admiran, porque *es la primera mujer que penetra, con fina intuición, y una delicadeza dialéctica incomparable, en los recovecos del alma femenina*».

Junto a esto, la vemos captando acertadamente los términos, síntomas y remedios de las enfermedades a lo largo de su Epistolario, pródigo en alusiones concretas a las fiebres tercianas y cuartanas, mal o flaqueza de corazón, vómitos de sangre, tisis, flaqueza y mal de cabeza, dolor o mal de estómago, zaratán, resfriado, romadizo, pestilencia, fuego del hígado, gota artética, ciática, dolor de ijada, tabardillo, postema, dolor de costado, dolor de espalda, hidropesía, mal de piedra, opilaciones, reumas, mal de muelas, salpullidos, etc., etc. Es decir, manejando con soltura toda la terminología médica, correctamente aplicada en cada caso. A mi modo de ver, *todo este conjunto de citas constituye una excelente aportación de la Madre Teresa al conocimiento de la medicina práctica del siglo XVI*, lo que tiene un gran valor, porque la Historia de la Medicina se conoce más que por los escritos de los médicos, por las referencias y autoobservaciones de los enfermos.

III

El ambiente médico en la época de la Madre Teresa

La vida de la Madre Teresa de Avila transcurre entre 1515 y 1582, es decir, que ocupa los sesenta y siete años centrales del siglo, y, por tanto, recoge la pobre medicina de la Edad Media con todo su empirismo, superstición, curanderismo prolífico, para asistir al renacimiento cultural que la Historia califica de «Siglo de Oro», en el que brillaron en España con la dignidad de «la gran trinidad médica del siglo», el segoviano Laguna, el burgalés Vallés (el divino) y el vallisoletano Mercado; junto a otras figuras de indudable relieve, como Damián Carbón, Lobera de Avila, Fragoso, Daza Chacón, etc.

Siglo en el que un ilustre médico palentino, de Amusco, Juan Valverde, daba gloria a España desde Roma con sus estudios anatómicos; que en la península se creaban hasta treinta y dos Universidades; que destacaban en la enseñanza médica las de Salamanca, Valencia y Barcelona; y en la de Valladolid se crea la

primera cátedra española de Anatomía; que el Monasterio de Guadalupe destaca como original escuela médica, con importante hospital, etc.

Todo esto es cierto, y justifica la «brillantez del siglo», al mismo tiempo que fuera de España PARACELSO pensaba «que *poquísimos médicos tienen conocimiento de la enfermedad y de sus causas;* y que con VESALIO y PARÉ se abre la ruta de una medicina realista, de observación, con libertad de criterio, retorno al viejo hipocratismo.

Pero la medicina práctica, en realidad, seguía siendo galenista, fiel a la rutina de los humores y temperamentos de la Edad Media tan próxima. Los médicos seguían con sus lancetas para sangrar, sus vasos de ventosas, sanguijuelas, fuentes y sedales para la eliminación de los malos humores. El hierro candente, clísteres, vexicatorios y dietas, eran sus armas de lucha contra la enfermedad. Y en el ambiente social, sin distinción de clases, el dominio de los maleficios, posesiones diabólicas, del poder curativo de los exhorcismos, amuletos, y complicadas composiciones medicinales a cual más absurda.

Consecuencia de todo ello, y a pesar de la aureola del siglo, la realidad fue que el Rey Católico acabó sus días inútilmente empeñado en buscar ridículos remedios para apuntalar su vigor físico; que la Reina Doña Juana, no tan loca como se dice, al principio, enloquece de verdad en Tordesillas por el inhumano y cruel tratamiento de que fue víctima; que mueren en la flor de su juventud las reinas Ana de Austria e Isabel de Valois, con graves complicaciones de sus partos y abortos; y que la descendencia de Felipe II, como la patología de los propios monarcas, fue un auténtico desastre... a pesar del protomedicato.

Entonces se explica ya el *triunfo del curanderismo*, basado en los fracasos de la medicina oficial, y en la fe de los pacientes, porque a fin de cuentas todo hombre enfermo es un poco niño que desea ser socorrido. El curandero, y los hubo (y sigue habiendo) famosos en la historia, sabe muy bien que no actúa por su sabiduría, sino *por su personalidad, y por la confianza del enfermo, circunstancias que condicionan siempre la fuerza curativa.* Y esta manera de curar, rodeada de míticas facultades, de fábulas y creencias absurdas, encajaba bien en la mentalidad popular del siglo, sometida por la ignorancia a la temeridad y a la audacia irresponsable, explotando la credulidad ingenua, o la imbecilidad humana, por una especie de contagio psíquico. ¿Qué podía esperar la Madre Teresa de esta Medicina de su siglo? Un poco más adelante lo veremos.

IV

MÉDICOS Y CURANDEROS QUE TRATARON A LA MADRE TERESA

En los escritos de la Madre no figuran los nombres de los médicos consultados por ella, y sólo en términos generales se refiere «a los mejores médicos de Avila...», «a médicos muy grandes», etc. Concretamente sólo se refiere al doctor AGUIAR, de Burgos, médico muy amigo del P. GRACIÁN, que la trató dos años antes de morir, cuando estaba en dicha capital para hacer su última fundación.

El P. ARISTEGUI se refiere a una cita del Marqués de SAN JUAN DE LAS PIEDRAS ALBAS, sobre una carta de la Madre escrita en 1569 desde Toledo, dirigida a su amiga doña Juana Lobera, «agradeciéndole haberle mandado el libro de Cirugía escrito por su padre el señor D. JUAN LOBERA (el nombre está equivocado, y debe

decir D. LUIS, que fue el nombre del autor); *le quería para un cierto amigo cirujano, bienhechor de esta casa,* por ser el libro de Cirugía mejor escrito en estos reinos, según dicen todos».

Sugiere el citado Marqués que se tratara del famoso doctor JUAN FRAGOSO, lo que es posible por la coincidencia de origen, fechas y nombradía; pero sólo a título de hipótesis, porque la Madre nada dice.

En la época de la Madre Teresa figura en Avila el doctor VALDIVIESO, veterano médico de mucho prestigio que aún vivió en 1592. Y natural de Piedrahita fue el célebre JUAN BRAVO, llamado el «Petrafitanus», autor de varios libros médicos, que ejerció con mucha fama en Salamanca, y asistió al nacimiento del Duque de Alba, circunstancias todas ellas propicias para la aproximación a la Madre. Pero estas son simples conjeturas.

En un estudio acabado de aparecer (núm. 447 de «Clínica y Laboratorio»), el doctor J. PAULÍS PAGÉS hace una contribución interesantísima, aportando toda la serie de médicos que trataron, según nos dice, a la Madre Teresa, y especifica concretamente los nombres de los doctores: VEGA (1562), AGUILAR (1569), NÚÑEZ (1572), LÓPEZ DE UBEDA, BRAVO (1570), HITERO (1580), AGUIAR (1582), y los doctores LOBERA DE AVILA y FRAGOSO, en las estancias de la Madre en Avila, Toledo, Salamanca, Palencia y Burgos. Por nuestra parte, no hemos sido afortunados en esta averiguación con conclusiones tan concretas como las que comunica el doctor PAGÉS.

En cambio, me llama la atención que para nada figure en relación con la Madre Teresa el nombre del gran médico de Medina del Campo ANTONIO GÓMEZ PEREIRA, contemporáneo suyo, que gozó de enorme prestigio y visitó con frecuencia en Burgos, Avila y Segovia, asistiendo incluso al Príncipe Carlos, el hijo de Felipe II, decidido antigalenista y autor de importantes libros de medicina, alguno sobre las fiebres (1558), uno de los habituales padecimientos de la Madre.

Pero lo que sí es totalmente seguro, porque ella misma nos lo dice, es que *por dos veces cayó en poder de curanderos.* Una cuando muy joven fue llevada a *Becedas,* y en seguida veremos el desastre que allí ocurrió, a punto de costarle la vida. Otra vez cuando, como consecuencia de una caída en el convento de San José de Avila (1577) —y no en un éxtasis, como se dijo—, se fracturó el brazo izquierdo, que consolidó mal, y para arreglarlo se hizo llamar a *una curandera famosa de Medina del Campo,* quien con su «ayudante», ambas fuertes labradoras del campo castellano, le practicaron nada menos que una «*osteoclasia*» dolorosísima, de lo que «quedó manca, y en toda su vida pudo vestirse, ni desnudarse, ni ponerse el velo sobre la cabeza». No le fue bien a la Madre con las curanderas.

Cuanto antecede tiene por objeto orientar sobre el ambiente médico en el que la Madre vivió; y demostrar la importancia que la enfermedad tuvo en su vida, lo que no es de extrañar en quien escribió: «*no puedo decir con verdad que he estado un día sin tener dolores en cuarenta años*». Que se considera «*con mucha salud cuando no tiene más de los males ordinarios*». Y que dice: «*dudo si hay cuerpo humano hoy vivo que tanto mal haya padecido como este mío*». Pero que al mismo tiempo nos enseña cómo sabe imponer su voluntad para superar el dolor: «como soy tan enferma, hasta que no determiné en no hacer caso del cuerpo ni de la salud, siempre estuve atada...». «Si no nos determinamos a tragar de una vez la muerte y la falta de salud, nunca haremos nada.»

V

¿Cómo y cuándo se iniciaron sus dolencias?
¿Cuáles fueron éstas en realidad?

La «historia clínica» de la Madre Teresa brota de su propia biografía. Es necesario prestar atención especial a esta primera etapa de su vida por la trascendencia que va a tener en el futuro.

Su madre fue una mujer joven, bella y triste, «que pasó la vida con grandes enfermedades», a pesar de lo cual, casada a los catorce años, tuvo nueve hijos, «y murió del agotamiento de su último parto difícil», en 1528, cuando tenía treinta y tres años; todos sus hermanos fallecieron también prematuramente. *Hay, pues, una tara materna, «un achaque de herencia desconocido»*, dice el P. Efren, dato que conviene retener.



Vista general de Avila, ciudad amurallada, en la que transcurrieron gran parte de los episodios patológicos de la Madre Teresa de Jesús. Lugar de su nacimiento.

La joven Teresa de Ahumada a los trece años es ya huérfana de madre, y pronto se convierte en su elevado medio social —familia de hidalgos— en centro de atracción juvenil, porque es bella, alegre y festejada. Ella misma nos cuenta: «comencé a traer galas y a desear contentar en parecer bien». Tenía «muchísimo cuidado de manos, cabellos y olores, y todas las vanidades que en esto podía tener, que eran hartas».

De acuerdo con su carácter y temperamento, se enamora de uno de sus primos, y tiene amistades que no agradan a su padre, hombre de severas costumbres. La Madre, al escribir sobre esta primera y trascendental etapa de su vida, nos dice a este propósito: «si yo hubiera de aconsejar, dijera a los padres que en esta edad tuviesen gran cuenta con las personas que tratan sus hijos, porque aquí está mucho mal, que se va nuestro natural antes a lo peor, que a lo mejor; así me acaeció a mí».

A los dieciséis años es internada por su padre en el convento de Nuestra Señora de Gracia, de Avila (1531).

Estamos así ante *un amor contrariado*, el primer amor juvenil, y la reacción natural en todos los tiempos: *se pone enferma*: «dióme una gran enfermedad que hube de tornar a casa de mi padre; *dábanme calenturas y grandes desmayos*, y siempre tenía bien poca salud».

Y el remedio familiar de circunstancias: va a reponerse al campo, a casa de su hermana, lejos de la ciudad, y lejos del amor (1533).



Convento de Nuestra Señora de Gracia, de Avila, escenario del primer «conflicto íntimo» de Teresa de Ahumada.

Pero en su alma se mantiene la *lucha del íntimo conflicto*, que ella expresa diciendo: «*en esta batalla estuve tres meses esforzándome a mí misma* con esta razón: que los trabajos y penas de ser monja no podían ser mayores que los del purgatorio. No acababa mi voluntad de inclinarse a ser monja. Pedía a Dios le diera el estado en que le había de servir, mas todavía *deseaba no fuese monja*, aunque también temía el casarme. Estos buenos pensamientos de ser monja me venían algunas veces y luego se quitaban, y *no podía persuadirme de serlo*». ¿Puede explicarse con mayor claridad esta *lucha interior*, este *íntimo conflicto* que la joven sostenía, planteado nada menos que entre Dios o el mundo?

Yo creo que el diagnóstico en este momento es claro, y en el lenguaje de la época, diríamos: «*febris amantium*», «*mal de amor*», que más tarde se llamó «clorosis».

Estamos en presencia de un *fuerte «impacto emocional» en la crítica encrucijada psicobiológica de la adolescencia*, que necesariamente va a repercutir en el futuro.

Esta crisis, lentamente suavizada por la oración y por el razonamiento, dura cinco años. *A los veintiuno decide entrar en la Encarnación* (1536).

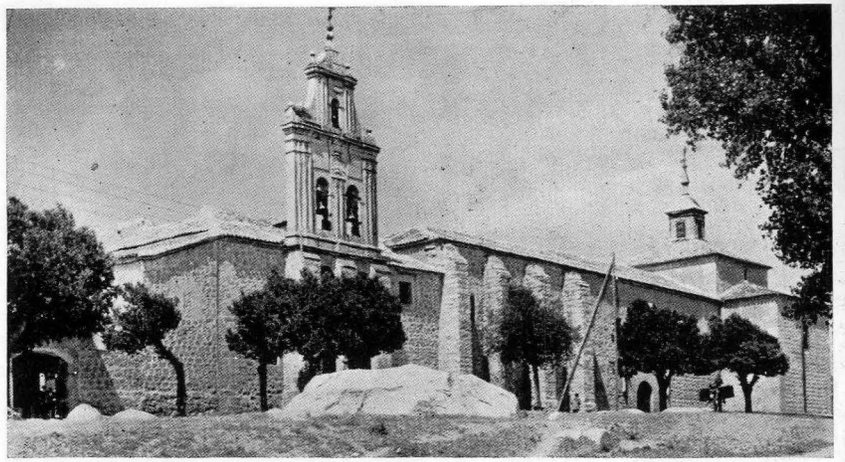
Cuando al año siguiente toma el hábito, es un día cargado de emociones, de promesas, pero también de recuerdos inevitables. El día en que descarga la tormenta interior que se venía incubando: duerme mal, está pálida, come poco, hace mortificaciones y penitencias. Nos la imaginamos en la soledad de su celda fría e incómoda, con la mirada puesta en el infinito preguntándose, quizá inconscientemente, ¿me habré equivocado?

Su crisis espiritual se agudiza: «*comenzáronme a crecer los desmayos, y dióme un mal al corazón tan grandísimo que ponía espanto en quien lo vio*, y otros muchos males juntos. *Era el mal tan grande que casi me privaba el sentido siempre, y aun del todo*». Ella quiere atribuirlo a la mudanza de la vida y de los manjares que hizo daño a su salud, «*y aunque el contento era grande, no bastó*».

Papasogli dice que estamos «ante un estado de ánimo de seráfico pesimismo respecto de sí misma». En términos de la medicina moderna, y siguiendo a Villacian, diríamos: «*un choque entre los anhelos contradictorios de la personalidad*»,

que tal es la definición del «*conflicto psíquico*». Y yo creo que el médico no puede por menos de pensar ya en *un cuadro psicosomático a todas luces evidente*, al recordar la realidad clínica de cómo la carga afectiva es capaz de elaborar inconscientemente los más variados síntomas patológicos.

Pero esto no se sabía entonces. «Los mejores médicos de Avila no sabían lo que tenía», y su padre, «a quien dio gran pena verla tan enferma», logró que los prelados diesen licencia para sacarla del monasterio a curar así «*con los mejores médicos de Avila como fuera de ella*».



CONVENTO DE LA ENCARNACIÓN, DE AVILA, EN EL QUE LA MADRE TERESA VIVIÓ LA DIFÍCIL PRIMERA ETAPA DE SU VIDA DE RELIGIÓN.

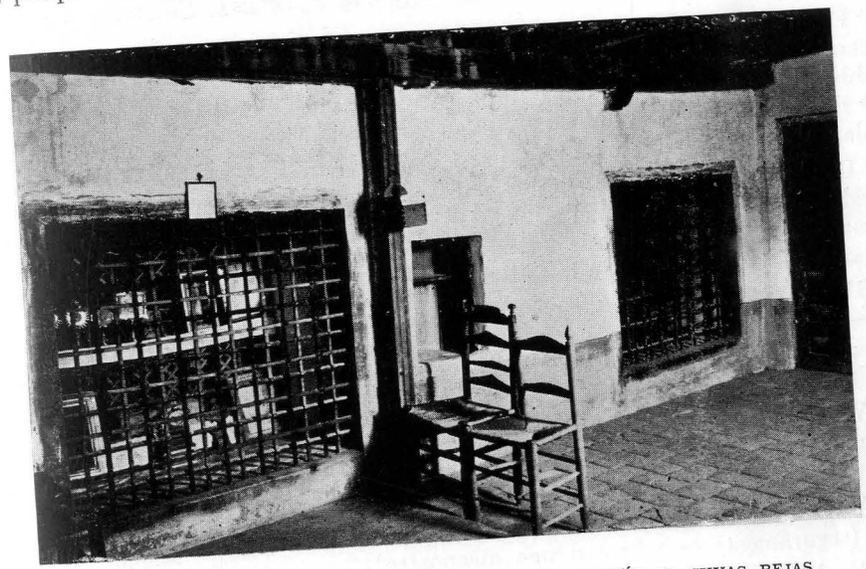
Y es entonces cuando se decide llevarla a *Becedas*, «adonde había mucha fama de que sanaban allí otras enfermedades, y así dijeron harían a la mía». Ya tenemos a nuestra Madre *en poder de la célebre curandera*, y oigámosla cuanto allí ocurrió, porque es fundamental.

«*A los dos meses a poder de medicinas me tenía casi acabada la vida; y el mal del corazón de que me fui a curar era mucho más recio*, que algunas veces me parecía con dientes agudos me asían de él, tanto que se temió que era rabia. *Ninguna cosa podía comer si no era bebida; grande hastío y calentura muy continuada; y tan gastada, porque casi un mes me habían dado una purga diaria, que estaba abrasada, se me empezaron a encoger los nervios con dolores incomportables*, y una tristeza muy profunda.»

La Madre nos acaba de describir con maravillosa exactitud *un cuadro de deshidratación exógena, con gran «hipohidrohistiquia»*, casi un estado de «*exicosis*», y claro es, el conocido cortejo sintomático de sequedad de piel y mucosas, pérdida de peso, hipotensión, opresión precordial, fiebre, calambres, etc. Grave cuadro que estuvo a punto de costarle la vida, y que la Madre, con su habitual gracia y sencillez, comenta diciendo simplemente: «en Becedas el diagnóstico anduvo errado, allí sanaban otras enfermedades». Pero confiesa «que a los tres meses de tratamiento padeciendo tan grandísimo tormento en las curas que me hicieron, tan recias, que yo no sé cómo las pude sufrir».

Vuelve a Avila muchísimo peor que había salido, y *los médicos la consideran hética (tísica), y sin remedio*, ante su gravísimo estado de desnutrición. Esto ocurre en julio de 1539, y dominan los síntomas de la intensa deshidratación: «*los dolores —dice— eran desde los pies a la cabeza, porque los nervios son intolerantes, según dicen los médicos, y todos se encogían*».

Un mes más tarde acaece un accidente ruidoso, que la Madre describe perfectamente: «*dióme aquella noche un paroxismo que me duró estar sin ningún sentido cuatro días, poco menos*». Incluso los médicos la consideraron muerta, y *le fue puesta la cera en los ojos* (se hacía para que los cadáveres mantuvieran los párpados cerrados). Gracias a la insistencia de su padre, no fue enterrada viva, porque a su juicio «aquella hija no era para enterrar».



LOCUTORIOS DEL CONVENTO DE LA ENCARNACIÓN, DETRÁS DE CUYAS REJAS LA MADRE TERESA TUVO QUE LUCHAR MUCHAS VECES PARA VENCER EN SU «ÍNTIMO CONFLICTO».

Dice la Madre, que al despertar «tenía la lengua hecha pedazos de mordida, ni el agua podía pasar, estaba descoyuntada, con grandísimo desatino en la cabeza, hecha un ovillo; no podía menear ni brazo, ni pie, ni cabeza; *sólo un dedo me parece que podía menear de la mano derecha*». Estar así le duró más de ocho meses; el estar tullida, aunque iba mejorando, casi tres años; «y como me vi tan tullida (tenía que ser movida en una sábana por dos personas), y en tan poca edad (veintitrés años), y *cual me habían parado los médicos de la tierra, determiné acudir a los del cielo para que me sanasen*, que todavía deseaba la salud con la que servir mucho más a Dios».

En efecto, por mediación de San José «pudo levantarse, no estar tullida y andar a gatas». Abril de 1542.

¿Cuál es la interpretación médica de este cuadro? Basándonos en lo que la propia Madre Teresa acaba de referir tan minuciosamente, no nos cabe duda que

se trató de un «*estado cataléptico*» con su típico cuadro de «*muerte aparente*». Este episodio no vuelve a producirse más a lo largo de su vida. Y lo que me parece muy importante subrayar es que todo el cuadro de dolores, contracturas e incapacidad *no son la consecuencia de este episodio, sino de la gravísima deshidratación sufrida antes*. Y que de buena fe, es absurdo intentar relacionar este cuadro con las manifestaciones de su vida mística, con sus «arrobamientos», de características totalmente distintas, que ella precisa muy bien, y que van a ocurrir muchos años después.

VI

Enfermedades comunes que padeció la Madre Teresa. Síntomas dominantes

En lo sucesivo, y a lo largo de sus escritos, vamos viendo una serie de manifestaciones patológicas muy diversas, en su mayoría «*afecciones comunes*», que indudablemente atormentaron dolorosamente su vida. Seguirlas paso a paso a través de su andadura geográfica, sería tan largo como innecesario, y voy a limitarme a dar algunas citas.

Desde Palencia escribe: «estoy muy enferma y se piensa que no puedo vivir». Desde Avila: «poquísima salud los inviernos, por ser contraria a mis males esta casa». En Segovia: «en seis meses que allí estuve siempre fue mala». En otros lugares más templados dice que tiene mejor salud.

Hace referencia concretamente a *afecciones catarrales rinofaríngeas;* a *dolores de mandíbulas, cabeza, muñecas, costados y dorso-lumbares;* a *fiebres tercianas y cuartanas*: «los recios fríos de cuartanas dobles», «el frío comienza desde las dos de la noche».

Y he aquí una nota de agudísima observación de la Madre: *estas fiebres mejoraban sus dolores y enfermedad interior, como si predijera ya la* moderna «*piretoterapia*».

Alude también a la enfermedad del «*ojo*», diciendo que ha pasado mucho en esto (seguramente se refiere a una amenorrea).

Nos habla de un «*relajamiento de estómago*», para el que le fueron bien las nueces; de *postema de hígado, mal de muelas, flaqueza de cabeza.*

Sabemos que en Toledo padeció «*catarro universal*» (gripe) en la epidemia de 1580, ya en edad avanzada, que recidivó gravemente en Valladolid, probablemente con carácter bronconeumónico, porque ya no se repuso del todo.

Yepes nos da el dato interesante de sus «*dientes negros y podridos*», con seguridad albergando *focos sépticos,* muy posiblemente en relación con sus dolores reumáticos, de los que se queja con frecuencia; e incluso con la «*calentura y calenturilla*», a las que alude con insistencia, y con sus *amigdalitis*. Claro es que el *paludismo* que con toda seguridad padeció, prácticamente sin tratamiento en aquella época, explica muchos de sus episodios febriles, y articulares, hepáticos, etc. Era enfermedad por entonces muy generalizada.

Hay que tener cuidado en la interpretación del «*mal de cabeza*» al que la Madre suele referirse, porque muchas veces no tiene ninguna relación con causa patológica. Por ejemplo, en su «Cuarta Morada», dice: «estoy considerando lo que pasa en mi cabeza del gran ruido de ella .Parece que están en ella muchos ríos caudalosos, que estas aguas se despeñan; muchos pajarillos y silbidos, *y no en los oídos, sino en lo superior de la cabeza, en donde dicen que está lo superior del alma.* Con toda esta baraúnda de ella, *no me estorbaba a la oración,* ni a lo que estoy diciendo, sino que el alma se está muy entera en su quietud, amor, y deseos, *y claro conocimiento*». Evidentemente, no se trata de cefaleas sintomáticas de afección orgánica, sino «mal», pienso que encuadra bien en la etiología emocional por alteración neuroendocrina.

Este conjunto de padecimientos que hemos llamado comunes carecen de especial interés, y estuvieron favorecidos, indudablemente, además de su débil constitución orgánica, por un sistema de vida en el que para nada contaba la fatiga física, el rigor estacional, la alimentación deficiente, el poco descanso, a lo que hay que añadir la vida de sacrificio y penitencia, y el incómodo y continuo peregrinar, no en balde se llamó a esta mujer «la Santa andariega».

Mas, si nos fijamos cuidadosamente en los relatos de la Madre, pronto vemos que lo que domina fundamentalmente la sintomatología, *aparte de la fiebre,* cuya posible explicación ya se indicó, y que tampoco es continua, sino coincidente con algunos de sus «males ordinarios», es: *el mal del corazón, los vómitos y la perlesia,* y estos síntomas sí que precisan un breve comentario.

El mal de corazón ya fue lo que en su adolescencia la llevó a Becedas, a él sigue refiriéndose toda su vida: «dióme un mal al corazón grandísimo...», «traigo el corazón harto malo...», «como soy enferma del corazón», etc.

Pero *este mal de corazón lo vemos aparecer siempre en relación con impresiones fuertes, o estados emotivos,* como, por ejemplo, en su conmoción psíquica juvenil; cuando se fracturó el brazo; ante las persecuciones de que fue objeto el P. Gracián, en cuya ocasión dice: «*fue tanta mi ternura de ver a Vuestra Paternidad que todo ayer estuve del corazón,* que no me podía valer de verle tan apenado». En otra ocasión explica: «*con la flaqueza de corazón que tengo, poco me solía bastar para atemorizarme,* porque siempre los cuerpos muertos me enflaquecen el corazón».

Ni una sola vez en su detallado autoanálisis, que duró toda la vida, aparece alusión a edemas, cianosis, disnea, s°ntomas muy llamativos de cardiopat°a que sin duda hubiera anotado.

Y este prolongado «mal de corazón» fue compatible con una enorme actividad física, incómoda y fatigosa. Yo *creo que se puede descartar con seguridad toda cardiopatía orgánica, y aceptar el «corazón irritable de una disneurovegetosis»,* que estaría de acuerdo con lo que más adelante diremos.

Este es el momento de aludir, aunque sea brevemente, al tan comentado científicamente «*fenómeno de la transverberación*», ocurrido por vez primera en 1558, y que repitió algunas veces más, sobre el que dice Carramolino: «pudiendo asegurarse que fue como milagrosa su existencia en los veintitrés años que vivió después».

Yo no acierto a comprender las razones por las que se ha pretendido ver por algunos en la Transverberación un fenómeno físico con explicación médica, cuando la propia Madre lo sitúa explícitamente en un orden sobrenatural, diciendo textualmente: «vi a un ángel en forma corporal, en sus manos un dardo de oro largo, y al fin del hierro que *parecía* tener un poco de fuego; esto *me parecía meter por el corazón* y que me llegaba a las entrañas; al sacarle *me parecía* las llevaba consigo. *No es dolor corporal, sino espiritual,* aunque no dejaba de participar el cuerpo».

Sigue explicándonoslo en una de sus poesías:

"En lo más profundo de mi corazón
sentí un golpe repentino,
el dardo era amor divino
pues grandes maravillas realizó;
del golpe quedé herida,
y aunque la herida sea mortal
y cause un dolor sin igual,
es una muerte que da vida."

Por si esto no dejara las cosas en claro, en sus «Cuentas de Conciencia», al hablar de la oración, dice: «*Otra manera de oración es una manera de herida que parece al alma como si una saeta la metiese por el corazón, o por ella mesma.* Así como un dolor tan grande que hace quejar, y tan sabroso que nunca querría le faltase. *Este dolor no es en el sentido, ni tampoco es llaga material, sino en el interior del alma;* que como no se puede dar a entender *pónense estas comparaciones groseras;* esto no son cosas para escribir, ni decir, porque es imposible entenderlo sino quien lo ha experimentado».

Trátase, pues, de una manifestación de su vida mística, aunque la devoción ingenua y secular la relaciones con una supuesta herida del corazón que se conserva en Alba de Tormes, y que pude ver allí detenidamente.

El corazón le fue extraído del tórax probablemente antes del año 1591 por el Obispo de Salamanca, D. Jerónimo Manrique, y el Licenciado D. Matías Arias. La víscera está desfigurada, retraída, de color pardo oscuro, y sin ningún detalle anatómico, aunque el hecho de su conservación ya es notable, como lo hacen constar los profesores de la Universidad de Salamanca, que lo examinaron en 1872, cuyo testimonio figura publicado por el P. Pons en la obra de Rivera.

A través de la redoma de cristal que lo protege, se ve perfectamente una hendidura transversal de unos dos centímetros de longitud, que por su situación podría corresponder al surco aurículo-ventricular; o bien a una vulneración directa en la maniobra de extracción; pero que no tiene los caracteres de una perforación como la califica el biógrafo Walsh. Confieso que yo no he acertado a ver durante mi observación ninguna otra señal en el corazón que llamara mi atención. Pero médicos tan eminentes como Nóvoa Santos, y otros, sugieren la existencia en el centro del ventrículo de una zona grisácea que relacionan con la *posible cicatriz de un infarto del miocardio.* El juicio es totalmente hipotético y nada fácil de aceptar, porque, como dije, no es posible esta fina diferenciación en una víscera tan profundamente alterada; y porque no se concibe a una mujer con trombosis coronaria haciendo la vida de actividad intensísima que hizo la Madre Teresa.

Pero es que, además, *en el tórax no hubo nunca ninguna herida exterior,* y ello excluye definitivamente la acción de un agente vulnerante. La misma Madre insiste: «*esa herida, como un relámpago o un trueno, como una flecha de fuego, no está localizada en el lugar en que sentimos los dolores ordinarios de la vida, sino en lo más profundo e íntimo del alma.* Y exclama al escribir, ¡Oh mi Dios, *herís, y no se ve la llaga!*

Es, por consiguiente, una «*estigmatización espiritual*» y no orgánica, lo que la Iglesia celebra en la Transverberación, que el ilustre P. Efren ha tenido el buen acierto de esclarecer diciendo: «*que no se trata de vulneración física,* sino de un gran sentimiento de amor infuso; que en realidad ni el ángel tenía cuerpo, ni el dardo es dardo, ni el fuego es fuego, ni la herida es herida. Todo esto eran formas sensibles con que la imaginación traducía grandezas inefables; y concluye afirmando: «*la herida de la Transverberación no existió jamás*» (la herida orgánica, se entiende), y esto está, como acabamos de ver, absolutamente de acuerdo con los relatos de la propia Madre.

Pero es necesario hacer estas aclaraciones para destruir argumentos manejados con cierta ironía por la ciencia racionalista, porque como nos enseñó aquel sabio maestro que fue el P. Feijoo, «el error nunca puede ser buen cimiento para la devoción, y cuanto se funda en él va sobre falso», y aún añade: «seamos los católicos los delatores de la falsedad, antes que nuestros enemigos nos den con ella en los ojos».



En el centro del relicario que regalado por el duque de Tarsis guarda en Alba de Tormes el corazón de Santa Teresa, está la redoma de cristal conteniendo el corazón (límites marcados con flechas). Una flecha más larga señala la supuesta herida y su situación anatómica

Dejemos ya su «mal de corazón» encuadrado en los términos de una «*neurosis cardíaca*», interpretación que se refuerza al estudiar otra de sus habituales dolencias: *los vómitos,* que durante más de veinte años nos dice que tenía por la mañana, y que después... «*como había de tener el vómito ordinario, se lo provocó por la noche con plumas y otras cosas*», al tiempo que por consejo del P. Cetina hacía penitencia y mortificaciones no muy sabrosas», pero mejoró, y cambió la hora del vómito.

Evidentemente, estamos ante *una traslación voluntaria de síntomas,* cuyo origen nervioso no hay que esforzarse en razonar, tanto más que en sus relatos sólo una vez alude a un relajamiento de estómago, y ningún otro síntoma hace pensar en una afección digestiva determinante, ni mucho menos cerebral.

En cuanto a *la perlesía,* el tercer síntoma dominante de sus dolencias, creo que puede interpretarse en el sentido de *temblor o agitación;* y excluídos los temblores de las afecciones orgánicas nerviosas, nos queda el *temblor fisiológico y endocrino de las personas emotivas,* el temblor familiar y constitucional; y *el de las neurosis vegetativas o neurosis tremulante,* que me parece el más aceptable; aunque también podría invocarse un *estado coreiforme* de etiología reumática, como menos probable.

VII

La neurosis de reacción vital de la Madre ante el ambiente

Ya se dijo que la Madre Teresa *no fue una cardiópata.* Tampoco me parece aceptable la idea de una *tuberculosis,* como lo sugiere F. Irigaray. La simple

gastritis no puede explicar, como quiere DE SAN, una sintomatología tan proteiforme, que tampoco nos explica suficientemente el *paludismo* que indudablemente sufrió; ni puede imputarse todo a la inicial *clorosis* juvenil, en la que se fundan GOIX y COURBEIRE.

Como POURRAT, pensamos que es totalmente inaceptable la etiqueta de *estado letárgico seguido de histerismo común* que le aplicaron, de acuerdo con viejas ideas científicas, CHARCOT, PERALES GUTIÉRREZ, NOVOA SANTOS, y otros. Y es absolutamente rechazable el estado de *alucinosis*. Porque la personalidad histérica con su egocentrismo acusado, simulación, fraude y egoísmo, es justamente todo lo contrario de lo que fue la Madre Teresa. Y porque la enfermedad jamás enturbió la mente clarísima e inspirada de la que el mundo, al cabo de cuatro siglos, sigue admirando como escritora genial, y la Universidad de Salamanca hace su Doctora de Honor. De la que nos dice MENÉNDEZ PELAYO «que no hay en el mundo prosa ni verso, que ni de lejos se acerquen a los capítulos de la Vida, autobiografía a ninguna semejante, en la que Santa Teresa habla de Dios y de los más altos misterios teológicos como en plática familiar de hija castellana junto al fuego».

En justicia, el mérito de empezar a poner las cosas en su punto, corresponde indudablemente al P. EMILIO DE SANTA TERESITA, de Oviedo, que además de religioso es un excelente médico, y cuyo informe, de gran valor por esta doble condición, se incluye en una amplia nota en la obra del P. EFREN.

Es cierto que ya el Licenciado AGUIAR, médico de Burgos, que trató a la Madre dos años antes de su muerte, dice «que *era imposible descubrir el foco de sus dolencias, porque aquel cuerpo era un arsenal de enfermedades*, aunque el origen principal era de orden moral».

Observación agudísima del médico burgalés, que por ser gran amigo del P. GRACIÁN, conocía bien no sólo la enfermedad física, sino también las luchas y dificultades en la vida.

Y si es evidente que para enjuiciar acertadamente a una enferma no bastan unos episodios aislados de su vida, sino que se hace preciso conocer y valorar «*la curva de sus vivencias*», «*la vertiente de su personalidad*», conocido cuanto antecede, ya podemos decir que *en la vida patológica de la Madre Teresa domina un síndrome de neurosis* que aparece por todas partes, iniciado con su íntimo conflicto en las Agustinas de Gracia, y en Becedas; ruidosamente exteriorizado en su episodio cataléptico; y crónicamente manifiesto en sus «principales dolencias ordinarias»: *vómitos obedientes a la voluntad, trastornos neurovegetativos de dominancia cardíaca, y temblor*, etc.

En atención a la brevedad tomemos un solo ejemplo de los muchos similares que podríamos recoger. Estando en Malagón muy enferma —dice Sor Ana de San Agustín—, aunque algunos días se levantase con mucho trabajo, de ordinario estaba en la cama sin poder menear ni un brazo. Pero al notificarle que fuera a Villanueva de Jara, a fundar, que era el objetivo de su vida, se levantó y anduvo sin sentirse enferma.» La influencia de la voluntad es evidente.

El *estado neurósico por tensión nerviosa* lo admite sin dudas el P. EMILIO, y lo recoge el P. ARÍSTEGUI. Implícitamente lo acepta también el P. DONAZAR, al decir que «*hay un desencadenante afectivo*». LEPEE lo explica diciendo «que se trata de *un cuadro de difícil adaptación con trastornos neurovegetativos de juventud ocasionados por conflictos íntimos*». Todo ello de acuerdo con el diagnóstico acertadísimo del viejo médico burgalés, contemporáneo de la Madre. Esto es indudable,

y por ello me detuve con cierto detalle en la etapa juvenil de su vida, para destacar «*el impacto de juventud*», punto de partida de todo el complejo cuadro, que a mi modo de ver, es *un típico ejemplo de reacción psicosomática*.

Nada, o casi nada queda de la vieja histeria, porque al decir de MARAÑÓN: «si el temperamento histérico es una vaga realidad, la enfermedad histérica es un mito»; y en frase feliz de MARCO MERENCIANO: «monstruosidad es la histeria como entidad nosológica en la cumpre de su esplendor charcotiano». «No puede llamarse histérico —dice VALLEJO NÁJERA— a quien se extasía en la contemplación de la Divinidad, para elevarse por encima de las miserias de la vida.»

Ahora bien, *¿qué es la neurosis a la luz de la ciencia actual?* Es «la expresión de la discrepancia entre la propia persona y su ambiente», según ALEXANDER. «La persona —subraya acertadamente VILLACIÁN— considerada como unidad psicofísica, como ser viviente animado, y, por tanto, en relación con su medio ambiente.» O siguiendo a BINDER: «un trastorno de la elaboración psíquica de los conflictos interiores».

«*No es una enfermedad* —dice PEDRO PONS—, *sino una forma de desarrollarse o de reaccionar una personalidad ante los problemas de la vida.*»

En suma, *un desacuerdo entre persona y ambiente*. Sigamos a MARAÑÓN en su razonamiento científico por su claridad expositiva.

Lo importante es saber que «*lo típico de las neurosis es la reacción total de la personalidad psíquica y vegetativa; la reacción del espíritu y de la conducta ante la vida*». La reacción entre individuo y ambiente. Y esa reacción —dice el citado autor— «consiste en *un desacuerdo, consciente o inconsciente, entre la aspiración y la realidad lograda*».

Entonces, «la reacción vital», y esto es muy importante para nuestro objeto, puede ser.

a) Con un nuevo esfuerzo en la aspiración (reacción normal).
b) Una reacción de pasividad y resignación.
c) Una reacción de rebeldía y resentimiento.

Todo ello al margen de la enfermedad, como distintas actitudes sociales con aparición de síntomas patológicos funcionales aparentando síntomas de enfermedades orgánicas.

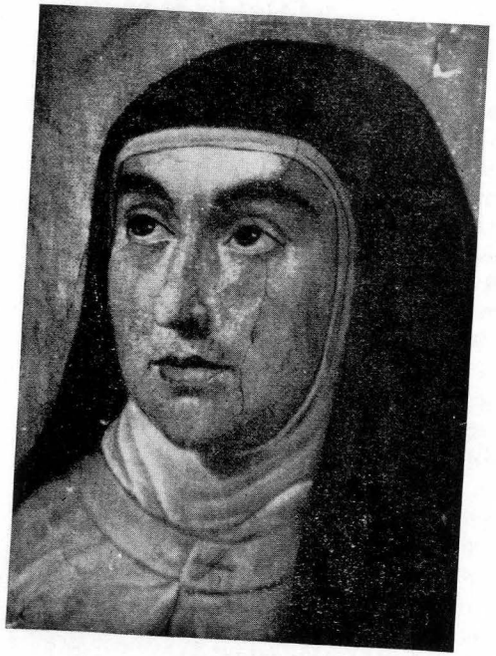
Y continúa MARAÑÓN diciendo: «*la neurosis se agrava* por agresiones del ambiente, por incomprensión de las gentes y de los médicos; y casi siempre hay una predisposición que hace que las emociones infantiles afectivas sensibilicen para ulteriores reacciones de la vida, porque los acontecimientos emocionales tienen enorme repercusión sobre el organismo, sobre lo psíquico y sobre lo vegetativo; y esta gran categoría de la emoción en la génesis de las neurosis explica la importancia de las manifestaciones vegetativas». Esta es la doctrina científica actual.

Si ahora adaptamos todo este conocimiento científico a cuanto sabemos sobre la vida de la Madre Teresa contemplada en su conjunto, salta a la vista que en ella hubo:

a) Predisposición hereditaria materna.
b) Graves conflictos íntimos juveniles.
c) Incomprensiones del ambiente y de los médicos.
d) Emociones inefables.
e) Agresiones físicas y psíquicas, y múltiples contrariedades.
f) Dolor físico.
g) Y con frecuencia, desacuerdo entre lo que ella quería y lo que lograba.

¿Y CÓMO REACCIONÓ?

Fue la reacción de toda su personalidad íntegramente puesta al servicio de nuevos esfuerzos en sus aspiraciones, es decir, *una reacción normal de superación*, que fue su gran mérito; y al mismo tiempo, con una serie de manifestaciones neurovegetativas de adaptación que ya conocemos.



RETRATO DE LA MADRE TERESA, POR FR. JUAN DE LAS MISERIAS, REALIZADO EN SEVILLA.

Esto es, a mi juicio, el punto clave de *una moderna patografía de la Madre Teresa*, que en el mundo fue una mujer de lucha, y *a la que debemos ver, no como enferma, sino como la reacción vital de su personalidad*. Es cierto que la histeria, que ya no es una enfermedad, puede estar en toda enfermedad (MARCO MERENCIANO), porque de su viejo concepto quedan algunas ideas sobre las que se funda, en parte, el concepto de lo psicosomático, antiguo concepto hipocrático del hombre, de todo el hombre, en la vida, y en su vida.

Pero es que, además, una neurosis extrínseca, psicógena o hipocondríaca reaccional no es nada denigrante, ni motivo de minusvalía, ni indicio de anormalidad —dice VALLEJO NÁJERA—; y advierte «que la personalidad de Santa Teresa como organizadora, escritora, como mujer de ideas originales, no desmerece porque haya padecido reacciones psicógenas, *en el caso de que así se hubiera demostrado*». Y a fin de cuentas, meditemos en aquella frase de MARCEL PROUST: «casi todo lo que conocemos de grande nos viene de los nerviosos».

VIII

¿CUÁL FUE SU BIOTIPO?

El biotipo de un sujeto es siempre interesante para la interpretación de su personalidad. El único retrato auténtico de la Madre es el que por orden del P. GRACIÁN le hizo en Sevilla Fray JUAN DE LAS MISERIAS, aficionado a la pintura, y al que la Madre Teresa, con su gracia habitual, y al fin mujer, pagó sus esfuerzos con esta frase: «Dios te perdone Fr. Juan, que me pintaste fea y legañosa». Indudablemente que el buen fraile hizo lo que pudo, y si el retrato no puede considerarse una perfecta obra de arte, sirve al menos para darnos una idea de su aspecto físico.

Se completa esta pintura con el retrato literario que hizo Sor María de San José, quien nos dice «que la Madre Teresa era bella, de mediana estatura, más bien grande que pequeña, más bien gruesa que flaca, de cuerpo algo abultado y fornido, blanca, cabello negro, ojos redondos y vivos, nariz pequeña, labio inferior grueso, garganta ancha no muy alta y cara redonda». El P. GRACIÁN, que la conoció tan bien, afirma «que a todos los que trataba llevaba tras de sí, la amaban y querían».

LAFUENTE añade que «su carácter no era melancólico, ni siquiera propenso a la tristeza, antes jovial, alegre, natural y sencillo».

Trátase, pues, de *un tipo pícnico de Kretschmer*, y *extrovertido de Jung*, es decir, el tipo que se adapta fácilmente al ambiente, que vibra en él, que vive, siente y sufre con las cosas que le rodean; práctico, sociable y organizador.

Ya sabemos que los tipos constitucionales rara vez son puros, y que en cada uno suelen encontrarse componentes de los demás, pero casi siempre hay un tipo dominante que, al menos en lo externo, permite su encuadramiento.

Endocrinológicamente, estas personas del tipo de la Madre suelen corresponder a una fórmula hormonal hipercortical-luteínica, es decir, el componente biológico de tendencia maternal, que efectivamente tuvo la Madre para cuantas personas la rodearon.

IX

¿DE QUÉ MURIÓ?

Ella, que se consolaba de sus dolores, según expresa en aquella magnífica composición desde Salamanca, que es una síntesis de su vida:

Sea mi gozo en el llanto,
sobresalto mi reposo,
mi sosiego doloroso,
y mi bonanza el quebranto...

Anunció en sus Moradas que «moriría de ímpetu de amor», lo que no puede sorprender en quien pasó la vida amando y deseando morir por su Amor:

«Ansiosa de verte, deseo morir.»

Que pide «venga ya la dulce muerte...», y «que esta vida no la quiero, que muero porque no muero». Que le parece larga esta vida, y le duelen

«Esta cárcel, estos hierros
en que el alma está medida.»

Evidentemente, así fue su muerte mística, de la que dicen testigos presenciales, que al momento de morir desaparecieron todas las arrugas de su piel; y de su cuerpo y ropas se desprendía un suave y grato olor que lo impregnaba todo.

Sin ser embalsamada, el cuerpo apareció intacto a los nueve meses de la muerte; y en 1750, dice el famoso médico TORRES DE VILLARROEL que permaneció cinco horas admirando su frescura y flexibilidad (A. G. BOIZA); estado que ratifican el Obispo de Salamanca, Fr. TOMÁS, en 1898, que dice haber hallado el cuerpo «compacto y resistente»; y cuantos lo vieron por última vez en 1914. Por esto dice WALSH que «los excépticos materialistas que rechazan la idea de lo sobrenatural tienen varios hechos molestos que explicar».

Pero cuando la Madre llegó a Alba de Tormes «estaba muy cansada, mala y con calentura». YEPES dice que «tenía la piel de color terroso». Las referencias

de otros testigos, entre ellos su enfermera, coinciden en que tuvo «*un flujo de sangre hasta no quedar gota en su cuerpo, y que al levantarla hallaron una gran masa de sangre en el lugar de su asiento, que para detenerla le aplicaron un paño de jerga blanca*».

Esto es todo cuanto se sabe digno de crédito.

Parece muy probable que ese «flujo de sangre» fuera *una intensa metrorragia*, y aunque ésta puede tener varios motivos, *a los sesenta y siete años una metrorragia abundante*, con *gran decaimiento general y color terroso*, hacen sospechar con mucho fundamento, como ya lo sugiere el P. EMILIO, *un cáncer uterino*. Naturalmente que es un diagnóstico retrospectivo hipotético, pero con mucho fundamento. La certeza sólo la hubiera dado la necropsia, que hubiera sido mucho más respetuosa que el absurdo destrozo y mutilaciones, que los PP. RIVERA y SILVERIO estiman justamente como «una profanación del cuerpo que Dios dejó intacto».



FOTOGRAFÍA OBTENIDA EN 1914, EN LA QUE SE OBSERVA BUENA CONSERVACIÓN DEL ROSTRO, LOS DIENTES MUY VISIBLES Y LA BOCA PERFECTA. EL OJO IZQUIERDO LE FUE EXTRAÍDO COMO RELIQUIA, EN CUYA MANIOBRA, TÉCNICAMENTE INCORRECTA, SE ESTROPEÓ LA NARIZ. EXCELENTE CONSERVACIÓN DE LAS TOCAS.

* * *

En este estudio he pretendido hacer, basándome en los propios escritos de la Madre, y en algunos de sus más destacados biógrafos, *un ensayo patográfico de acuerdo con la Medicina moderna*. Quizá el propósito fue demasiado ambicioso, pero me guió buena intención: la de contribuir como médico a desterrar trasnochados conceptos sobre la mal llamada «enfermedad de Santa Teresa», ya científicamente inaceptables; y tratar de *demostrar los estrechos vínculos que unen a la Santa con la Medicina*, aspecto que me parece muy sugestivo en su biografía, y poco tratado en su conjunto.

Y como final, quiero recordar, porque tiene un enorme contenido humano, dos lecciones que nos legó, de mucha utilidad para todos, y también para los

médicos. Una es la admirable norma de conducta en la lucha de la vida, que revela maravillosamente su carácter y personalidad, dice así:

«Importa mucho, y el todo, una grande y muy determinada determinación de no parar hasta llegar, venga lo que viniere, suceda lo que sucediere, murmure quien murmurare, aunque se muera en el camino, aunque se hunda el mundo».

Y la otra, una maravillosa lección de convivencia, de fe y de caridad, bien adecuada a los momentos actuales del mundo materializado y egoísta:

«En donde no hay amor, poned amor, y encontraréis amor». Y así, dentro de nuestro marco de estudio, nos sumamos al centenario de la más brillante figura femenina del Renacimiento español, a cuya etapa histórica del renacer, contribuyó la Madre Teresa con la aportación espléndida de *su obra*: *Las Fundaciones; de su alma*: *Las Moradas*, y con el ejemplo de *su Vida*.

APÉNDICE

ALGUNAS DE LAS ANOTACIONES DE LAS OBRAS DE SANTA TERESA EN RELACIÓN CON LA MEDICINA, ENTRESACADAS DE LA OBRA DE LOS PP. EFREN Y OTGER

PRINCIPAL MATERIAL DE ESTUDIO

CARTAS DE SANTA TERESA

Toledo, mayo 1568. Carta a D.ª Luisa de la Cerda.

«La mía (salud) ha sido harto ruín estos días... porque con el sol del camino, el dolor que tenía cuando vuestra señoría estaba en Malagón me creció de suerte que cuando llegué a Toledo me hubieron luego de *sangrar* dos veces (que no me podía menear en la cama según tenía el *dolor de espaldas* hasta el cerebro), y otro día *purgar*, y ansí me he detenido ocho días aquí, y me parto bien *desflaquecida* (porque me sacaron mucha sangre), mas buena.»

Vuelve a repetir «porque lo más he estado en la cama». Y termina: «estoy harto cansada».

Avila, junio 1568. A D.ª Luisa de la Cerda.

«Yo llegué aquí a Avila bien cansada, porque estuve tan ruín que no estaba para ponerme en camino...

Viene de camino un pariente mío que siendo niño tuvo piedra y con esa agua de esa fuente sanó que nunca más la tuvo.» Se refiere a *Fuentepiedra* (Antequera).

Valladolid, noviembre 1568. A D.ª Luisa de la Cerda.

«...de mi poca salud, por tener yo tal *la cabeza* que aun esto sabe Dios cómo lo escribo...».

Valladolid, diciembre 1568. A D.ª Luisa de la Cerda.

«Yo me estoy ruín. Con vuestra señoría y en su tierra me va mejor de salud.»

Valladolid, enero 1569. A D. Diego Ortiz.

«...yo prometo a vuestra merced no perder tiempo (en ir a Toledo) ni hacer caso de mi mal, aunque tornasen *las calenturas*, para dejar de ir luego».

Valladolid, febrero 1569. A D. Alonso Ramírez.

Pide la encomiende en sus oraciones: «mire que lo he menester para ir por esos caminos con harto ruín salud, aunque *las calenturas* no me han tornado».

Toledo, enero 1570. A D. Lorenzo de Cepeda.

«...he estado harto mejor de salud este invierno porque el temple de esta tierra es admirable... creo que ha cuarenta años que no tuve tanta salud, con guardar lo que todas y no comer carne nunca sino a gran necesidad. Habrá un año tuve unas *cuartanas que me han dejado mijor*... Cuando el Señor ve que es menester para nuestro bien, da salud, cuando no, enfermedad».

Avila, octubre 1570. A D.ª Catalina Hurtado.

«Yo no estoy ahora muy buena, que me ha dado un *mal de quijadas* y se me ha hinchado un poco el rostro... no creo será nada».

Alba, febrero 1571. A D. Alonso Ramírez.

«...no sé si he tenido día sin hartos trabajos...».

Avila, junio 1571. A D.ª María de Mendoza.

«Harto poca salud he tenido después que estoy aquí, mas ya estoy buena.»

Avila, noviembre 1571. A D.ª Luisa de la Cerda.

«Véngase de ese lugar (Paracuellos), por amor de Dios, pues ya se ve claro cuán contrario es a la salud de todos. La mía es buena para como suele; mas sigun los trabajos tengo, imposible sería poderlo sufrir si no hubiese más mejoría que suele.»

Avila. febrero 1572. A D.ª Juana de Ahumada.

«Antes de Navidad me dieron unas *calenturas* y estuve de *mal de garganta, sangrada dos veces y purgada.* Desde antes de los Reyes tengo *cuartanas* aunque no con hastío ni dejo de andar con todas el día que no la tengo, a coro y a refitorio algunas veces; creo no han de durar... esfuérzome en no estar en la cama sino con la *calentura*, que es toda la noche. El frío comienza desde las dos, mas no es recio.»

Avila, marzo 1572. A D.ª María de Mendoza.

«A mí me ha probado la tierra de manera que no parece nací en ella; no creo he tenido mes y medio de salud al principio. Tres semanas ha que sobre *las cuartanas* me dio *dolor en un lado* y *esquinancia.* Uno de estos males bastaba para matar si Dios fuera servido. Con tres sangrías estoy mejor. Quitáronseme *las cuartanas*; mas la *calentura* nunca se quita, y ansí me *purgo* mañana. Estoy ya enfadada de verme tan perdida, que si no es a misa, no salgo de un rincón, ni puedo. Un *dolor de quijadas* que ha cerca de mes y medio que tengo me da más pena.»

Avila, septiembre 1572. A D.ª Juana de Ahumada.

«General han sido estas *tercianas*; acá no hay otra cosa, aunque a mí me han dejado. Yo he estado buena este verano; no sé el invierno qué será, que ya me comienza un poco a hacer daño. Mas cuando no hay *calentura* todo se pasa.»

Avila, febrero 1573. A D. Martín Dávila.

«Yo he estado harto enferma, aunque ya estoy buena.»

Avila, febrero 1573. Al P. Gaspar de Salazar.

«...poquísima salud los inviernos, por ser contraria a mis males esta casa».

Avila, julio 1573. Al P. Juan Ordóñez.

«Esta casa de la Encarnación se ve notablemente hacerme gran mal. En pasando mañana me voy si no me da otro mal de nuevo y ha de ser grande cuando me lo estorbe.»

Se refiere *a lo difícil que es enseñar mujeres*, mucho más que a mancebos, como de lo negro a lo blanco. No quiere que haya muchas mujeres juntas: «tengo espiriencia de lo que son muchas mujeres juntas: ¡Dios nos libre!».

Salamanca, noviembre 1573. A D.ª Juana de Ahumada.

«Las mis *cuartanas* lo van (adelante) y lo peor es que torna *el dolor* de estos otros inviernos, que la noche pasada dormí bien poco de él. Creo me tornaron a *sangrar.* Dios lo debe ordenar ansí porque no parezca era todo por estar en la Encarnación; verdad es que de allí vino hecho este daño que nunca he estado sin alguna reliquia. Aquí no es tan recio el dolor como allá.»

Salamanca, enero 1574. Al P. Domingo Báñez.

«Siento *un poco de frío, que es día de cuartanas.* Havianme faltado u medio faltado dos; mas como no me torna el dolor que solía, es tono nada.»

Alba, enero 1574. A Sor Ana de la Encarnación.

«...no deje de comer *carne* estos días. Digan al doctor su flaqueza y denle mucho mis encomiendas...».

Segovia, mayo 1574. A M. María Bautista.

«Ya esto casi buena, que el jarabe que escribo a nuestro padre me ha quitado aquel tormento de *melancolía*, y aun creo la *calentura* del todo.

Segovia, junio 1574. A D. Teutonio de Braganza.

«Yo tengo ahora alguna salud para como he estado, que a saberme quejar tan bien como vuestra señoría no tuviera en nada sus penas. Fue extremo los dos meses el gran mal que tuve; y era de suerte que redundaría en lo interior, para tenerme como una cosa sin ser. De esto interior ya estoy buena; de lo esterior, con los males ordinarios...»

Segovia, junio 1574. A la M. María Bautista.

«He tenido tres semanas ha un *romadizo* terrible con hartas indisposiciones. Ya estoy mejor, aunque no quitado.»

Segovia, julio 1574. A D. Teotonio de Braganza.

«*La melancolía* congojase de parecer se la ha de hacer premio (opresión), y procure vuestra señoría algunas veces, cuando se ve apretado, irse donde vea cielo y andarse paseando, que no se quita la oración por eso, y es menester llevar esta nuestra flaqueza de arte que no se apriete el natural.»

Segovia, julio 1574. A la M. María Bautista.

«...estoy *vieja y cansada* que se espantara de verme. Estos días traigo un *relajamiento de estómago*, que vinieron bien las *nueces.*»

Segovia, septiembre 1574. A la M. María Bautista.

«Ya no tengo *cuartanas.* Cuando el Señor quiere que haga algo luego me da más salud.»

Segovia, septiembre 1574, A la M. María Bautista.

«...estas tierras frías según el mal me hacen...».

Veas, mayo 1575. A la M. Inés de Jesús.

«Yo estoy con más salud que suelo...»

Sevilla, junio 1575. Al P. J, Bautista Rubio.

«...estoy *vieja y cansada*; aun el cansancio que pasé en la Encarnación, todo no se me hace nada. Nunca tengo salud ni gana de haverla tuve; deseo grande ya de haver salido de este destierro si tengo...».

Sevilla, junio 1575. A D.ª Inés Nieto.

«Yo tengo salud, y me va bien en esta tierra...»

Sevilla, octubre 1575. Al P. Gracián.

«Ruín salud he traído estos días; heme *purgado* y estoy buena, lo que no he estado en cuatro o más meses, que ya no se puede llevar.»

Sevilla, octubre 1575. A D.ª María de Cepeda.

«Tengo aquí más salud que por allá (Avila).»

Sevilla, diciembre 1575. A la M. María Bautista.

«...para mi salud claro se ve ser mejor esta tierra...».

Malagón, junio 1576. Al P. Gracián.

Advierte con insistencia al P. que no se permita a las monjas comer en el locutorio: «todas son mozas, y créame, Padre mío, que lo más siguro es que no traten con frailes. Ninguna otra cosa he tenido tanto miedo en estos monesterios como esto; porque aunque ahora es todo muy santo sé en lo que vendrá a parar si no se remedia...».

Toledo, octubre 1576. A M. María de S. José.

«Guárdese vuestra reverencia del *agua de zarzaparrilla* para nadie; y no se descuide a dejar *esa calentura* sin remedios, aunque no sean de purgas. Algo me ha consilado acordarme que algunas veces les parecía la tenía y via yo que no.»

Dieciocho días más tarde, vuelve a escribir: «Tórnola avisar que *no bevan el agua de la zarzaparrilla*».

Toledo, noviembre 1576. Al P. Gracián.

«En lo que toca a esotra doncella o dueña, mucho se me ha asentado que no es tanto *melancolía* como demonio... para si pudiese en algo engañar a vuestra paternidad ya que a ella tiene engañada; es menester anden con gran recato en este negocio y no ir vuestra paternidad a su casa en ninguna manera, no le acaezca lo que a Santa Marina, que decían era suyo un niño y padeció mucho. En ninguna manera vuestra paternidad trate de remediar eso de cuatro meses. Mire que es cosa muy peligrosa. Allá se lo hayan.»

Toledo, noviembre 1576. A M. María Bautista.

«Si alguna vez quisiese creer lo que le digo no verníamos a tanto mal. Es verdad, que poco la rogué el otro día *que no se sangrase más*! Yo no sé qué desatino es el suyo, *aunque lo diga el médico*. Harta pena me ha dado su mal por ser en la cabeza.»

Toledo, noviembre 1576. A M. María de San José.

«Me da gran pena esta su *calentura*. Mírese si es de algunas *opilaciones* (amenorrea), y hágase algo, no lo deje arraigar. Algunas unturas o cosas para *templar ese calor*, que no lo dejen de decir al médico.»

Sobre la enfermedad de la priora de Malagón, viene ocupándose en varias cartas, y dice: «bien sin esperanza de la salud de la priora me tienen estos médicos, porque todas las cosas y señales que tiene son de *tísica*» (hemoptisis y fiebre, tos, adelgazamiento).

Toledo, diciembre 1576. A M. María San José.

«Hasta que me escriba que está sin *calenturas* me tiene con mucho cuidado. Mire no sea *ojo* que suele acaecer en sangres livianas. Yo he pasado en eso mucho. El remedio eran unos *sahumerios con ervatum y culantro, cáscaras de huevo, y un poquito de aceite y romero*, y un poco de *alhucema*, estando en la cama. Yo le digo que me tornava a mí. Casi ocho meses tuve *calenturas* una vez y con esto se me quitó.»

Toledo, diciembre 1576. A M. Brianda San José

Se dirige a la priora de Malagón: «Muy mucho es no estar peor con tan recio tiempo; de *la flaqueza* (delgadez) no se espante, que ha mucho que pasa mal. *La tose* debe ser algún frío que le ha dado, y por relación (carta) sin que se vea de qué procede, no se sufre dar nada desde acá, más vale que lo digan los médicos de allá».

Toledo, enero 1577. A M. María San José.

Para la priora de Malagón dice que «harto he pedido a nuestro padre que me escriba si *el agua de Loja* aprovecha llevado tan lejos, para enviar por ello. (Se la consideraba útil en enfermedades respiratorias y tisis.) Temo mucho el *mal de los reñones* con los hielos que ha hecho...».

En la carta siguiente le repite: «Ahora en el agua tengo esperanza de Loja...».

Toledo, febrero 1577. A D. Lorenzo de Cepeda.

«Ya estuve buena de la *flaqueza* del otro día, y después pareciéndome que tenía mucha cólera... tomé una *purga*, y aquel día fueron tantas las cartas y negocios que estuve escriviendo hasta las dos, y hízome harto *daño a la cabeza*; me ha mandado el doctor

que no escriba jamás sino hasta las doce, y algunas veces no de mi letra... y tengo harta culpa, que por no estorbar la mañana lo pagava el dormir, y como era después, el escribir, *del vómito*, todo se juntava.

En el *dormir* vuestra merced, digo y aun mando, que no sean menos de seis horas...»

Toledo, febrero 1577. A D. Lorenzo de Cepeda.

«Harto mijor estoy, que he tomado unas píldoras. Creo me hizo daño comenzar a ayunar la cuaresma, que no era sólo *la cabeza*, que me dava en *el corazón*... y como tan mal carnero que siempre he menester ave a comer, porque todo el negocio de él es *flaqueza*, como he ayunado desde la Cruz de septiembre y con el trabajo y edad, y en fin ser yo para tan poco, que es enojo que siempre este cuerpo me ha hecho mal y estorbado el bien...»

Toledo, marzo 1577. A M. María S. José.

«El trabajo de este invierno de cartas ha venido a *enflaquecer la cabeza*, de suerte que he estado bien mala. El *agua de azahar* le da la vida a la priora y aun a mí me hace provecho...»

Toledo, abril 1577. A M. María S. José.

«No me envíe cosa sino *agua de azahar*, y un poco de azahar si se puede hallar de hoja, seco, en azúcar; mas yo lo querría de hoja, cueste lo que costase, aunque no sea mucha cantidad.»

Toledo, junio 1577. A M. María S. José.

«Yo me estoy *ruín de mi cabeza*; lo que tengo de mejoría es no tener tanta *flaqueza*, que puedo escribir y trabajar con ella; mas *el ruido está* en un ser y harto penoso.»

Avila, diciembre 1577. A M. María S. José.

«Pide le manden un poco de *caraña* (resina de Indias), que le hace mucho provecho; ha de ser bueno; no se olvide, por caridad.»

Avila, marzo 1578. A M. María de S. José.

«Yo estoy como suelo, *el brazo harto ruín, y la cabeza* también. Con el mal del brazo traigo *el corazón* harto malo algunos días. Envíeme un poco de *agua de azahar*.»

Avila, mayo 1578. Al P. Gracián.

«La mujer vino *a curarme el brazo* (fractura antigua). Tenía perdida la muñeca, y ansí fue terrible el dolor y trabajo como havía tanto que caí. Parece que quedo curada, aunque ahora con el tormento poco se puede entender si lo está del todo; mas menease bien la mano y el brazo puedo levantar a la cabeza; mas aún tiempo hay para estar bueno del todo. Crea vuestra paternidad que si tardara un poco más quedava manca.»

Avila, junio 1578. A M. María S. José.

«*El brazo va mejorando*, aunque no de manera que me pueda vestir; dicen que presto con la más calor, estará bueno.»

Sobre una enferma loca, aconseja a la priora: «lo menos que pudiere ser vuestra reverencia la vea porque para ese mal de corazón es tan dañoso que le podría venir a mucho mal —y mire que se lo mando—, sino escoja dos de las que más corazón tuvieren, que tengan cuenta con ella, y las demás no hay para que la ver casi nunca, ni dejen de andar alegres, ni se están afligiendo, sino como si tuvieren otra enferma; y en parte a ella hay que haver menos lástima, porque las que están ansí no sienten el mal como las que tienen otros males».

A la priora le dice: «dígame cómo es ese *mal que tiene de corazón*. El *aceite de azahar* es muy bueno».

Avila, julio 1578. Al P. Domingo Báñez.

«Yo razonable de salud; aunque *el brazo se está ruín* que no me puedo vestir, va mejorando.»

Malagón, diciembre 1579. Al P. Gracián.

«No estoy peor que suelo, antes estos días me hallo con más salud...»

Malagón, febrero 1580. A M. María S. José.

Para enfermedad de una monja, dice: «mucho aprovecha por acá sabido de buenos médicos— beber cuando ansí está cuatro u cinco tragos de *agua rosada*. A mí gran provecho me hace, y de *azahar* mucho daño, y oler lo de azahar provecho al corazón, mas no beverlo» (supongo que se trata de enfermedad nerviosa).

Toledo, abril 1580. A M. María S. José.

...«ando estos días con muy poca salud. Parece que pago lo que he estado buena en Malagón y Villanueva, y por los caminos, que ha muchos días y aun creo años que no me hallé con tanta salud. Desde el jueves de la Cena me dio un accidente de los grandes que he tenido en mi vila, de *perlesia y corazón*. Dejóme hasta ahora, que no se me quitado, *calentura*, y con tal disposición y flaqueza...».

Toledo, abril 1580. A D.ª Isabel Osorio.

«...aunque eran treinta leguas de donde vine, no traje cansancio sino más salud que suelo. Después acá he tenido bien poca; creo no será nada».

Toledo, abril 1580. A D. Lorenzo de Cepeda.

«Mejor estoy que he estado; todo deve ser reliquias de males viejos y no hay que espantar; más lo estoy de no estar peor. Creo me dava por allá salud estar sin tantas cartas y negocios.»

Toledo, mayo 1580. Al P. Gracián.

«...mi mal ya no es nada. Sólo hay *flaqueza*, porque he pasado terrible un mes, aunque he pasado en pie lo más, que como estoy mostrada a padecer siempre, aunque sentía gran mal, parecíame se podía pasar ansí. Cierto pensé que me moría, aunque no lo creía del todo, ni se me dava más morir que vivir».

Toledo, mayo 1580. A D. Pedro J. Casademonte.

«...voy ya de mejoría, aunque estoy *flaca y con muy ruín cabeza*...».

Toledo, mayo 1580. A la Duquesa de Alba.

«...ha sido tan poca mi salud que desde el jueves de la Cena no se me ha quitado *calentura* hasta ahora ocho días. Decían los médicos se hacía una *postema en el hígado*; con *sangrías* y *purgas*...».

Segovia, junio 1580. A D. Lorenzo de Cepeda.

«Yo estoy muy mejor después que estoy en este lugar y se me han quitado las *calenturillas* que tenía.»

Segovia, julio 1580. A M. María S. José.

Le comunica la muerte de su hermano Lorencio: «dióle un *flujo de sangre* tan apresuradamente que le ahogó, que no duró seis horas» (probable hemoptisis). En otra carta dice «*vómito de sangre*».

Medina, agosto 1580. A M. María S. José.

«Yo ando razonable de salud con hartos cuidados y trabajos, sino que de todo se me da poco...»

Valladolid, septiembre 1580. A D. Gaspar Daza.

«Tengo salud mucho más que por allá, aunque con los *achaques ordinarios*, en especial la *perlesia*; mas como *no hay calentura* y el hastío que en Segovia, es estar buena.»

Valladolid, octubre 1580. Al P. Gracián.

«Yo estoy ya, podemos decir, buena y como mejor, y de la flaqueza también lo estoy, que voy tomando alguna fuerza, aunque no oso escrevir de mi mano... Está *mi cabeza* que aun con no escrevir de mi mano...»

Valladolid, octubre 1580. A M. María S. José.

«No piense que esas *hinchazones* son siempre *dropesía* (hidropesía), que por acá las tienen y han tenido y están ahora buenas y otras se andan ansí. No deje de curarse y guardarse de lo que dice el médico le hace daño... Todavía estoy tan *flaca la cabeza* que no sé cuándo podré escrevir de mi letra. Sepa que el mal ha sido tanto que no pensaron que viviera. Ya estoy *sin calentura* días ha...»

Valladolid, noviembre 1580. A M. María S. José.

«Yo estoy mijor. Voy tornando en mí, aunque no falta en qué padecer con mis continuas enfermedades y cuidados, que no me faltan.»

Valladolid, diciembre 1580. A M. María S. José.

«...mire mucho y *se guarde de bever*, pues sabe el daño que le hace. Infusión de *ruibarbo* hizo gran provecho a dos hermanas que tenían esas *hinchazones* que lo tomavan alguna mañana; trátelo con el médico...».

Palencia, enero 1581. A D.ª Juana de Ahumada.

«...no estoy peor de salud, aunque achaques hartos no faltan, mas como no hay calentura bien se pasa».

Palencia, marzo 1581. Al P. Gracián.

«En Medina hay *muchas melancólicas*... Buena ando, si no es de los males ordinarios...»

Avila, septiembre 1581. A D. Jerónimo Reinoso.

«Llegué aquí no buena con *una calenturilla* que havía causado cierta ocasión...»

Avila, noviembre 1581. A M. María de S. José.

«Mucho me pesa que se parezca a mí en nada porque todo es mal y más mal, en especial en los corporales. Cuando me dijeron del *del corazón*, no me pesó mucho, porque aunque es trabajoso en aquella furia deve embever otros, y en fin, no es peligroso, y como me dijeron tenían *hidropesía* tuve por bueno eso. Sepa que *no quieren muchas curas juntas*, mas aplacar el humor es forzoso.

En memoria que va ahí de píldoras están loadas de muchos médicos, y ordenómelas uno muy grande. Entiendo le harán provecho usar, aunque no sea sino de quince a quince días una, que me han hecho gran provecho, y ansí ando mejor mucho, aunque buena nunca, y con los *vómitos* y otros achaques; mas gran provecho me han hecho y son sin pesadumbre.»

Avila, diciembre 1581. A la M. Priora de Soria.

«Si hubiere menester siempre *carne*, poco importa que la coma aunque sea en cuaresma, que no va contra la regla cuando hay necesidad...»

Palencia, enero 1581. A D.ª Catalina de Tolosa.

«Detúvome allí (Valladolid) cuatro días por estar muy indispuesta, que sobre un *catarro grande* que me dio acudió un poco de *perlesia*... También estoy ahora algo ruín...

Burgos, febrero 1582. A M. María S. José.

«En el camino se nos ofrecieron hartos peligros, porque hacía el tiempo tan recio que iban los arroyos y ríos que era temeridad. A mí me devía hacer algún daño que desde Valladolid vine con un *mal de garganta*, y me le tengo, harto malo, que aunque me han hecho remedios no se acaba de quitar. No se puede comer cosa mazcada...» (amigdalitis).

Burgos, junio 1582. A D. Dionisio Ruiz de la Peña.

«Siempre he tenido poca salud en este lugar; con todo no querría salir de él hasta ir a ese (Madrid), y no andar ya más, que estoy muy *vieja y cansada.*»

Burgos, junio 1582. Al P. Gracián.

«Yo ando *la garganta* como suele y no peor, que es harto; en lo demás buena...»

Burgos, julio, 1582. A M. María S. José.

«...yo estoy *de la cabeza muy cansada,* que he estado escribiendo toda la tarde, aunque no sea de mi letra... Me estoy como suelo de *la garganta* y los demás achaques».

Pocos días más tarde, le dice: «de salud me va como suele».

Palencia, agosto 1582. A M. Tomasa Bautista.

«Diga al licenciado Agiar, que aunque entra allá cada día, ya verá cuán de mal se me hace no le ver...»

CAMINO DE PERFECCIÓN

Capítulo XI

Aconseja a las religiosas: «*Olvidaos de quejaros de flaquezas y malecillos de mujeres,* que alguna vez pone el demonio la imaginación de esos dolores; quítanse y pónense. Si no se pierde la costumbre de decirlo y quejaros de todo, nunca acabaréis.

En esto no trato de males recios, como cuando hay calentura recia, sino trato de unos malecillos que se pueden pasar en pie.

Si no nos determinamos a tragar de una vez la muerte y la falta de salud, nunca haremos nada».

MORADAS SEXTAS

Capítulo I

«También suele dar el Señor enfermedades grandísimas. Este es muy mayor trabajo, en especial cuando son dolores agudos... si es de *los muy recios (dolores) descomponen lo interior y esterior...*

Yo conozco una persona que ha cuarenta años no puede decir con verdad que ha estado día sin tener dolores y otras maneras de padecer; de falta de salud corporal...»

CONSTITUCIONES

Capítulo VII

Las enfermas sean curadas con todo amor y regalo, y piedad. Ponga mucho cuidado la M. Priora, que antes falte lo necesario a las sanas que algunas piedades a las enfermas. Sean visitadas e consoladas por las Hermanas. *Póngase enfermera que tenga para este oficio habilidad y caridad.*

Tengan paciencia y den la menor importunidad que puedan cuando el mal no fuere mucho. Estén obedientes a la Enfermera, porque ellas se aprovechen y salgan en ganancia de la enfermedad.

Tengan lienzo y buenas camas, digo colchón, y sean tratadas con mucha limpieza y caridad.

FUNDACIONES

Capítulo VII

DE CÓMO HAN DE HAVER CON LAS QUE TIENEN MELANCOLÍA

Por mucho que andamos procurando *no tomar las que la tienen, es tan sotil, que se hace mortecino para cuando es menester,* y ansí no lo entendemos hasta que no se puede

remediar. Son tantas *las invinciones que busca este humor para hacer su voluntad,* que es menester buscarlas para como lo sufri y governar sin que haga daño a las otras.

Procuren *sujetarlas de manera que entiendan no han de salir con tono ni con nada de lo que quieren.* Una basta para traer inquieto un monesterio. No hay otro remedio para este mal sino es *sujetarlas por todas las vías y maneras que pudieren.*

Verdaderamente creo que muchas veces es de *condiciones libres, y poco humildes y mal donadas,* y que no les hace tanta fuerza el humor como esto. Ahora se usa más que suele, y es que *toda la propia voluntad y libertad llaman ya melancolía.*

A tiempos es muy necesario *adelgazar el humor con alguna cosa de medicina* para poder sufrir, y *estese en la enfermería,* y entienda que cuando saliere a andar en comunidad, que *ha de ser humilde como todas, y obedecer como todas; y cuando no lo hiciere, que no le valdrá el humor.*

Las prioras han menester, sin que las mesmas lo entiendan, *llevarlas con mucha piedad, ansí como verdadera madre,* y buscar los medios que pudiera para su remedio.

Insiste que *no entiendan que han de salir con lo que quieren, ni salgan, que en sentir esta libertad está el daño.*

Mas puede la priora no mandar lo que ve han de resistir, pues *no tienen en sí fuerza para hacerse fuerza,* sino llevarlas por maña y amor...

El mayor remedio que tienen es ocuparlas mucho en oficios, para que no tengan lugar de estar imaginando, que aquí está todo su mal. Que no coman pescado, y hagan menos ayunos.

AVISOS DE LA MADRE

(Dos consejos de interés)

«La tierra que no es labrada, llenará abrojos y espinas aunque sea fértil, ansí el entendimiento del hombre.»

«Acomodarse a la complesión de aquel con quien trata: con el alegre, alegre; y con el triste, triste; en fin, hacerse todo a todos para ganarlos a todos.»

BIBLIOGRAFIA

Azorín.—*A. B. C.* 20-II-1962.

Arístegui, P. B.—«Santa Teresa de Jesús, enfermera.» 1952.

Alamo Salazar, A.—«Senda emocional de Alba de Tormes.» 1952.

Carramolino.—«Historia de Avila.» Vol. III. 1873.

Courseire, I.—Cit. de Mir.

Donazar, P. A.—«Meditaciones Teresianas.» 1957.

Efrén y col.—«Obras completas de Santa Teresa.» 1951.

Emilio, P.—Cit. Efrén.

Foquel, G.—«Los libros de la Madre Teresa de Jesús.» 1588.

Miller, F.—«Teresa de Avila.» 1948.

Miller, F. «Los Santos que conmovieron el mundo.» 1946.

García Boiza, A.—«La Basílica Teresiana.» 1918.

García Figar, P. A.—«Filosofía psiquiátrica de Santa Teresa.» *Diario de Avila,* 8-XI-1962.

Gregoire de S. Joseph, P.—«La pretendue hystèrie de Ste. Thèrese.» Reponse au Dr. Perales Gutiérrez. 1895.

Hunerbein, A.—«El hastío religioso.» 1961.

Hamon.—«Sainte Thèrese est-elle hystèrique? 1907.

Hahn, P.—«Les phenomenes hystèriques et les revelations de Ste. Thèrese. 1883. Cit. Efrén.

Irigarai F.—«Guía médica del intérprete de milagros.» 1949.

Isasi García, A. «Santa Teresa de Jesús.» Temas Españoles. Núm. 127. 1959.

Lhermitte, J. «Místicos y falsos místicos.» 1958.

Mir, M.—«Santa Teresa de Jesús.» 1912.

Martínez, P.—«Santa Teresa de Jesús ante los neurólogos.» 1925.

Marco Merenciano, F.—«Psicoanálisis y melancolía en Santa Teresa.» Ensayos Médicos y Literarios. 1958.

Novoa Santos.—«Patografía de Santa Teresa de Jesús.» 1932.

Perales Gutiérrez.—«El supernaturalismo de Santa Teresa y la filosofía médica.» III Centenario. Granada.

PITTALUGA, G.—«Grandeza y servidumbre de la mujer.» 1946.
POURRAT, G.—«Thèrese de Jesùs.» 1946.
PAULÍS PAGÉS, J.—«La última enfermedad de la mística Doctora de Avila.» *Clín. y Laboratorio*. Zaragoza. Núm. 447. 1963.
POVEDA, J. M.—«Enfermedades y misticismo en Santa Teresa.» Conferencia. Madrid, 1963.
PARDO, E. J.—«De Avila a Becedas.» 1962.
PAPASOGLI, J.—«Santa Teresa de Avila.» 1957.
RUBIO CERCAS, M.—«La merced del dardo. La patología frente a los fenómenos místicos.» 1941.
ROF CARBALLO, J.—«La estructura del alma humana según Santa Teresa.» Conferencia. Madrid, 1963.
ROUBY.—«L'hystèrie de Ste. Thèrese.» 1902.
SILVERIO, P.—«Obras de Santa Teresa de Jesús.» 1930
SILVERIO, P.—«Historia del Carmelo Descalzo.» 1935.
SYLVESTER, Fr.—«Obras de la gloriosa Madre Teresa de Jesús. Dedicado al Serenísimo Señor D. Juan de Austria.» 1724.
SAN. P. L. DE.—Cit. Mir.
VALLEJO NÁJERA, A.—«El caso de Teresa Neumann.» 1935.
VILLACIAN, J. M.—«Manifestaciones psíquicas del conflicto.» Conferencia inédita. 1960.
WALSH, W. T.—«Santa Teresa de Avila.» 1960.
Los Libros de Santa Teresa de Jesús, 1588, revisados por Fr. Luis de León.

Dirección: Mayor, 19. Palencia (España).



CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

HERIDAS EN EL CORAZÓN POR ARMA BLANCA

POR EL

DR. LUIS DEL CAMPO JESÚS

MÉDICO FORENSE. ACADÉMICO C. DE LA REAL DE ZARAGOZA

PAMPLONA

SUMARIO: I. Justificación del tema.—II. Historial de un caso. III. Protocolo necrópsico.—IV. Consideraciones diversas.—V. Forma de las heridas.—VI. Resumen final.

I

Las lesiones por arma blanca tienden a decrecer, al utilizarse cada día menos como elementos ofensivos, resultar mayor la exposición y riesgo a fracasar por quien las maneja con carácter agresivo, y ser notoriamente inferiores sus efectos vulnerantes respecto a las armas de fuego. Por otra parte, existe base para explicar cómo el «matón» que gustaba de su empleo tiende a desaparecer en los tiempos actuales, y cómo las formas y posibilidades de diversión de nuestra juventud, comparativamente con las del siglo pasado y primeras décadas del presente, han contribuído también a rebajar los delitos por tales instrumentos metálicos, cuyo nombre hace referencia al color y brillantez de su hoja.

No obstante, son frecuentes las intervenciones periciales por este tipo delictivo, y personalmente todos los años intervenimos en casos mortales donde las heridas vasculares y viscerales responsabilizan el *exitus letalis*. Las lesiones que asentaron sobre cavidades cardíacas sobrepasan en nuestra casuística los quince casos y siempre revistieron los caracteres de muertes rapidísimas. El mecanismo patogénico obedeció casi constantemente a anemia aguda, toda vez que la masa hemática se expulsaba a borbotones, en forma masiva tras oleadas pulsátiles, y el óbito se establecía antes de perderse la tercera parte del volumen total sanguíneo, detalle fácilmente mensurable recordando que para su evaluación basta multiplicar por 75 c. c. el peso en kilogramos del individuo herido. En las necropsias hallamos sangre en abundancia extravasada en cavidad torácica, y siempre se constató hemopericardias; mas no interpretamos que la presión ejercida por la sangre, en ocasiones vertida en cantidad notable dentro del saco pericárdico, aunque inferior a 250 c. c., bloquease o taponase el corazón determinando su compresión aguda, que, agotando su capacidad de reserva y contractilidad, condujese a una asistolia mortal. En nuestras autopsias resultó asimismo dificilísimo valorar macroscópicamente la posibilidad de colapso fulminante cardíaco, indiscutible causa capaz de ocasionar una muerte inmediata en las heridas del corazón, especialmente si se le-

Comunicación presentada en la *Real Academia de Medicina de Zaragoza* en la sesión celebrada el día 20 de junio de 1963.

sionan el haz de His, las coronarias o gruesas ramas de las mismas y sectores importantes de conducción nerviosa intracardíaca.

El día 3 de febrero de 1963 hubimos de emitir dictamen pericial sobre persona herida en tres regiones distintas por arma blanca, uno de cuyos navajazos, a pesar de atravesar pared miocárdica y penetrar en ventrículo izquierdo, no fue mortal de necesidad. Resultaba, además, el primero y único caso de tal naturaleza en que interveníamos, tras más de veintisiete años de ejercicio forense, por lo que consideramos interesante su publicación, quizá pecando de ingenuidad si recordamos aquellas palabras de BASTOS: «Muchos cirujanos de larga experiencia no han tenido ocasión en toda su vida de operar a un herido de corazón. Y los que lo han hecho, los que han conseguido salvar con sus manos la vida de uno de estos heridos, recuerdan seguramente el caso como el momento de más emoción de su vida profesional.» [1]

II

El comienzo del drama obedeció a causa baladí. Unos enfermos internados en el Sanatorio de Nuestra Señora del Carmen, de Pamplona, cruzan palabras altisonantes por si el receptor de la televisión debería estar apagado o encendido en determinado momento. Al parecer, el intrascendente incidente se soluciona, y mientras J. R. Ch., de veinticinco años de edad, profesión pastor y natural de Navardún (Zaragoza), se dirige a cenar, L. A. P., de cuarenta y seis años, se encamina a su dormitorio para recoger la navaja que reproducimos gráficamente, cuyo peso es de 151 gramos y la longitud de su filo 9 centímetros, con anchura máxima de 1'5.

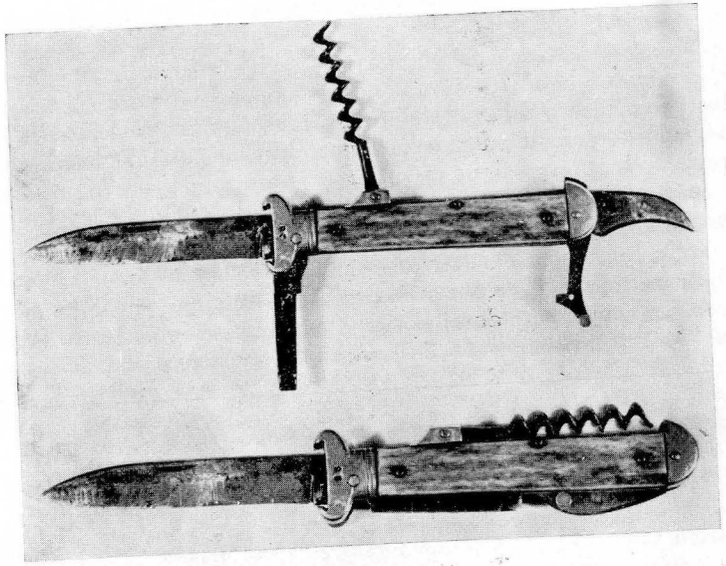
J. R. Ch. se halla ya cenando en uno de los extremos del comedor, donde penetra L. A. P., quien, sin mediar palabra, le asesta tres navajazos. Razonamos ampliamente, en informe que emitimos ante el señor juez, la hipótesis de cómo debieron de suceder los hechos y la posición de agresor y agredido, basándonos en diversas circunstancias lesionales, que en síntesis vino a ser: Se infieren en posición sentada, en superponible unidad de tiempo, dos heridas por arma blanca manejada por la misma mano, una en plena masa deltoidea, que llega hasta plano óseo de húmero derecho; otra en cara externa del muslo del mismo lado, interesando planos musculares un poco por debajo de la región de los trocánteres. J. R. Ch., al sentirse herido, debió de ponerse de pie, en cuyo momento pudo recibir una tercera herida, penetrando el filo de la navaja por sexto espacio intercostal izquierdo, a nivel de la línea mamilar y ocasionando una herida de unos 3 centímetros de anchura.

Tal suceso acaece alrededor de las 20'30 horas del día 3 de febrero de 1963, y aproximadamente una hora después, ingresa en el Hospital Civil de Navarra, en la Sección de Cirugía y Traumatología, que dirige el doctor LITE. En la historia clínica (número 2.724) de dicho centro constan los siguientes datos:

«El enfermo se presenta con lucidez perfecta del sensorio y con sensación de frío. Exploración: tensión arterial máxima 7'5; pulsaciones incontables y muy filiformes. Coloración cianótica de partes acras y palidez no muy intensa de mucosas. Respiración entrecortada. Hemitórax izquierdo algo deprimido respecto al derecho. Auscultación: tonos muy apagados. Estertores crepitantes en todo el hemitórax izquierdo. Auscultación normal del hemitórax derecho. Percusión: matidez del área cardíaca, aumentada en su extensión hacia el lado izquierdo.»

[1] BASTOS ANSART: *Traumatología*, pág. 215. Editorial Labor. 1945.

Se obtuvo una radiografía (que por causas ajenas a nuestra voluntad no nos ha sido posible reproducir) donde se aprecia una retracción mediastínica hacia el lado izquierdo por fibrosis fímica y área cardíaca uniformemente ensanchada en todos sus diámetros y, al parecer, desde base del pedículo hasta la punta, considerándola como imagen típica de derrame pericárdico.



Seguidamente se procedió a una intervención quirúrgica, cuyos pormenores copiamos textualmente de la historia clínica citada anteriormente:

«*Intervención.*—Toracotomía y resección del arco anterior de la sexta costilla. Se sigue el trayecto de la herida, que atraviesa la pared torácica en su totalidad (apreciándose una lesión de corte de la sexta costilla). Continúa el trayecto por un ojal en pleura y pericardio, el cual se halla invadido de sangre abundantemente. Se limpia y aspira, encontrándose una herida incisa en pleno miocardio, que en alguna ocasión se la ve sangrar.

Las pleuras están sinfizadas en la parte superior. La porción baja de la cavidad pleural contiene sangre en abundante cantidad también. No se aprecia lesión parenquimatosa pulmonar.

Se hace sutura del miocardio con dos puntos de catgut y se deja el pericardio abierto, en parte, hacia la cavidad pleural, en la que se coloca un drenaje aspirativo de Redon.

Antitetánica y antibióticos. Oxígeno.

Después de la intervención, el enfermo alcanza tensiones de 13. Durante la noche baja la tensión y la respiración se hace dificultosamente.

Por la mañana se comprueba una deficiente posición del Redon, cuyos orificios están fuera en parte. Ha salido por el Redon pequeña cantidad de sangre. El enfermo está encharcado y con un cuadro que recuerda el edema agudo de pulmón. Cedilanid y oxígeno lavado con alcohol.

Se repone el Redon y se aspira; no sale sangre.

Se practica una traqueotomía para aspirar y colocar el respirator.

El enfermo fallece hacia las once de la mañana, sin reponerse.»

Tras la intervención quirúrgica se obtuvo una segunda radiografía, existente en el Hospital Provincial de Navarra, donde apreciamos:

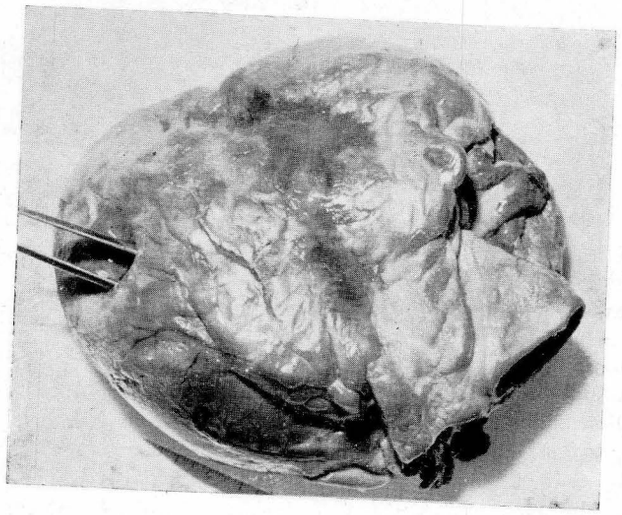
Disminución del tamaño del corazón. Individualización del corazón y de sus diversos arcos y elementos constitutivos.

III

Con los protocolos ordinarios relativos al levantamiento del cadáver, fue trasladado al Depósito judicial, donde por imperativo legal practicamos la autopsia.

En gracia a la brevedad no referiremos pormenores de la misma; bástenos consignar los tres detalles siguientes:

1.º Se trataba de un paciente afectado de poliserositis intensa, y como consecuencia de los fenómenos exudativos se habían creado adherencias extensas, prácticamente por la totalidad de sectores orgánicos. Así, por ejemplo, la separación de la cúpula hepática, normalmente lisa y sin uniones con la cara inferior diafragmática, resultó dificilísima de desligar.



2.º Acusaron extraordinaria consistencia las anormales sínfisis pleuro-costales, auténticas soldaduras por fibrosis. Existía sangre en cavidad pleural izquierda, con alteraciones pulmonares muy acentuadas de tipo edematoso. El espacio pericárdico se hallaba limpio, exangüe. Extraído el corazón, bajo la técnica ordinaria, se comprobó: dos puntos de sutura en miocardio, y, cortados, se identificó cómo un elemento metálico monocortante lo atravesó, penetrando en ventrículo izquierdo. Para mayor grafismo, se obtuvo la fotografía con que se ilustra este trabajo. Precisamos en nuestro informe de autopsia, ante el Juzgado, que la herida era algo menor de un centímetro de longitud, hallándose situada perpendicularmente al eje del cuerpo, correspondiendo el borde romo del agente agresor a la parte externa, es decir, la llamada cola o zona correspondiente al filo del arma blanca se disponía

hacia dentro, o hacia partes centrales del interfecto. La trayectoria resultó ligeramente ascendente y el arma penetró exactamente en una dirección paralela al eje del cuerpo.

3.º Se estudió macroscópicamente el corazón y se realizaron diversas pruebas funcionales. Se dedujo tratarse de órgano insuficiente, de aspecto globuloso, hipertrófico, especialmente en cavidades derechas, presentando las características anatomopatológicas asignadas al *cor pulmonale* crónico.

En las discusiones médico-legales se estableció que la cardiografía resultó técnicamente irreprochable, toda vez que se constató una supervivencia sobrepasando las doce horas, a contar de la intervención quirúrgica, demostrando la necropsia la coaptación perfecta de la herida miocárdica, al encontrarse limpia y sin sangre la cavidad pericárdica. Incluso la vinculación final de la causa de la muerte quedaba ligada a trastornos pulmonares izquierdos, calificables fundamentalmente como edema agudo de pulmón, sin olvidar el papel coadyuvante y hasta desencadenante del óbito, por la herida penetrante en ventrículo izquierdo, por la copiosa hemorragia padecida y por los shocks traumático y quirúrgico.

Señalamos también, en una de las conclusiones, que el estado anterior del interfecto, su tuberculosis preexistente, resultaba invalorable como causa directa o indirecta del fallecimiento, añadiendo ahora que en buena parte la consideramos como factor favoreciente para la supervivencia. Gracias a ella se había creado con anterioridad un *cor pulmonale* crónico, capaz de permitir contracciones cardíacas en condiciones anormales, acostumbrando al organismo a subvenir a las necesidades de oxígeno con el mínimo gasto y esfuerzo. Asimismo, la enfermedad preexistente había dado origen a un tejido conjuntivo de relleno que, dificultando la elasticidad, pudo impedir la creación de un hemopericardias mortal, al tiempo que contribuía a sostener hipotéticos coágulos hemáticos que, al taponar la herida del ventrículo izquierdo, evitaron una muerte fulminante por anemia aguda.

IV

De lo que venimos exponiendo se deduce que aun siendo la regla general la muerte rapidísima en las heridas que, atravesando la pared del corazón, llegan a sus cavidades, es posible la supervivencia. Resulta, por lo tanto, carente de fundamento la creencia del vulgo, para quien tales tipos de lesiones son siempre mortales de necesidad.

Tratadistas solventes nos hablan también de heridas en el corazón por cristales, esquirlas óseas, astillas de madera, agujas, proyectiles, etc., que, a pesar de traspasar el miocardio y exteriorizar rítmicamente la salida de sangre roja y hasta con espuma, curaron espontáneamente, si bien en la mayoría de estos casos se trataba de soluciones de continuidad de escaso grosor. Las estadísticas anteriores al año 1896, fecha en que se practicó la primera operación cardíaca con éxito, señalan un porcentaje de curaciones sin intervención inferior al 15 por ciento, por lo que cabe deducir que en el momento actual la conducta en los heridos de corazón jamás debe ser la de mantener una actitud expectante, y la norma consistirá en la *actuación quirúrgica inmediata*, bajo técnica que no es momento de explayar.

Existen asimismo en la literatura médica casos publicados donde armas blancas atravesaron y quedaron clavadas en el corazón, moviéndose sincrónicamente con las contracciones cardíacas. En estas circunstancias es presumible que tales elementos actuarían de tapón y nunca deberá procederse a su extracción, salvo como un acto operatorio, con ventana torácica que permita al mismo tiempo retirar el

arma y asir el corazón comprimiendo sus pedículos vasculares entre los dedos, consiguiéndose de esta forma una hemostasia que dure los segundos necesarios para practicar la cardiorrafia; nunca debe pretenderse cohibir la hemorragia mediante presión de la herida miocárdica, toda vez que la especial contextura de la pared cardíaca pudiera ocasionar el ensanchamiento de la herida. Retirar el agente agresor en condiciones no operatorias, fuera del quirófano, equivaldría a quitar el elemento contensor de la efusión sanguínea, pudiéndose ocasionar una muerte inmediata. Tal fue lo sucedido con la bellísima emperatriz Isabel Amalia Eugenia, casada con Francisco José I de Austria, violentamente asesinada el 10 de septiembre de 1898 por el anarquista italiano Luccheni, en el lago de Ginebra, quien le clavó puntiaguda lima en el pecho, y al extraérsela se produjo una muerte fulminante por hemorragia copiosísima.

(En este caso, al igual que en varios de los nuestros, la etiología médico-legal revistió los caracteres de asesinato, si bien en la mayoría de los que intervinimos la figura jurídica delictiva fue calificada de homicidio, y no faltaron aquellos donde se alegó como eximente la legítima defensa. Aun cuando nunca los observamos, cabe perfectamente que pudieran darse suicidios por arma blanca interesando el corazón, o bien la circunstancia de herida miocárdica de origen accidental.)

El agente agresor, en nuestra casuística, llegó al corazón, en la mayoría de las ocasiones, atravesando la región mamilar izquierda o incindiendo por pared costal de este lado o por torácica anterior. (Incuestionablemente pudieran también abordar las armas blancas el espesor visceral introducidas a través del abdomen; por ejemplo, mediante profundas cuchilladas. Se citan asimismo casos de penetración por floretes o elementos metálicos alargados y de fino filo, clavados entre vértebras dorsales de cuarta a octava. Por el contrario, son rarísimos aquellos otros que alcanzaron el corazón atravesando el esófago, señalándose «sables de juglares, instrumentos quirúrgicos» [2].)

En la totalidad de nuestros casos, el arma agresora atravesó la pared anterior del corazón, y aproximadamente en más de las tres cuartas partes de los mismos la herida asentó en ventrículo izquierdo. No obstante, merece tenerse en cuenta la experiencia y afirmación de otros autores, especialmente la de los distinguidos maestros López Gómez y Gisbert Calabuig, para quienes las heridas del corazón «son más frecuentes en el ventrículo derecho, que tiene una situación más anterior que el izquierdo» [3], opinión poco convincente para las lesiones por arma blanca y verosímil para las heridas resultantes de traumatismos torácicos acompañados de fracturas esternales, dada la correspondencia entre pared anterior del ventrículo derecho y la cóncava cara posterior del cuerpo esternal que la protege en condiciones ordinarias.

El hecho tan poco frecuente, como el caso que reseñamos, de que una herida con su pared anterior miocárdica atravesada por arma blanca llegara a manos de un cirujano, hemos de relacionarlo también con la zona del corazón herida. Acordes con la opinión de afamados cardiólogos, no todas las regiones cardíacas acusan la misma gravedad al ser lesionadas, siendo precisamente la ventricular izquierda la más adecuada para la supervivencia y para el éxito operatorio. A su gran espesor muscular se achaca la posible oclusión de las heridas producidas a su nivel por sí mismas, conteniendo por lo menos parcialmente la salida de sangre y dando el tiempo suficiente para poder llegar al quirófano, donde, por similares razones

[2] Juaristi: *Manual Español de Cirugía*, tomo II, pág. 447.
[3] López Gómez y Gisbert Calabuig: *Tratado de Medicina Legal*, tomo I, pág. 755.

de grosor muscular, resultaría más factible y ventajosa la sutura. (Cirujanos de la categoría de Bastos señalan lo dificilísimo que resulta la ligadura sobre las restantes cámaras cardíacas, por lo que son contados los casos de herida de ventrículo derecho rescatados a la muerte, así como los de las aurículas, que «rara vez llegan al puerto de los hospitales». «Y es legítimo poner en tela de juicio los casos de éxito operatorio en esta clase de heridas, que aparecen en las primeras estadísticas y no han vuelto a aparecer en las recientes» [4].)

V

En el caso que reseñamos, a propio intento, ensanchamos mediante una pinza la herida miocárdica para que en la reproducción fotográfica se distinguieran mejor sus detalles. Se trataba de un ojal, típico de las armas corto-punzantes, idéntico en sus caracteres a los ocasionados en la piel por navajas monocortantes; sus bordes eran netos, limpios, sin muescas o hendiduras. Análogos detalles morfológicos recordamos haber apreciado en la totalidad de los restantes casos autopsiados con anterioridad, dependientes de la forma del instrumento agresor y vinculables a la sección producida por su filo en las fibras musculares de la pared cardíaca y en función de la fuerza, profundidad y trayectoria imprimidas.

Nunca encontramos aquellas formas de las heridas en V, Z y L, descritas por determinados autores, por lo que consideramos interesante afinar sobre los posibles mecanismos productores de la tipología y configuración lesional cardíaca. En nuestra opinión, convendría tener en cuenta los dos hechos siguientes: primero, incidencia del arma blanca al llegar al corazón; segundo, tiempo de actuación.

(Para la interpretación de la primera de estas condiciones será necesario valorar la arquitectura de la pared miocárdica, formada por fibras musculares dispuestas según complejos sistemas, en los cuales se distinguen los propios de las aurículas y ventrículos, juntamente con los que lo asocian, para permitir fisiológicamente el establecimiento de una independencia entre la musculatura auricular y ventricular. Además, el grosor y consistencia es totalmente distinto en los cuatro departamentos cardíacos; las paredes auriculares son lisas en la mayor parte de su extensión, presentando solamente columnas carnosas de segundo y tercer orden en zonas muy limitadas; en cambio, en los ventrículos, de mucho mayor espesor —un centímetro, aproximadamente, el izquierdo, y medio, el derecho—, se objetivan eminencias musculares llamadas pilares del corazón o músculos papilares. Por lo tanto, no siendo uniforme la contextura miocárdica, ni macroscópica ni microscópicamente, la forma que puedan adoptar las heridas establecidas a su nivel dependerá de la zona donde asiente el arma agresora, y vinculable a su incidencia. Cuando el filo actúe paralelamente a la dirección en que se hallen distribuídas histológicamente las fibras cardíacas, las separará o las dislacerará, cortándolas mínimamente; pero cuando incinda perpendicularmente a su dirección, las seccionará. En el primero de estos casos cabe una retracción por elasticidad, y el orificio de la herida resultante podrá ser menor que el tamaño del agente agresor; en el segundo caso, al cortarse uno de los cabos, las fibras se replegarán sobre el otro, que tirará de él, por lo que la herida será mayor que el instrumento vulnerante.)

Pero la morfología lesional estará además condicionada al segundo de los hechos que enunciamos, subdividible, a su vez, en: *a*) tiempo de actuación del

[4] Bastos: Obra citada, pág. 217.

agente agresor; *b*) tiempo de contractibilidad cardíaca. En nuestra casuística, el primero de estos dos factores prácticamente fue invalorable; quien maneja un arma y hiere, pretende clavarla y retirarla simultáneamente, sucediendo las cosas durante una fracción de tiempo imposible de medir, coincidiendo con el desplomarse del herido de corazón, por lo cual no suele recibir otra lesión en esta región si se hallaba de pie o en posición erecta. Consideramos esta rapidez en herir del elemento agresor superior incluso al tiempo de contractibilidad cardíaca —de unas sesenta a ochenta veces por minuto—, pudiendo, si el arma quedase clavada, originarse nuevos cortes en el miocardio, resultantes del contraerse las fibras sobre el filo del acero.

En nuestra opinión, solamente en estos casos se producirían diseños lesionables en forma de V, Z o L en las heridas cardíacas, acordes con la afirmación de THOINOT, para quien dependerían «de que el miocardio, durante sus movimientos, se ha cortado de nuevo sobre el instrumento hundido en el corazón» [5]. Mas ni en estas eventualidades se darían constantemente tales figuras; su posibilidad radicaría en la disposición del arma, perpendicular, nunca paralela, a los sistemas de fibras miocárdicas, por lo que debe ser considerada como una rareza su observación. Serían formas atípicas, al igual que aquellas otras heridas epidérmicas por instrumentos cortantes que adoptan el aspecto anguloso, en puente o zigzag, provenientes de alcanzar el arma blanca la piel plegada o en regiones cutáneas muy laxas (párpados, escroto), donde al incindir el elemento agresor, su simple presión crea superposición de capas dérmicas.

(Aceptaríamos incluso que estas formas excepcionales en V, Z o L, y otras distintas que eventualmente pudieran darse, se establecerían cuando, además de quedarse clavada el arma, no fuera atravesada la pared miocárdica. El desgarro afectaría solamente a la parte superficial del músculo cardíaco, y, si cabe, pudiera también conducir a la muerte, el porvenir del herido sería siempre más halagüeño; mas repárese que en los casos no perforantes la parte del agente vulnerante que actuaría sería solamente la punta, que en realidad corresponde a un instrumento punzante.)

Por lo tanto, existirían razones para invocar la posible aplicación de las dos leyes de FILHOS y la de LANGER a las heridas cardíacas en estas circunstancias, si bien la certeza se obtendría recurriendo a la comprobación experimental, que resultaría dificilísima de practicar al no servirnos los animales corrientes del laboratorio y necesitar otros cuyo tamaño de corazón y contextura se acercase más al humano. (De todas formas, *a priori* pudieran establecerse conclusiones provisionales, y cabe emitir la hipótesis de que los atípicos diseños lesionales que estudiamos obedecerían al arañar o al profundizar poco y repetidamente estas puntas instrumentales. Las diferentes figuras resultarían de la disposición histológica de los sistemas de fibras miocárdicas, al igual que, por ejemplo, sucede con los elementos punzantes al atravesar el estómago, donde resulta que la dirección de la hendidura de la serosa es paralela a las curvaduras; la de la capa muscular es transversal, y oblicua la de la mucosa.)

(El citado THOINOT añade, seguida y textualmente, a las frases consignadas anteriormente: «Hay que ponerse en guardia contra esta apariencia, que pudiera confundirse con golpes repetidos.» Sentimos no estar acordes en esta ocasión con el maestro parisino de Medicina Legal; consideramos muy difícil que un perito

[5] THOINOT: *Medicina Legal*, tomo I, pág. 341.

experimentado interpretara estas excepcionales lesiones en V, Z o L como provenientes de la reiteración del agente agresor.)

Resultaría excepcional el que la hoja de un arma blanca incindiera más de una vez produciendo heridas cortantes sobre miocardio. En uno sólo de nuestros casos encontramos tres o cuatro soluciones de continuidad cardíaca; tratábase de epiléptico que asentó más de veinte puñaladas a su víctima, a la cual sujetaba bajo sus piernas, preso del furor y repetición del acto agresivo con el tipismo que suele caracterizar a los delitos de tales anormales personalidades. Las heridas se hallaban lo bastante suficientemente distantes entre sí para no crear problemas; mas si hubieran contactado, consideraríamos la cuestión sencilla de resolver, basándonos en la superposición de los tajos, al resultar semiimposible que coincidieran exactamente y servirnos de la oblicuidad para estudiar el aspecto de los bordes, uno liso, mientras el otro acusaría un colgajo sin punta —hundida en la primera herida o siendo más o menos aguda—, características dependientes de la proximidad con que fueran inferidos los siguientes cortes. Además —y resulta verdad de perogrullo—, para que las armas blancas lleguen al corazón han de atravesar la piel, donde se reflejará si hubo uno o más tajos que la atravesaran.

RESUMEN

Se detalla la historia clínica y protocolo necróp ico de un caso por herida de navaja, que atravesó ventrículo izquierdo y permitió, una hora después, practicar cardiorrafia, falleciendo trece horas más tarde. fundamentalmente por edema agudo de pulmón. Tales hechos son difíciles de observar en la práctica, toda vez que los heridos en condiciones similares mueren rápidamente por anemia agudísima, por hemopericardias constrictivo, por lesiones de vasos o de centros nerviosos importan es del corazón. En el caso reseñado, junto a la herida en ventrículo izquierdo, zona cardíaca de pronóstico más favorable, es posible que factores vinculables al estado anterior del interfecto —poliserositis y cor pulmonale crónico— actuaran como favorecientes para la inicial supervivencia.

Se aprovecha la oportunidad para dictar como conducta, en los heridos de corazón, la intervención quirúrgica inmediata. Se describen las posibles vías mediante las cuales pueden llegar al corazón las armas blancas, con referencia a la etiología médico-legal, para finalizar estudiando condiciones necesarias para que las heridas miocárdicas adopten figuras atípicas.

Dirección: Aralar, 13, chalet. Pamplona.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

MANIFESTACIONES DOLOROSAS EN GESTACIÓN Y PARTO, DE ORIGEN SACROLUMBAR

POR LOS DOCTORES

RAMÓN DELGADO SERRANO y ENRIQUE JORDÁ SERRA

JEFE DE LA CLÍNICA TOCOLÓGICA EN LA RESIDENCIA SANITARIA DEL S. O. E.

TRAUMATÓLOGO Y CIRUJANO ORTOPÉDICO EN LA RESIDENCIA SANITARIA DEL S. O. E.

CALATAYUD (ZARAGOZA)

I. DURANTE LA GESTACIÓN

Los cambios metabólicos, endocrinos, humorales, etc., que durante la gestación ocurren, afectan, como es sabido, a las llamadas articulaciones pélvicas, entendiendo por éstas —tal vez con criterio reducido— sínfisis pubiana y articulaciones sacro-ilíacas. Es conocido el síndrome de «artropatía pelvigravídica», que, por un mecanismo íntimo de relajación en el complejo ósteoarticular, origina un conjunto de manifestaciones clínicas suficientemente conocidas y tratadas en manuales y publicaciones al respecto. En la presente comunicación vamos a insistir en manifestaciones álgicas cuyo origen está en un lugar que bajo el aspecto funcional no se ha tratado lo bastante en el campo materno-obstétrico: la *charnela lumbosacra* v*L*-1*S*.

En el mecanismo de producción de la artropatía pélvica han de considerarse tres causas: primera, inhibición, por el embarazo, de los ligamentos y cápsulas articulares; segunda, factores estático-dinámicos, y tercera, factores endocrinos (progesterona y la discutida relaxina). Causas que obran conjuntamente y sobre cuya importancia y orden podría debatirse mucho. Mas existe un nuevo concepto funcional, ya que estudiamos huesos de la pelvis y su complejo articular, y no contamos casi nunca con la columna vertebral y, de ésta, su lugar más lábil y débil: el apoyo de la misma sobre el sacro, notablemente inestable. No se comprende, por otro lado, que el mecanismo de relajación afectara tan sólo a articulaciones pelvianas y se olvidara del tronco vertebral.

FICK insiste en que el progresivo aumento del útero grávido da origen a un desplazamiento del centro de gravedad del cuerpo de la embarazada, no solamente en sentido anteroposterior, sino también en el transversal, por lateralización del útero gestante. Tal desplazamiento impone un mayor conjunto de exigencias para la estática y la marcha, y no ha dejado de marcarse, precisamente, que el máximo de movilidad estaría siempre en la parte anterior de las articulaciones sacro-ilíacas. Con ello se produciría una mayor tensión del ligamento arcuatus de la

sínfisis, de modo tal que si se verifica un gran esfuerzo, éste llegaría a romperse. Realizada una disyunción sinfisaria, el complejo sacroilíaco no podrá por menos de resentirse, dada la unidad funcional, inseparable, entre ambos puntos de la pelvis.

Una observación clínica corriente en Maternología es la hiperlordosis lumbar. De por sí, la columna vertebral femenina es más lordótica que la masculina en esta región, posiblemente por finalidad biológica y no en menor grado por insuficiencia funcional de la musculatura lumbar. En virtud de lo que HAGLUND denomina «actitud habitual automática», se producen, tras esta hiperlordosis gravídica, dos fenómenos:

a) Hacia arriba, la compensación progresiva, con aumento de la cifosis dorsal, que consecuentemente origina exageración de la lordosis cervical.

b) Hacia abajo: por la específica angulación fémoro-trocantérea y la falta de paralelismo de los fémures femeninos, es preciso verificar una rotación de las piernas junto con una separación de éstas. De modo lógico se establece una mayor base de sustentación al abrirse las puntas de los pies. He ahí explicada la «jactancia» de la embarazada que glosaba SHAKESPEARE.

La pelvis femenina, aun en cifras mínimas, crece durante la gestación. Conjuntamente hay otro fenómeno interesante: por la relajación se permite un movimiento retrobasculante, *nutación del sacro*, a través de un eje imaginario que pasare a la altura de las carillas auriculares del mismo. Con tal motivo, el promontorio desplázase hacia delante. Conocemos cómo KLEIN descubrió que esto originaba un aumento de los diámetros anteroposteriores, y WALCHER aplicó por esto su famosa posición en la asistencia a las estenosis pelvianas durante el parto. No podrá dudarse, creemos, la repercusión importante que este movimiento basculante sacral va a tener sobre la exageración de la fisiológica lordosis lumbar e inmediatamente sobre la posición de la vL situada por encima.

Dolores posturales de la gestación. — Clasifícanse éstos en dos grupos: a) *anteriores* o *abdómino-pélvicos*, y b) *posteriores* o *propiamente lumbares*.

a) La mayoría de las embarazadas presentan dolores difusos, más o menos constantes durante el día, de cambiante intensidad, que afectan a la parte más inferior del abdomen a partir del quinto mes, y más acusados desde el sexto y séptimo. Son dolores típicamente posturales, que no deberán confundirse, en la primípara, con las molestias que en ella origina el encajamiento de la presentación. Unilaterales o bilaterales, corresponden a la irritación de los nervios hipogástricos e inguinales. Las pacientes con estos síntomas tienen una tendencia acusada a la lordosis. Entre las circunstancias que los agudizan hemos de señalar: 1) abdomen péndulo; 2) útero espástico; 3) procesos patológicos vesicales; 4) la distensión de los músculos rectos y línea alba, y 5) con mayor frecuencia, la artropía pélvica. En nuestra experiencia, la disyunción sinfisaria o relajación patológica de la sínfisis pubiana durante la gestación, no es cuadro, afortunadamente, corriente. La posición antálgica a consecuencia de estos dolorimientos anteriores conduce a una exageración de la lordosis lumbar y, si esta causa se mantiene largo tiempo, a una verdadera lumbalgia.

b) Posteriores o propios de la región lumbosacra. Hemos de incluir aquí: b 1) *lumbalgia*, y b 2) *lumbociática*.

Recuerdo anatomofuncional. — Entendemos por *región lumbosacra* lo que MICHOTTE denomina *paralelepípedo lumbar*, limitado por: *a*) parte superior: por una recta a nivel

de la apófisis espinosa de la vL; b) parte inferior: por una línea que pasara a nivel de las espinas ilíacas pósterosuperiores, y c) lateralmente: por una recta que enrasara la parte más elevada de las dos crestas ilíacas. El rectángulo así delimitado comprende, en profundidad, desde la superficie cutánea hasta la cara anterior de los cuerpos vertebrales. Las piezas arquitectónicas son: ivL, vL y iS. Cualquier cirujano que haya verificado una artrodesis de las mismas o haya disecado la región para proceder al hallazgo y extirpación de un disco intervertebral herniado, sabe que la identificación de la vértebra vL se verifica haciendo presión sobre las apófisis espinosas y observando cuál es la que se *hunde*, la que *huye*, en resumen, la más móvil. Observación, por otra parte, posible en la clínica con cualquier sujeto idóneo. Esta vL y su articulación sobre la iS es lo que los ortopedas denominan «charnela lumbosacra». que subraya así su principal función.

El *espacio intervertebral lumbosacro* está unido y a su vez separado por el *disco intervertebral*. Por delante, el ligamento vertebral común anterior ocupa y mantiene la cara anterior de las vértebras. Por detrás, el ligamento vertebral común posterior ejerce idéntico cometido en la cara posterior vertebral. Las láminas vertebrales se articulan por los ligamentos amarillos. La articulación de las apófisis articulares es una artrodia, cuyas superficies están recubiertas por un cartílago y rodeadas de ligamentos que adoptan la forma de cápsula. Las apófisis espinosas están unidas por los ligamentos supraespinosos e interespinosos. El disco intervertebral está constituído por la *lámina cartilaginosas*, el *anillo fibroso* o *laminar* (annulus fibrosus) y el *núcleo pulposo*. Las láminas, superior e inferior. se adhieren sólidamente a las superficies óseas de los cuerpos vertebrales y también íntimamente al anillo fibroso, que forma la parte más periférica del disco. Este anillo fibroso es el elemento que efectúa la unión de las dos vértebras vecinas, siendo comparable a la cápsula fibrosa de otras articulaciones. El núcleo pulposo o gelatinoso está formado por fibras o fibrillas colágenas (restos de la notocorda embrionaria), entre las que existe una sustancia fundamental homogénea, tumefacta, en estado de imbibición líquida, que tiene gran importancia para la fisiología de la columna. Su cualidad esencial consiste en su gran poder de expansión o de tensión elástica. Gracias a ello, la columna vertebral se halla en estado de tensión permanente.

En la región dorsal, la movilidad columnar es escasa por el poco grosor de los discos, la presencia de costillas y la posición frontal de las apófisis articulares. En cambio, en el raquis lumbar es muy movible por el mayor grosor de tales discos. la disposición horizontal y forma semicilíndrica de las apófisis articulares. La interlínea sacrolumbar es la que presenta la laxitud máxima: el disco lumbosacro, más alto en la parte anterior, forma en posición erecta un ángulo de 20 grados, que disminuye hasta 15 grados en la flexión y aumenta hasta 45 ó 50 grados en la hiperextensión. El núcleo pulposo se encuentra en el tercio anterior del disco y esta situación excéntrica del núcleo en el interior del anillo fibroso explica la diferencia de espesor que existe entre su parte anterior y la posterior. El anillo es más resistente por delante que por detrás; además, está poderosamente reforzado, en su parte anterior, por el ligamento vertebral común anterior, y más débilmente protegido en la parte posterior por el ligamento vertebral común posterior. Se comprenderá perfectamente que sea éste el punto débil del menisco. En la *compresión*, el núcleo ejerce la función de amortiguador.

En el *estiramiento*, el anillo ejerce la función de freno.

En la *flexión*, el núcleo sirve de punto de apoyo, realizando el clásico esquema de la palanca de primer grado y se desliza hacia atrás.

En la *extensión* se desliza hacia delante.

Trabajan los discos durante toda la vida a una enorme presión. Por ejemplo, un hombre levanta a pulso 50 kilos a 50 centímetros por delante del espinazo; los músculos espinales que han de mantener el tronco erguido se insertan a 5 centímetros por detrás del punto de apoyo, que es el núcleo pulposo (brazo de potencia, 5 cm.; brazo de resistencia, 50 cm.); los músculos espinales, repetimos, para equilibrar el peso de 50 kilos han de verificar un esfuerzo igual a dicha cifra multiplicada por la que expresa la relación entre ambos brazos de palanca, es decir, 10, toda vez que el brazo de resistencia es diez veces más largo que el de potencia. El esfuerzo de los músculos tiene que ser igual a 500, que sumados a los 50 que sostienen los dos brazos, son 500. Son, precisamente, los que gravitan sobre el núcleo situado bajo el fiel de la balanza. Considérese ahora el esfuerzo de la embarazada a finales de gestación. Pero, sin acudir a tal extremo, la explicación anterior aclara por qué pequeños cambios de posición pueden ser causa de dolores en la columna vertebral, y el hecho bien conocido entre nosotros, ya señalado agudamente por MARTIUS, de que en la lactancia, el aumento simple del peso de las mamas obliga a cierto desplazamiento del cuerpo y, consecuentemente, a dolores en la columna vertebral.

b 1) *Lumbalgia.* — Hemos indicado anteriormente cómo en la gestante, a medida que se acerca al término, incrementa su lordosis y es en ésta donde basamos nuestro convencimiento etiológico de la mayor parte de las manifestaciones dolorosas lumbares en su gravidez. Al relacionar los datos anatomofuncionales citados con las manifestaciones clínicas de las pacientes, creemos que el nexo que las hace posibles viene explicado por la hiperlordosis. Pero si tenemos en cuenta: 1) que el nervio lumbosacro, juntamente con las ramas anteriores de las tres primeras ramas sacras y porción de la ivS, forman el plexo sacro y que éste va a ser directamente afectado por el movimiento retrobasculante sacral; 2) que la lumbosacralgia es resentida por las pacientes en las masas músculo-aponeuróticas, cuya sensibilidad corre a cargo de las últimas raíces lumbares y primeras sacras; 3) la presencia de terminaciones sensitivas en los ligamentos longitudinales; 4) la existencia del nervio recurrente del ganglio espinal que penetra en el canal raquídeo por el agujero de conjunción e inerva el ligamento longitudinal posterior, periostio, todo el aparato ligamentoso y la cápsula de la articulación vertebral posterior de la vértebra situada por debajo de su origen; 5) si no olvidamos tampoco la red sensitiva de todos los ligamentos posteriores lumbares y músculo-aponeuróticos; y 6) la fatiga muscular consecuente a una contracción antálgica y que es facilitada además por un metabolismo hidrocarbonado alterado durante la gestación, *no puede extrañar*, sino que sorprendería, la ausencia de lumbalgia, mucho más ante un acusado desplazamiento angular —fenómeno radiológico sumamente ostensible en cualquier radiografía lateral pélvico-columnar de una gestante a término—, que aumenta una cuña constituída por el disco intervertebral lumbosacro, sobreañadida, como respuesta a tal hiperlordosis y que nos hace preguntar en muchos casos cómo es que no todas las embarazadas no acusan un mayor grado de síndrome lumbálgico subjetivo, fundamentado en trastornos estáticos de la columna. Es lo cierto que, prácticamente, la lumbalgia afecta a la inmensa mayoría de las gestantes, quedando como una secuela tardía y permanente en mujeres muy fértiles. Pero conviene no olvidar, además, el desplazamiento de las vísceras abdominales en el abdomen femenino grávido y la relajación de los músculos perineales, cierre inferior de tal cavidad.

b 2) *Lumbociática.* — En otras ocasiones, la manifestación clínica es una ciática o lumbociática, porque el proceso lumbálgico esté sobreañadido a una sintomatología típica álgica siguiendo el trayecto del ciático, más o menos exactamente, o bien darse el síndrome ciático con entera independencia. Estudiemos, pues, la *ciática de la gestación.*

Por su aparición, la ciática es precoz o tardía. No es raro verla en los dos o tres primeros meses del embarazo, siendo en nuestra experiencia más veces bilateral, y obedece, creemos, a insuficiencia vitaminósica, coincidente con cuadros anémicos primarios, con síndromes eméticos o cuadros gestósicos ligeros. Curioso es señalar que coincida con la crisis hormonal del primer trimestre, fenómeno

ligado, por su asociación a síntomas de lumbalgia, a esos recrudecimientos lumbálgicos señalados por SEZE y REINER en la época premenstrual, que podrían deberse a hiperhidratación tisular por hiperfoliculinismo, que afectaría igualmente al disco intervertebral y aumentarían la tensión en la celda discal. Por otra parte, CHARNLEY ha demostrado que el núcleo pulposo es capaz de hincharse cuando se pone en presencia de suero salino isotónico.

La lumbociática es también neurítica, *ad frigore*, de etiología estacional, o se halla en relación con la existencia de focos sépticos lejanos.

Pero la ciática gravídica puede ser también de *origen discal*, y a ella vamos a dedicar algún interés, puesto que no ha sido señalada durante el embarazo con insistencia. Estimamos que durante la gestación hay *condiciones predisponentes* para su aparición. Hemos dicho hace un momento que la hormona folicular ha originado cuadros de hiperhidratación del pulposo. Interesa recordar a continuación, que ya BASTOS decía en 1946 que las hernias posteriores del núcleo no eran, forzosamente, verdaderos prolapsos traumáticos, sino más bien quistes por licuación o reblandecimiento. No es preciso que se rompa violentamente la parte posterior del disco o del ligamento vertebral común posterior: basta con que cedan ligeramente en un punto, y la debilidad de la pared en ese punto circunscrito de la cubierta, permitiría una *formación aneurismática*, cuya prominencia podría provocar todo el cuadro sindrómico de la ciática. Debemos marcar, pues, que cuando hablamos de hernia discal posterior, no presuponemos la salida del núcleo gelatinoso o la irrupción del mismo en el canal medular, como ocurre en las hernias discales de origen traumático.

Por otra parte, disco intervertebral y ligamentos amarillos, son dos elementos sinérgicos y antagónicos de la articulación vertebral. La elasticidad del disco se opone a la aproximación de los cuerpos vertebrales, pero la elasticidad de los ligamentos amarillos se opone a la separación de los arcos vertebrales. Cuando el disco degenera y pierde elasticidad, el ligamento amarillo se encuentra sometido, de modo continuo, a un estado de tensión anormal, que le conduce a hipertrofia y engrosamiento, llegando a tener espesor doble o triple que el normal. Por el hecho de encontrarse el ligamento amarillo en la cara posterior del desfiladero por donde pasa la raíz, esta hipertrofia y engrosamiento contribuye, como acertadamente señala PIULACHS, a la compresión de las raíces nerviosas.

La región lumbosacra va a sufrir, pese a ser la porción más lábil de la columna, un esfuerzo mucho mayor a medida que el embarazo avanza. Bastaría tan solo esta circunstancia, para que todas las gestantes pudiéramos incluirlas dentro del *síndrome de inestabilidad lumbar*, no como sinónimo de listesis o resbalamiento vertebral, sino como déficit estático-dinámico, ya por defecto óseo vertebral, bien por defecto ligamentoso, discal o capsular.

La hiperlordosis es siempre la respuesta a una deformación estática ante una exigencia del esfuerzo. Es, por otro lado, el comienzo obligado de una espondilolístesis. En ésta las molestias subjetivas comienzan tan pronto como la columna exagera su lordosis, no siendo obligado el resaltamiento de la vL, por ser siempre la más movible y huidiza. Es lógico suponer que, a nivel del arco posterior de la vL, se producirá un ángulo entrante en la cara dorsal del conducto raquídeo. Este ángulo producirá una arruga o pliegue del ligamento amarillo lumbosacro. Al dolor producido por la irritación directa de los cordones nerviosos, se suma el que se debe al intrincamiento y compresión mutua de los arcos posteriores en la

zona hiperlordótica. Pensamos que en algún tipo de gestantes con sintomatología ciática o lumbociática acusada, en las que indudablemente nos hallamos ante un cuadro de inestabilidad lumbar, pudiera hablarse de *pre-espondilolistesis*. Valoremos debidamente la relajación ligamentosa total de la gestante, los cambios en la composición del núcleo discal y, sobre todo, un paralelogramo de fuerzas establecido por:

a) *Peso* corporal, que se transmite *verticalmente* siguiendo los cuerpos vertebrales hasta la vL.

b) *Fuerza horizontal*, que partiendo de esta vL se dirige hacia delante en el sentido de la tracción, que aquí viene reforzada por el aumento del peso y volumen del útero grávido. La *resultante* moviliza el cuerpo vertebral hacia delante y pone en tensión y a veces puede efraccionar las fibras del anillo fibroso del disco intervertebral.

Resumiendo, a las zonas estructuralmente débiles de la columna vertebral normal, se agregan en la pre-espondilolistesis:

1. Cambio de orientación en las fuerzas.
2. Posibilidad de inversión del ángulo formado por la cara inferior de la vL y la cara superior de la 1S.
3. Distensión, elongación y efracción de las fibras del anillo fibroso en su segmento póstero lateral.
4. Relajación y modificación del disco intervertebral.

Todos estos hechos *predisponen* a la hernia discal y pueden cumplirse, y así pensamos, en su totalidad durante el embarazo, siendo este, sin duda, terreno abonado para la producción de la preespondilolistesis y. secuentemente, a la ciática discal.

ESQUEMA SINTOMÁTICO DE LA CIÁTICA

a) *Ciática discal.*—Dolor lumbar inicial, ciática doble frecuente, comienzo brusco, signo de Lassegue menos acentuado, apófisis espinosa supra y subyacente dolorosa a la presión, movimientos de columna vertebral dolorosos, abolición del reflejo aquíleo más frecuente, hipoestesia y anestesias de tipo radicular, parálisis en algunos casos, trastornos posibles de esfínteres, masas musculares de la extremidad no dolorosas a la presión, tronco del ciático no doloroso a la presión, alteraciones del líquido cefalorraquídeo más frecuentes, recidivas.

b) *Ciática neurítica.* — Comienzo lento, dolor unilateral. La bilateralidad excluye la neuritis, Lassegue muy marcado, menor frecuencia en la abolición del reflejo aquíleo, puntos de exploración del nervio ciático dolorosos a la presión, líquido cefalorraquídeo casi siempre normal, imagen lipiodolada normal, evolución favorable en tiempo reducido y ausencia de parálisis.

Citaremos de pasada la utilidad para el diagnóstico, del examen radiográfico de la columna, especialmente de perfil, en que no sólo apreciaremos las posiciones respectivas de la vL y del sacro, sino las curvas de este hueso y las de la columna lumbar, de modo tal que la hiperlordosis, si existe, puede ser diagnosticada como de predominio espinal o de predominio sacro según los casos. Tiene un valor decisivo la radiografía de espinazo, previa inyección, intrarraquídea, de un medio de contraste (con preferencia, pantopaque).

Como orientaciones en el *tratamiento* de la *ciática neurítica*, aconsejamos:

a) Revisión de focos sépticos y su exéresis en caso necesario.

b) Vitaminas B_1, B_6 y B_{12} a dosis altas, aisladas o en combinación.

c) Los preparados yodados no son aconsejables, en modo alguno, en gestación.

d) Los derivados pirazolónicos, sin reserva alguna. Por vía rectal obtiénense muy buenos resultados.

e) Tratamiento del cuadro gestósico coincidente. No somos partidarios de la fisioterapia en la embarazada.

Para el tratamiento de la *ciática discal*, aconsejamos:

a) La intervención quirúrgica y exéresis del núcleo prolapsado o prominente, sólo estará indicado cuando la sintomatología álgica fuese muy marcada y acaeciese en la primera mitad de la gestación.

b) Inyecciones intrarraquídeas de derivados de hidrocortisona adecuados para este medio (scherisolona-suspensión cristalina, una por semana, a dosis de 10 a 25 mg.), con reposo de veinticuatro horas posteriores a cada punción lumbar.

c) Tratamiento postural: 1) corsé enyesado corrigiendo la hiperlordosis, si se está en el primer trimestre. Si es vista posteriormente, faja ortopédica. En ambos casos, reposo en cama dura. Analgésicos discrecionalmente.

d) Profilácticamente, si la ciática es rebelde antes del parto y la pelvis es estrecha, la cesárea estará indicada (S. NEVIN).

II

EN EL PARTO Y POSTPARTO

En el parto y postparto hay, indudablemente, sintomatología dolorosa que obedece a un mecanismo normal en su desarrollo. Pero existe un cuadro patológico que es estimado clásicamente como neuritis traumática del ciático en toda su extensión, pero que realmente no obedecen, en otros casos, a semejante etiología. En efecto, la literatura anglosajona habla de «parálisis materna del parto» en relación con este punto. Consideramos que dicho término ha prosperado injustamente por:

1) Porque no existe realmente una parálisis, sino una paresia de las extremidades inferiores. 2) Porque no describe propiamente la etiopatogenia del síndrome.

Análisis sintomático. — Bien súbitamente o ya en gestante que padecía de una ciática en gestación, aparece (bien después de un parto normal o más corrientemente tras parto difícil por vía vaginal, prolongado instrumentalmente y en pacientes estenóticas):

1) Lumbalgia inicial cuando la cabeza se encaja en pelvis menor. 2) Dolor en cara posterior de piernas y muslos, acroparestesias. 3) Dificultades en la marcha con «stepage». 4) Inestabilidad en la posición erecta.

La exploración neurológica señala: musculatura fláccida, sobre todo en los flexores dorsales del pie y peroneos, menos frecuentemente en glúteos, psoas, cuádriceps y abductores; reflejos tendinosos disminuídos o anulados; falta de sensibilidad superficial en un grado mínimo. Es bilateral la sintomatología.

La similitud de esta breve reseña con la expuesta en líneas anteriores al señalar los rasgos de «ciática de origen discal», nos exime de más comentarios. Sin embargo, en los libros de la especialidad no se señala la posibilidad de tal etiología.

La más antigua teoría, que es la citada corrientemente, es que el asiento de la lesión radica en el tronco lumbosacro, dañado por la presión de la cabeza fetal o fórceps si se aplica. LAMBRINUDI (1925) sospechaba que al girar el sacro hacia atrás, estiraba el tronco lumbosacro y se originaba una neuritis traumática del ciático. O'CONNELL (1944) sugirió que algunos casos podrían explicarse por lesión de raíces nerviosas a causa del prolapso de un disco intervertebral lumbar. GISPERT y BARCELO (1946) citan un caso de hernia discal producida de modo súbito durante el parto, comprobada por la intervención subsiguiente.

Creemos que en la mayoría de estos casos existe una hernia discal posterior, que según el tamaño y procedencia de la misma en el conducto medular, dará lugar a sintomatología más o menos acusada. No olvidemos, por otro lado, los factores predisponentes citados durante la gestación. Pero es más, durante el parto se cumplen condiciones suficientes para que de manera violenta se origine una protrusión del núcleo pulposo. Veamos cómo:

PETIT-DUTAILLIS y DE SELZT, al estudiar los efectos de la por ellos denominada «flexión y extensión contrariadas», es decir, de la flexo-extensión con contractura de los músculos antagonistas, ya establecieron que, cuando los músculos extensores están contracturados, al realizar la flexión el núcleo gelatinoso tiende a desplazarse hacia atrás por la presión anterior de los músculos flexores, que tiende a reducir la altura de la parte anterior del disco intervertebral. Es el mecanismo del cascanueces: el punto de apoyo se desplaza hacia atrás, hacia las apófisis articulares, en tanto que el núcleo se convierte en la resistencia. En esas condiciones, el núcleo, que es incomprensible, tiende a nuclearse, a escapar, a herniarse en dirección posterior, puesto que es la parte más débil y cede con más facilidad.

Ni más ni menos es lo que ocurre en la parturiente cuando adopta, precisamente en partos difíciles, esas contrarias posiciones de WALCHER y DEVRAIGNE; en esas aplicaciones de fórceps a lo LANTUEJOUL, y, sin llegar a esto, en los esfuerzos de expulsión sin control, preparación y orden.

No es de extrañar que rechacemos el término de parálisis materna del parto, ya que no es una entidad nosológica independiente, sino, al menos para nosotros, un auténtico cuadro de hernia discal, que unas veces se acompañará y otras no de sintomatología evidente. Como factor predisponente en parto, consideramos, sobre todo, la multiparidad —tenemos varios casos—, aun con parto eutócico y fácil. Igualmente, el parto precipitado y sin asistencia correcta.

Orientaciones de tratamiento. — En casos leves, la recuperación se obtiene lentamente, con reposo en cama seis o diez semanas, hasta que no duela. Hay que procurar la aplicación de férulas ortopédicas enyesadas que mantengan el pie en ángulo recto. Tratamiento coadyuvante con altas dosis de vitamina B_1, B_6 y B_{12}. Luego, recuperación funcional de los músculos afectados con masajes diarios, galvanización, etc., hasta que la función muscular esté restablecida. Seguidamente, reeducación de la marcha, con lentitud y técnica apropiada.

Ya en casos graves, que lo dirá tobre todo la evolución terapéutica anterior, hay que apelar al diagnóstico radiológico con punción lumbar y medio de contraste. Hay que acudir después a la extirpación del disco, que aconsejamos vaya unido —como hemos hecho en algunos casos de esta naturaleza— a una artrodesis lumbosacra, especialmente en los casos en que el síndrome de inestabilidad lumbar sea francamente manifiesto.

RESUMEN

Se hace un estudio de las manifestaciones dolorosas en gestación y parto con origen en la charnela lumbosacra (vL y lS). Se insiste en la necesidad de no olvidar el factor columna vertebral en una serie de manifestaciones dolorosas de la grávida y puérpera, haciendo hincapié en la lumbalgia y la lumbociática de la gestación, y refiriéndose a esta última sostienen los autores la necesidad de incluir el embarazo como factor predisponente al síndrome de inestabilidad lumbar, a consecuencia de acentuación de la lordo is lumbar gravídica. de tal modo que en algunos casos pueda hablarse de pre-espondilolistesis. Ello contribuiría a facilitar la producción de lumbociáticas rebeldes de origen discal durante la gestación. Consideran necesario pensar en ella en más de una ocasión y orientar el diagnóstico por caminos distintos de la ciática neurítica. En el parto insisten nuevamente en la ciática de origen discal y critican la denominación anglosajona de "parálisis materna del parto". Hacen revisión etiológica de tales ciáticas posteriores al parto, haciendo hincapié en las lesiones que pueden originar trastornos graves a la puérpera en cuanto a su marcha y recuperación posterior.

Al final de cada apartado señalan orientaciones terapéuticas médico-quirúrgicas.

Dirección: Paseo Sixto Celorrio, 9, 1.°. Calatayud.



CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN

GLUTATIONEMIA EN RECIÉN NACIDOS

POR LA

SRTA. PEGGY SUENAGA PINILLOS

LIMA (PERÚ)

Es interesante estudiar las sustancias tiólicas que tienen importancia en el metabolismo celular, de las que la más importante, entre las solubles, es el glutation, que actúa en los fenómenos de auto-oxidación, regula la respiración celular y participa en el fenómeno de catálisis de los procesos enzimáticos del metabolismo.

Cuantificando el glutation en la sangre del cordón umbilical del recién nacido, se puede comprobar el estado normal o patológico del niño, debido a que, por formar parte del glóbulo rojo, participa en muchas actividades metabólicas, principalmente óxido-reductores.

El glutation es portador de oxígeno a la sangre del feto e interviene en los procesos de intercambio materno-fetal. Además desempeña papel importante en el feto durante su desarrollo y actúa en el metabolismo de glúcidos, lípidos y prótidos y protege al ácido ascórbico impidiendo su oxidación.

En el Perú se han hecho numerosas investigaciones sobre glutationemia. En sujetos aparentemente sanos la realizó, en 1939, LUIS GARCÍA DURÁN; en diversos estados morbosos, estudió glutationemia CLORINDA BOISSET BOISSET, en 1941; posteriormente, estudió la concentración del glutation sanguíneo por acción del Aloxano en conejos, en 1951, IRENE PALACIOS; las variaciones cuantitativas de glutationemia por acción de la cianocobalamina la realizó JUANA RAMÍREZ, en 1956, y la acción de la riboflavina sobre la glutationemia de tuberculosos la estudió HORTENSIA TORRES BELÓN, en 1957; JOSEFINA DESCALZI PICASSO, en 1958, cuantificó glutation sanguíneo en sujetos aparentemente sanos, siendo el último trabajo investigando las variaciones del glutation en gestantes normales, el de ISABEL ARRIARÁN GARCÍA, en 1961.

En este trabajo estudio la variación del glutation sanguíneo en recién nacidos, obteniendo sangre del cordón umbilical, y consta de las siguientes partes: En la primera, refiero las comprobaciones que se han hecho sobre glutationemia en recién nacidos; en la segunda parte, relato las investigaciones que efectué e interpreto los resultados obtenidos; finalmente, formulo conclusiones y cito la bibliografía que consulté.

Sugirió que estudiase el tema el doctor CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología y Posología en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Lima (Perú), a quien expreso mi gratitud, por la valiosa y constante dirección, así como al doctor RICARDO LEÓN CAUSILLAS, director de la Maternidad de Lima, que me permitió obtener sangre del cordón umbilical de los recién nacidos en la sala de partos de ese establecimiento asistencial; al doctor CARLOS PAIVA, catedrático de Bioquímica Especial de la Facultad de Farmacia de Lima, que dirigió la parte práctica, y a la P. F. Srta. ADA VILLANUEVA, hemerotecaria de la Facultad de Farmacia, por su colaboración en el análisis estadístico de los resultados.

GLUTATION SANGUÍNEO EN RECIÉN NACIDOS

Para el normal funcionamiento metabólico del organismo animal, se requieren grupos —SH— que se encuentran en un tripéptido formado por ácido glutámico, cisteína y glicocola, denominado glutation. Siendo el radical —SH— el que actúa como reductante, según PI-SUÑER [26].

Aunque J. REY POLAYDE, en 1888, y MURJERHOF, en 1910, lo señalaron, fue indudablemente F. C. HOPKINS [18] quien, en 1929, lo aisló y estudió, afirmando que era dipéptido; investigaciones ulteriores de QUASTEL, SETWART y CLIFF probaron que era tripéptido.

Fue DOGLIOTI [13], en 1933, quien estudió en forma sistemática el glutation en la sangre de la gestante, en la sangre del cordón umbilical y en la sangre de la puérpera. En la sangre del cordón umbilical el glutation se encuentra considerablemente aumentado, llegando casi al doble del contenido de la sangre materna. En todas las determinaciones el aumento fue siempre proporcional en las tres formas de glutation (reducido, oxidado y total), lo que haría pensar que la placenta es órgano del cual la sangre se enriquece en glutation, suponiéndose que el glutation se forma en la trama de ese órgano o que el glutation se vierte en la sangre, desde eventuales depósitos de la placenta . DI LEO LIRA [12] apoya indistintamente ambas suposiciones. La mayor cantidad de glutation en el feto, con respecto a la madre, podría estar en relación con la presencia de la placenta, pero como en este órgano no hay transformación de glutation reducido en oxidado, lo que significa que atraviesa la placenta sin sufrir transformación, su aumento en la sangre fetal se explica porque al atravesar la placenta pierde agua y el contenido de glutation sería más relativo que absoluto.

LEMELANG y DELETANG [20], en 1934, estudiaron las variaciones cuantitativas de glutation durante el parto y en los primeros días del puerperio, comprobando que en el parto disminuye la glutationemia, que persiste algunos días después de la expulsión del feto. La disminución, que se puede valorar en 20 por ciento como término medio, no proviene de la hemorragia, sino de la disminución del glutation globular.

En 1931, JUAN DE CANDIA [10] estudió el proceso de deshidrogenación de la placenta mediante la investigación del glutation, comprobando que disminuye en la sangre de la mujer embarazada con respecto a la placenta, afirmando que este órgano, además de la función que se le concede, le pertenece también la de órgano de respiración, contrariamente con los resultados de LACKAZA [19], quien comprobó aumento del glutation hemático durante el embarazo.

En el curso del parto, la sangre del feto contiene más glutation que la sangre materna, pero como contiene más eritrocitos, hay que explicar la hiperglutationemia por este hecho. En la vida fetal hay aumento de glutation, que lleva oxígeno a los tejidos y neutraliza la anoxia del feto, que se mantiene durante el embarazo y termina con el parto.

BUZZI [7], en 1932, con la técnica de GABBE [14], encontró ligera hipoglutationemia en las grávidas, en el último mes de gestación y en el momento del parto, afirmando la importancia que tiene el glutation circulante en la sangre para los intercambios materno-fetales, como oxidante indirecto.

ANSELMINO y HOFFMAN comprobaron que la sangre fetal contiene más glutation que la sangre materna, siendo uno de los mecanismos para compensar la menor cantidad de oxígeno de la sangre fetal, en la que el glutation actúa con la hemoglobina en el transporte de oxígeno e hidrógeno.

BENITO NAGAR [23] estudió las variaciones del glutation reducido en el útero en gestación, empleando animales grávidos (cobayos). El aumento fue gradual desde el vigésimo al trigésimo día de gestación, pues el glutation reducido, que en estos animales es de 70 a 80 mg. por ciento, llegó a 130 y 140 mg. por ciento en los últimos días de gestación. Sostiene que es evidente que la gravidez influye de manera positiva en el contenido del glutation reducido en el útero.

MAGRI y CAMPANELLI [22] investigaron en 1937 la concentración del glutation sanguíneo de la madre y del hijo en el momento del parto, comprobando con la técnica de GABBE [14], en la madre y en el feto, 29'4 mg. por ciento y 47'9 mg. por ciento, respectivamente. La hiperglutationemia en el cordón umbilical lo explican porque la actividad de la catalasa de los hematíes del feto está disminuída.

ISABEL ARRIARÁN GARCÍA [1], de Lima, determinó glutation sanguíneo en gestantes normales, comprobando que aumenta gradualmente mes a mes, hasta el séptimo mes y medio de embarazo, con cifra constante de 2 mg. sobre la del mes anterior, interrumpiéndose el aumento al séptimo mes y medio de embarazo, para disminuir, también en la misma cantidad, hasta el momento del parto. La concentración del glutation sanguíneo durante los nueve meses de embarazo puede interpretarse como ligada al proceso de formación del feto, hasta el momento del parto. Esta investigadora peruana empleó la técnica de BRALER y MARENZI [6], comprobando que durante la gravidez el glutation sanguíneo aumenta en forma gradual, con promedio 28'3 mg. por ciento y cifras extremas 25'4 y 33'2 mg. por ciento y con probabilidad de error menor de 0'001.

BOGGS y THOMAS [4] estudiaron la concentración del glutation en niños normales y con eritroblastosis fetales, comprobando que la gravedad del proceso hemolítico en los recién nacidos, es secundario al grupo sanguíneo Rh incompatible y que más bien se debe a la cantidad de glutation. Emplearon la técnica de PATERSON y LAZARROW para cuantificar glutationemia durante las primeras horas de vida, comprobando que el promedio de concentración de glutation en los eritrocitos en adultos normales, es de 81 mg. por ciento por cada 100 ml. de eritrocitos, con desviación standard $\pm$ 81, y que en los niños durante las primeras horas de vida, el promedio es de 89'4 mg. por ciento por cada 100 ml. de sangre, con desviación standard $\pm$ 15'3. Comparando las cifras promedio encontradas en adultos normales y niños normales con eritroblastosis, no encontraron diferencia significativa. En los niños con eritroblastosis que no necesitaron transfusión sanguínea o que requirieron más de una transfusión de sangre, la concentración promedio de glutation en los casos leves fue de 86 mg. por ciento, con desviación standard $\pm$ 8'3, y en los casos graves de 105 mg. por ciento, con desviación standard $\pm$ 33'8; comparando la cifra promedio de glutationemia de niños con eritroblastosis, con niños normales, no encontraron diferencia significativa.

BARTON [9] y colaboradores estudiaron los factores genéticos de los niños con déficit de metabolismo del glutation en eritrocitos y para descubrir la frecuencia de las personas sensibles a la primaquina en la raza negra, comprobando que 14 por ciento de varones y 2 por ciento de mujeres eran susceptibles a las sustancias farmacológicas y que se comprobó la susceptibilidad durante tres generaciones.

SZEINBERG [30] y colaboradores estudiaron la concentración y estabilidad del glutation reducido (GSH) en sujetos normales y susceptibles a la eritroblastosis, comprobando que los niños nácidos normalmente, presentan inestabilidad transitoria durante las primeras horas de vida. La anormalidad hereditaria de los eritrocitos, que lleva a la hemólisis, se puede descubrir en la sangre del cordón umbilical. El glutation sanguíneo en los niños normales estuvo dentro de las cifras que se aceptan como correctas. Las determinaciones las hicieron con sangre heparinizada, según la técnica de GRUNERT y PHILLIPS [16], modificada por BEUTLER, que consiste en incubar la sangre con acetil-fenil-hidracina y menadiona bisulfítica en solución salina, cuantificándose el GSH antes y después de incubación. La densidad óptica se apreció con colorímetro de Klett-Summerson y filtro verde; la reacción se calificó positiva, cuando la concentración de GSH en los eritrocitos disminuyó 30 mg. por ciento por 100 ml. En niños normales, en sangre del cordón umbilical, el promedio de glutation fue de 79'7 mg. por ciento, con error standard $\pm$ 13'1, y en recién nacidos con reacción positiva, el promedio fue 82'2 mg. por ciento, con error standard $\pm$ 13'4. En conclusión, la concentración media del GSH en los eritrocitos de niños susceptibles a la eritroblastosis, es menor que el promedio para niños normales.

En 1958, SEGNI y DE SECO [29] estudiaron el comportamiento del glutation reducido en la sangre del cordón umbilical y del recién nacido con eritroblastosis, comprobando que el glóbulo rojo ofrece actividad reducida o ausente de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa y disminución de la capacidad de los eritrocitos de mantener al estado reducido el glutation, cuando la célula se incuba *in vitro* con sustancias particulares, según BEUTLER [3].

ZINKHAN y CHILDS [34], en 1959, determinaron la concentración del glutation reducido en sujetos con anemia hemolítica inducida por el naftaleno, encontrando, tanto en adultos normales, blancos y negros, 53 y 84 mg. por 100 ml. de sangre. En niños normales, negros y blancos, de una a ochenta y cuatro horas de nacidos, la cantidad fue de 56 a 109 mg. por 100 ml. de sangre de la hexotrinasa, y la cantidad de adenosina trifosfato en los glóbulos rojos de niños recién nacidos en relación con el glutation, la estudiaron GROSS y HURWITS [17], en recién nacidos prematuros, comprobando que durante los primeros días de vida todavía se llega a encontrar aumento de glutation en la sangre del cordón umbilical, por la anoxia a que ha estado sometido el feto.

A. PINCA [25] puso en evidencia un particular aspecto metabólico del eritrocito, que presenta una disminuída capacidad de mantener constante en contenido del glutation reducido, cuando el glóbulo rojo se incuba con acetil-fenil-hidracina, menadiona, etc., en los sujetos que presentan hemólisis por primaquina, naftaleno, sulfamida, comprobando disminución de glutation reducido en enfermos con anemia de COOLEY.

LISKER, LORIA y STRYNGLER [21] estudiaron la anemia hemolítica ligada a la inestabilidad del glutation reducido, comprobando que la hemólisis patológica está relacionada con la alteración metabólica del eritrocito, particularmente deficiente de glucosa-6-fosfato dehidrogenasa, en eritrocitos que presentaban inestabilidad *in vitro* del BSH, planteando la posibilidad que este déficit enzimático fuera el responsable de dicha inestabilidad. Si al cabo de dos horas se añade glucosa, la cantidad del GSH aumenta después de las dos horas, una cantidad intermediaria entre la cantidad inicial y aquella de las dos horas, mientras que la glucosa se mantiene igual, hasta desaparecer.

TUNIOLY [32] estudió la variación de glutationemia y protombina en prematuros y niños recién nacidos, tratados con vitamina K, comprobando que los recién nacidos normales, entre las treinta y setenta y cinco horas después de nacer, ofrecían inestabilidad del GSH.

TJOA [32] ha descrito en la eritroblastosis una peculiaridad del glóbulo rojo que se hemoliza formando el cuerpo de Heinz. Empleando la técnica de BEUTLER [2] y colaboradores, estudió la estabilidad del glutation reducido en niños recién nacidos, comprobando que los grupos sulfhidrilos libres en los eritrocitos están en relación con el GSH y las drogas hemolizantes.

NEIMAN, DUCAS y LAVERNEG [24] estudiaron el glutation sanguíneo en los recién nacidos, determinando glucólisis, que no es exagerada *in vitro* por inestabilidad del GSH.

Se ha invocado la inestabilidad del GSH en el origen de las anemias hemolíticas del recién nacido, cuya madre estuvo sometida a tratamiento con «Synkavit», pero su aparición debe vincularse con reacción tóxica.

Las referencias transcritas prueban que el estudio del glutation en el recién nacido es tema interesante, y como no se le ha prestado atención en el Perú, he confeccionado este trabajo.

GLUTATIONEMIA EN RECIÉN NACIDOS VARONES

Núm.	*Nombre madre*	*Edad madre*	*Peso niño*	*Glutationemia*
1	B. A.	24	3'200	30'36 mg. %
2	I. T.	29	3'250	30'36 »
3	J. S.	29	3'300	31'02 »
4	M. B.	39	3'200	31'02 »
5	F. Z.	24	3'300	31'02 »
6	I. A.	19	2'850	31'35 »
7	J. S.	18	4'200	31'35 »
8	E. L.	26	3'200	31'18 »
9	M. A.	22	3'400	31'18 »
10	M. C.	36	4'150	32'01 »
11	O C.	28	4'900	32'01 »
12	M. T.	23	3'050	32'34 »
13	D. G.	25	4'000	32'67 »
14	M. F.	18	3'600	32'67 »
15	R. M.	19	3'500	33'33 »
16	F. A.	19	3'700	33'39 »
17	O. V.	20	3'950	34'32 »
18	G. M.	32	2'900	34'32 »
19	T. U.	23	3'250	34'65 »
20	T. E.	26	3'700	35'64 »
21	A. Z.	23	3'100	35'97 »
22	M. N.	22	3'700	36'30 »
23	A. C.	23	3'800	37'29 »
24	E. C.	30	3'200	37'95 »
25	M. B.	28	4'000	38'61 »
26	S. M.	28	3'650	38'94 »

Núm.	Nombre madre	Edad madre	Peso niño	Glutationemia
27	V. U.	28	4'000	39'60 mg. %
28	Z. R.	29	3'500	41'25 »
29	Z. R.	26	3'500	41'51 »
30	J. A.	20	3'400	41'51 »
31	F. S.	32	4'100	41'91 »
32	R. T.	26	4'270	42'24 »
33	M. S.	24	3'200	45'21 »
34	P. C.	33	3'800	45'54 »
35	R. R.	16	3'250	46'86 »
36	C. A.	26	4'100	48'84 »
37	C. B.	19	3'150	49'17 »
38	L. C.	25	5'000	49'50 »
39	R. C.	22	3'200	50'49 »
40	C. C.	34	3'300	50'82 »

GLUTATIONEMIA EN RECIÉN NACIDOS HEMBRAS

Núm.	Nombre madre	Edad madre	Peso niño	Glutationemia
1	E. U.	20	3'300	30'69 mg. %
2	G. U.	35	3'500	31'35 »
3	M. B.	18	3'700	34'65 »
4	G. C.	25	3'200	35'64 »
5	A. C.	23	2'900	35'64 »
6	R. C.	19	2'800	35'97 »
7	Z. D.	32	3'000	36'96 »
8	S. S.	26	3'200	36'96 »
9	J. V.	25	3'700	38'28 »
10	L. S.	30	3'250	38'61 »
11	M. S.	23	3'600	41'25 »
12	A. C.	17	3'000	41'25 »
13	J. L.	24	3'700	41'51 »
14	A. T.	18	3'700	41'51 »
	F. S.	22	3'300	41'51 »
16	A. V.	22	2'500	41'91 »
17	S. T.	22	3'500	42'24 »
18	R. L.	25	3'200	43'56 »
19	S. T.	19	3'200	44'55 »
20	R. A.	24	3'500	46'86 »

El análisis matemático estadístico de los resultados obtenidos en cuarenta recién nacidos varones es el siguiente:

	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. var.	Cif. extremas
VARONES	37'64 ± 0'99	6'82 ± 0'70	16 %	30'36 - 50'82

El análisis matemático estadístico de los resultados obtenidos veinte recién nacidos hembras es el que exponemos a continuación:

	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. var.	Cif. extremas
HEMBRAS	38'90 ± 0'93	4'14 ± 0'65	10'6 %	30'69 - 46'86

Comparando las cifras medias estadísticas de glutation del cordón umbilical de recién nacidos hembras y varones, se obtuvieron los siguientes coeficientes:

N.° de casos	Sujetos normales	Media ± E. st.	Diferencia de las medias ± E. st.	T(N+n)-2	P	Porcentaje dif.
20	Recién nacidos hembras	38'90 ± 0'93	1'26-1'35	T 0'14 58	0'90 0'80	3'23 %
40	Recién nacidos varones	37'64 ± 0'99				

Comparando las cifras medias estadísticas del glutation del cordón umbilical de recién nacidos, con las de gestantes aparentemente sanas, de mes y medio a dos meses y medio de gestación, se obtuvo los coeficientes que siguen:

N.° de casos	Sujetos normales	Media ± E. st.	Diferencia de las medias ± E. st.	T(N+n)-2	P	Porcentaje dif.
60	Recién nacidos	38'27 ± 0'96	16'97 ± 1'08	T 15'6 68	0'0001	44'34 %
10	Gestantes ap. sanas	21'30 ± 0'50				

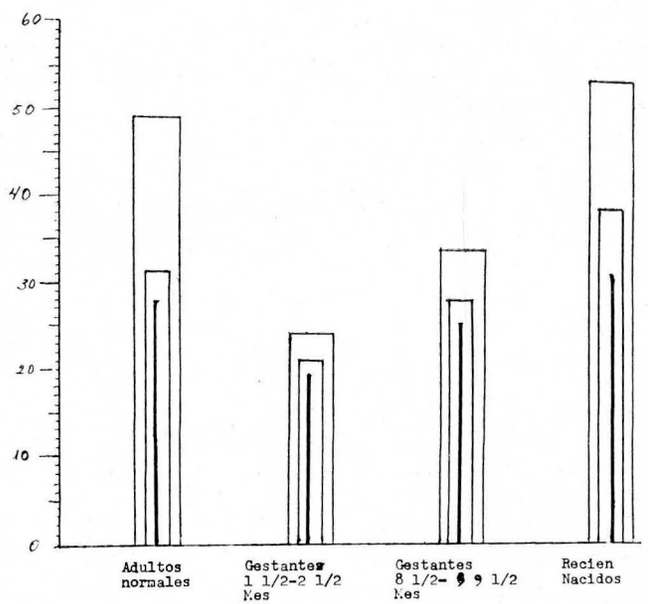
Comparando las cifras medias estadísticas de glutation del cordón umbilical de recién nacidos, con las de gestantes del octavo al noveno mes de embarazo, se obtuvo el coeficiente que sigue:

N.° de casos	Sujetos normales	Media ± E. st.	Diferencia de las medias ± E. st.	T(N+n)-2	P	Porcentaje dif.
60	Recién nacidos	38'27 ± 0'96	9'97 ± 1'29	T 7'72 68	0'001	26 %
10	Gestantes ap. sanas	28'30 ± 0'86				

Comparando las cifras medias estadísticas de glutation del cordón umbilical de recién nacidos, con los de adultos aparentemente sanos, se obtuvo el coeficiente que sigue:

N.º de casos	*Sujetos normales*	*Media ± E. st.*	*Diferencia de las medias ± E. st.*	T(N+n)-2	P	*Porcentaje dif.*
60	Recién nacidos	38'27 ± 0'96	0'92 ± 1'64	T 0'56 112	0'50 0'60	2'40 %
54	Adultos apasanos	37'35 ± 1'33				

En el histograma que sigue se aprecian en forma objetiva las cifras medias de glutation en recién nacidos, adultos normales y gestantes normales.



Antes de interpretar los resultados obtenidos al cuantificar la glutationemia en sangre del cordón umbilical de niños recién nacidos, expongo las cifras que encontré separadamente en niños y niñas y después las del total de examinados.

En la sangre del cordón umbilical de veinte recién nacidos hembras encontré como cifra media de glutationemia 38'90 mg. por ciento, con error «standard» ± 0'93 y cifras extremas de 30'69 por ciento y 46'86 por ciento. En cuarenta recién nacidos varones la media fue 37'64 mg. por ciento, con error «standard» ± 0'99 y cifras extremas de 30'36 y 50'82 mg. por ciento.

Comparando las cifras promedio de glutationemia de recién nacidos varones y hembras, encontré diferencia de 1'26 por ciento, con error «standard» ± 1'35, sin valor significativo, porque la probabilidad de error fue de 0'80 a 0'90, lo que probaría que la diferencia de glutationemia según el sexo, es de escaso valor.

Para poder comparar las cifras de glutation del cordón umbilical de recién nacidos, con las de gestantes aparentemente sanas, adopté las que encontró ISABEL ARRIARÁN G. [1], de Lima, y la comparación de las cifras de glutation del cordón

umbilical del recién nacido con la de gestantes del primero y segundo mes de embarazo, dio gran diferencia, debido a que existe aumento de glutation en el recién nacido de 44'34 por ciento. La comparación de las cifras de glutation del cordón umbilical del recién nacido, con las de gestantes del octavo y noveno mes de embarazo, la diferencia fue de valor significativo, con aumento de 26 por ciento, que permite afirmar que el recién nacido tiene hiperglutationemia.

Esta hiperglutationemia es característica bioquímica de los recién nacidos, según comprobaciones de muchos investigadores. Así, DEMELANG y DELETANG [20] encontraron en la sangre del feto más glutation que en la sangre materna.

BUZZI [7] comprobó que en las gestantes hay hipoglutationemia por las necesidades que tiene el feto de captar oxígeno para su actividad metabólica, siendo el glutation el que transporta el oxígeno a las células del feto, normalmente en anoxia.

Comparando las cifras medias de glutation sanguíneo de recién nacidos, con adultos aparentemente sanos, no se comprobó diferencia en la concentración de glutation, pues sólo fue de 0'92, con error standard ± 1'64, que equivale en porcentaje a 2'40 por ciento, que no tiene valor significativo, porque su probabilidad de error es de 0'50 a 0'60.

No encontré correlación entre peso de recién nacidos y concentración del glutation hemático, como lo comprobó JOSEFINA DESCALZI PICASSO [11], de Lima.

CONCLUSIONES

1.ª Se cuantificó, por primera vez en el Perú, glutationemia en la sangre del cordón umbilical, de sesenta niños recién nacidos, cuarenta varones y veinte hembras, de madres aparentemente sanas y parto normal, sguiendo la técnica de BRAIER y MARENZI.

2.ª La glutationemia en sangre del cordón umbilical de recién nacidos hembras fue de 38'90 mg. por ciento como cifra media, error standard ± 0'93, cifras extremas 30'69 y 46'86 mg. por ciento, desviación standard 4'14, error standard ± 0'65 y coeficiente de variación 10'6 por ciento.

En recién nacidos varones, en sangre del cordón umbilical la cifra media de glutation fue 37'64 mg. por ciento, error standard ± 0'69, cifras extremas 30'36 y 50'82 mg. por ciento, desviación standard 6'28, error standard ± 0'70 y coeficiente de variación 16 por ciento.

3.ª Comparando las cifras promedio de recién nacidos varones y hembras, la diferencia fue 1'26 por ciento ± 1'35, que no tiene valor significativo, porque la probabilidad fue 0'80 a 0'90, probando que no hay diferencia según el sexo.

4.ª Comparando la concentración de glutation de sangre del cordón umbilical de recién nacidos con la de gestantes del primero y segundo mes de embarazo, se encontró gran diferencia, pues en el recién nacido está considerablemente aumentado, siendo 44'34 por ciento la diferencia.

Comparando con la glutationemia de gestantes del octavo y noveno mes de embarazo, la diferencia se mantiene siempre con valor significativo, pues el aumento es de 26 por ciento, lo que permite afirmar que el recién nacido tiene hiperglutationemia.

5.ª Comparando la cifra media de sangre del cordón umbilical del recién nacido, con la de adultos aparentemente sanos, no hubo diferencia apreciable, pues sólo fue de 0'92 ± 1'64, que equivale en porcentaje a 2'40 por ciento, sin valor significativo, porque su probabilidad de error es 0'50 a 0'60.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo las variaciones del glutation sanguíneo en los recién nacidos, mediante punción de los vasos umbilicales, ya que esta sustancia se encuentra considerablemente aumentada en la sangre del cordón umbilical, llegando casi al doble del contenido de la sangre materna.

En la mujer aumenta gradualmente durante el embarazo la glutationemia. y disminuye con el parto, persistiendo algunos días después de la expulsión del feto.

En este trabajo se pasa revista a las comprobaciones y pruebas realizadas sobre glutationemia en recién nacidos. resaltando los trabajos efectuados en su país. Seguidamente, en una segunda parte, se refieren las investigaciones efectuadas en cuarenta fetos varones y veinte hembras, nacidos de madres aparentemente sanas y con parto normal. La técnica empleada fue la de Braier y Marenzi.

Tras una interpretación de los resultados, que señalaban cifras considerablemente aumentadas, se formulan las conclusiones y se presenta la bibliografía consultada.

BIBLIOGRAFIA

1. Arriarán García, I.—«Glutationemia en gestantes normales.» Tesis de Bachiller en la Facultad de Farmacia y Bioquímica. Lima 1961.
2. Beutler, E.—«The glutatione instability of droug-sensitive red-cell: A new method for the in-vitro detection of droug sensitive.» *J. Lab. Clin. Med.*, 49: 84, 1957.
3. Beutler, E.; Robsonm, M., and Butten Wieser. E.—«The mechanism of glutathione destruction and protection in droug sensitive and non-sensitive eritrocytes: in-vitro.» *J. Cli. Invest.*, 36: 617, 1957.
4. Boggs, J. R., and Thomas, R.—«Glutationes concentration in the erithrocytes of normal infants suffering from erytroblastosis fetalis.» *J. Lab. Clin. Med.*, 51: 293, 1958.
5. Boiset Boiset, C.—«Glutationemia en diferentes estados patológicos.» *La Crónica Médica*, 59: 3, 1942.
6. Braier, J., y Marenzi, A. D.—«Determinación colorimétrica del glutation en la sangre y en los tejidos.» *Rev. Soc. Argent. Biol.*, 7: 532, 1931.
8. Buzzi, B.—«De raporte fra globulli rossi hemoglobina e glutathione nel sangre materno-fetale durante el decorso della gravidanza.» *Riv. Ital. Ginec.*, 13: 549, 1932.
9. Barton CYild; ZinkWam, G.; Brone, E., and Torbert J hn. V.—«Un genetic study a defect in glutathione metabolism on the erytrocytes.» *Bull. Hopkins Hosp.*, 102: 21. 1959.
10. De Candia, J.—«Sui processi deidrogenarici della placenta, il glutathione.» *Ann. di Ostet. e Ginec.*, 53: 179, 1931.
11. Descalzi Picasso, J.—«Glutationemia en sujetos aparentemente sanos.» Tesis de Bachiller en la Facultad de Farmacia y Bioquímica. Lima, 1958.
12. Di leo Lira, J.—«Sobre el contenido en glutation de la placenta y de los músculos gastronémicos de los sapos». *Rev. Soc. Argent. Biol.*. 4: 743. 1928.
13. Doglioti, V.—«Il glutatione redotto, totale ed ossidato nel sangue della gravida. della puerpera e dei vasi del funículo.» *Riv. Ital. Ginec.*, 15: 336, 1933.
14. Gabbe, E.—«Uber die bedentung des glutatimdu blutkorpercherbei gesunden und bei. Anemian Verhandl.» *D. Phys. Med. Gesellsch.*, 53: 98, 1928.
15. García Durand, L.—«Bioquímica del glutation y su dosaje en la sangre de 100 sujetos normales.» Tesis de Bachiller en la Facultad de Medicina. Lima, 1939.
16. Grunert, R., and Phillips.—«A modification of nitropusside. method of analisis of glutathione.» *Arch. Biochem.*, 30: 219, 1951.
17. Gross, R. T., and Hurwitz, R.—«A comparation study of di glycolitic and pentose phosphate patways in red-cells od newborn prematures infants and children.» *J. Dis Child.*, 94, 487, 1957.
18. Hopkins, F.—«On glutatione a reinvestigation.» *J. Biol. Chem.*, 84: 269, 1929.
19. Lackaza, S.—«Changes of glutathione contens in blood in desease of genital organs in women.» *Budapesti Orsovi; Ujsag*, 28: 1.203, 1930.
20. Lemelang, H., et Deletang, R.—«Teneur comparée en glutathione reduit du sang maternel et du sang feotal an moment de l'accouchement. Róle du placenta.» *C. R. Soc. de Biol.*, 116: 953, 1934.
21. Liskerz, R.; Loria, A., y Strygler, I.—«Anemia hemolítica ligada a la inestabilidad del glutation reducido de los eritrocitos.» *La Prensa Méd. Mex.*, 10, 421, 1960.

22. Magri, E., e Campanelli, B.—«Il glutation sanguineo della madre e nel feto al momento del parto.» *Ann. Ostet. e Ginec.*, 61, 1.065, 1939.
23. Nagar, B.—«Variazioni del tasso de glutatione ridotto uterino nella gestazione.» *Rev. Ostet. Ginec. Prat.*, 41. 747, 1959.
24. Neimann, N.; Ducas, J., et De Lavergne. E. — «L'instabilité transitoire du glutatione sanguin chez le noveau-né.» *Pediatrie*, 16: 359, 1961.
25. Pinca, A.—«Stabilita del glutathione ridotto neggli eritrocite del bambini affeti de anemia di Gooley.» *Minerva Pediatrica*, 11: 988, 1959.
26. Pi Suñer. S.—*Bioquímica*. 435. Madrid. 1956.
27. Palacios Suárez, I.—«Variaciones de la glutationemia del conejo por acción del Aloxano.» *La rónica Médica*, 71: 217, 1954.
28. Ramírez Novoa, J.—«Acción de la vitamina B_{12} sobre la glutationemia.» *Anal. Facultad de Farmacia y Bioquímica*, 7: 410, 1956.
29. Segni. G.. e De Secco, C.—«Comportamento del glutatione (GSH) nel sangue del cordone ombilicale e del neonato.» *Boll. Soc. Biol. Sper.*, 34: 1.553, 1958.
30. Szeinberg, A.; Ramot, B.; Sheba, C. M.; Ricover, and Ervin Ravan.—«Glutatione metabolism in cor and new-born infant blood.» *J. Clin. Invest.*, 34: 1.436, 1958.
31. Tunioly, A. M.—«Variazioni della glu'ationemia e della protrombinemia in neonato in maturi trattati con vit K.» *Lattante*, 31: 260, 1960.
32. Tjoa. G. T.—«Studies on Heinz body formation and glutatione stabilites in the eritrocites of newborn infants.» Z. *Kinderheilk*, 84: 484, 1960.
33. Torres Belon, H.—«Acción de la riboflavina sobre la glutationemia del tuberculoso» *Anal. Facultad de Farmacia y Bioquímica*, 8: 381, 1957.
34. Zinkhan, W. H., and Childs, B.—«Un defect of glutathione metabolism in eritrocytes from patients with a napthalene inducet hemolitic anemia.» *Pediatric*, 23: 18, 1959.

Dirección: Cátedra de Farmacología, Fac. de Farmacia, Lima (Perú).



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

CLÍNICA SANTA ROSALÍA
Director: Dr. PEÑA REGIDOR

TERAPIA DESOBSTRUCTIVA TUBÁRICA

POR EL

DR. PABLO DE LA PEÑA REGIDOR

SANTA CRUZ DE TENERIFE

HACER un recuento histórico de la terapia desobstructiva tubárica, tanto medicamentosa como quirúrgica, significaría extenderse demasiado por el número copioso de trabajos que al respecto se han publicado. Nos limitaremos, pues, en esta ocasión, a reseñar los autores más sobresalientes en estos últimos años, debido a que el resto de la literatura sobre esta materia se puede encontrar consultando los dos últimos libros de actas de los Congresos de Fertilidad y Esterilidad que han tenido lugar en Amsterdam y Río de Janeiro, en los años 1958 y 1962.

Entre los métodos más destacados en la terapia medicamentosa, siguiendo una clasificación muy reciente y atrevida, del doctor CÓNILL SERRA, según la naturaleza de los agentes utilizados son mecánica, enzimática, hormonal y mixta. En el terreno mecánico se han destacado los nombres siguientes: RONGY y ROSENFELD, HIRZ y MAZER, PETERSON y CRON, SCHULTZE y ERBSLOEH, BECKER; y entre nosotros: VANRELL, LUQUE, VILAR DOMÍNGUEZ, POUS PUIGMACIA y PEÑA REGIDOR, los cuales refieren haber cosechado grandes éxitos manejando ya la insuflación o la salpingografía. En el terreno de la terapia por procedimientos enzimáticos, subrayamos los nombres de MOUNDRY y NAJER, KUPMAN, ELÍAS COSTA, ROSENWASSER, GUGLIELMONE, CUSI y CARRERAS, ROCA, KURZROCK y STREM, CAMPOS DA PAZ, ASCENSO CABELLO, FERREIRA y ALDEIDA, que refieren sus éxitos desobstructivos, consiguiendo, inclusive, embarazos a término. Son otros métodos la hormonoterapia (corticones). También figura como agente importante desobstructivo tubárico, manejado mezclado con los elementos mecánicos enzimáticos, etc., y claro está que nos referimos a su empleo en la terapia medicamentosa, originándose así un método terapéutico de carácter mixto. Todos estos autores hablan de haber logrado con esta metodología gestaciones, unas veces con interrupción y otras con feliz término.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

En esta modalidad de terapia desobstructiva no operatoria, debemos subrayar que la recomendación es en aquellas pacientes que la salpingografía localiza el obstáculo en la porción final de la trompa, así como también el hecho de manejar siempre los

métodos mixtos, por lo que no admitimos la clasificación de CÓNILL SERRA, que, aunque muy pedagógica, en el terreno práctico es poco eficaz por su carácter unilateral, ya que, antes de establecer la terapia, se ha hecho necesario realizar la insuflación y la salpingografía, lo que nos obliga a definir como terapia mixta a estos métodos desobstructivos tubáricos, de carácter medicamentoso.

Nuestro método.—Casi siempre son de naturaleza tuberculosa; la terapia de fondo será estreptomicina-pas-hidrázida, y como complemento la subrayo en estas líneas. Una vez localizado el obstáculo en la porción final, y hecho el diagnóstico de obstrucción ampular, aconsejamos como medida desobstructiva el uso de la mezcla siguiente en forma de hidroperturbación: un fermento del tipo de la estreptoquinasa y estreptornasa («Quimotrase»); corticoide hidrosoluble; novocaína al 2 por ciento, 10 c. c. (para evitar el dolor); antibiótico mezcla de penicilina-estreptomicina, y a todo ello le asociamos índigo de carmín, al 10 por mil, 3 c. c., haciéndose llegar esta combinación a través de cualquier tipo de cánula, hasta llegar a la cavidad uterina. La administración de esta última droga tiene como única finalidad detectar al final de cada medicación la permeabilidad tubárica, tal como hemos expuesto en una comunicación específica sobre el índigo de carmín como método de prueba en esta materia.

Huelga decir que, antes de iniciar cualquiera de estas maniobras, empleamos un agente espasmolítico, del tipo de la Buscapina, por vía endovenosa, a fin de evitar falsas obstrucciones a nivel de los ostium uterinos; así como insuflaciones repetidas, alcanzando presiones de 220 y 230 mm. de mercurio.

Resultados personales: *Casos,* ciento veinte y nueve; *persistencia de obstrucción,* veintiuno; *desobstrucción,* ochenta y tres; *perdidos,* veinticinco; *embarazos,* dieciséis.

Consideraciones: Como se puede ver, de los ciento veinte y nueve casos la obstrucción persistió en veintiún casos, se consiguió la desobstrucción en ochenta y tres; veinticinco interrumpieron su tratamiento, desapareciendo del consultorio, y quedaron embarazadas dieciséis. Por tanto, se logró la desobstrucción y embarazos en dieciséis. En cinco, la gestación se interrumpió, restándonos once casos de embarazos a término.

En *resumen,* estimamos que esta terapia mixta usada en las obstrucciones ampulares, por el número de desobstrucciones, la consideramos de utilidad y eficacia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TUBÁRICO

Ya en nuestro informe oficial, como contraponente en la *IV Reunión de Ginecólogos Españoles,* el año 1959, en Madrid, dimos a conocer nuestra casuística y terapia de las obstrucciones tubáricas, y que resumimos en la siguiente forma: que la cirugía en casos de obstrucción ampular con vistas a la fertilidad se mostraba con marcado pesimismo, y, por el contrario, óptima la limitada a la porción intramural o intersticial, y nos fundábamos para estas consideraciones en que los obstáculos en la primera variedad, en casi un 95 por ciento, su etiología era de naturaleza tuberculosa, reincidiendo en muchos de los casos la obstrucción terminal, y en otros, las lesiones que se ocasionaban a lo largo de la trompa, y en especial en la capa interna (véase varias fotografías que adjuntamos), dejaba a aquélla inhábil para todas sus funciones, especialmente para el traslado del óvulo a la cavidad uterina. Mientras que en la cirugía intramural o intersticial,

por ser la etiología de la obstrucción distinta de la anterior, y de localización restringida a un sector del aparato genital, es eficaz la acción quirúrgica, lográndose una implantación tubo-uterina auxiliada con el tubo de polietileno.

En la actualidad, transcurridos desde aquellas fechas casi tres años, y enriquecidos, por tanto, nuestros conocimientos gracias al esfuerzo diario de los entusiastas investigadores de esta especialidad, y al nuestro propio, podemos expresarnos con más firmeza, debido a los resultados obtenidos en este lapso de tiempo, afirmando que si hoy la terapia quirúrgica ampular casi ha quedado desechada por lograrse finalidades idénticas y con menor riesgo manejando la hidrotubación combinada con la insuflación con carbónico a presiones elevadas (220 a 240 mm.), en la variedad de obstrucciones tubáricas de tipo intramural o intersticial, la cirugía resulta hasta ahora la única arma eficaz y de convención general, merced al tubo de polietileno y a las drogas antiinflamatorias del tipo de los corticoides.

Hechas estas consideraciones pasamos a describir algunos detalles de los métodos empleados para llegar al diagnóstico diferencial de estas dos variedades obstructivas tubáricas, antes de informar sobre nuestra propia técnica quirúrgica en las obstrucciones intramurales o intersticiales.

Mientras en las obstrucciones intersticiales o intramurales la historia clínica acusa antecedentes de alguna infección post-partum o post-abortum, o desórdenes menstruales subsiguiente a una regla; por otra parte, los datos que arrojan la salpingografía, así como la negatividad al agente infeccioso de la tuberculosis en sus diferentes formas, bien por el cultivo histológico del endometrio, la inoculación al cobayo y el cultivo de la sangre, descarta la naturaleza tuberculosa de la obstrucción. Por el contrario, en la otra variedad, los datos que nos brindan los antecedentes clínicos en casi todas ellas figura el paso en estas enfermas de un proceso tuberculoso pulmonar o localizado en otros órganos de la economía orgánica, como puede ser ósea, renal, peritoneal, intestinal, etc. La salpingografía, con sus imágenes, en la mayoría de los casos, típicas, bien por el aspecto de la sombra en su trayecto o en su porción final, es más que suficiente para emitir un diagnóstico en este sentido, pero si añadimos a todos los datos recogidos el estudio histórico, de endometrio, bacteriológico de la sangre menstrual por investigación directa del bacilo de Koch, o indirectamente a través de la inoculación al cobayo, o cultivo de la sangre menstrual el primer día, demostrando la existencia de la infección, el diagnóstico queda establecido con firmeza.

	Obstrucción intestinal	Obstrucción ampular
Antecedentes clínicos	Negativos	Positivos
Naturaleza infección	Estreptococos, estafilo, Neisser	Bacilo de Koch
Cromopertubación	Negativa	Negativa
Insuflación	Negativa	Negativa
Salpingografía	Obstrucción intersticial doble	Obstrucción ampular
Análisis	Endometritis inespecífica	Endometritis tuberculosa (no siempre)
Inoculación al cobayo con sangre menstrual	Negativa	Positiva (no siempre)
Cultivo	Negativa	Positiva (no siempre)

En nuestras manos los datos recogidos por el interrogatorio y por las diferentes exploraciones, como son la cromopertubación, la insuflación y la salpingografía, estos últimos son sustancias hidrosolubles y previa desconexión del simpático, manejando drogas simpaticolíticas, como, por ejemplo, el Espalmalfer, por vía endovenosa, 3 c. c., y los informes que nos puedan dar los métodos auxiliares de laboratorio, dilucidamos la vía a seguir según el tipo de obstrucción, y como hemos dicho más arriba, para la variedad de obstrucción intersticial o intramural aconsejamos la vía quirúrgica, mientras que para la otra forma manejamos la hidrotubación.

Modus operandi en la variedad obstructiva intramural. — Tipo de operación: implantación tubouterina.

Una vez abierta la cavidad abdominal, por la incisión del tipo de Phannestiel, se procede a la inspección del aparato genital interno, y se comienza trabajando «a cielo abierto» por una incisión en el fondo de útero, longitudinal, de un extremo a otro extremo; a continuación, ayudados con la aguja para realizar la arteriografía, se procede a hilvanar las trompas con el tubo de polietileno, de fuera a dentro, empezando por la trompa izquierda. Acto seguido, se inicia de nuevo la misma maniobra en la otra trompa, pero esta vez de dentro a fuera, dejando de esta forma colocado ya el tubo a lo largo de ambas trompas, y reposando en el fondo de útero. De esta forma tenemos ya restablecido el túnel o el neocostium; sólo resta suturar con cagut de 000 el extremo proximal de cada trompa a los respectivos ángulos uterinos, cerrando, por último, el fondo de útero con puntos sueltos, en dos planos, dando por terminada así la operación. Procuramos dejar los extremos del tubo de polietileno bastante largos, para que asomen bastante en ambos límites de la incisión, que dejamos sujetos al apósito, para retirarlos a los veinticinco días. Esto no es óbice para que la enferma sea dada de alta en la clínica a los diez días; le administramos corticoides durante todo este tiempo; una vez transcurrida esta fecha practicamos en el consultorio una cromopertubación como «test» positivo del éxito de la operación llevada a término. (Las figuras que obtuvimos pueden dar una visión más aclaratoria de nuestra propia técnica.) Subrayamos que una vez la enferma dada de alta en la clínica, no administramos más medicación que los corticoides.

RESUMEN

El autor describe su modificación operatoria, introducida en su técnica quirúrgica a partir de 1959, limitándose exclusivamente a operar las obstrucciones intersticiales o intramusculares, utilizando para ello la aguja que se maneja para la arteriografía, técnica que facilita el hilvanar las trompas. Deja los tubos de polietileno asomando ambos extremos en la pared abdominal, los retira a los veinticinco días. Como medicación postoperatoria, una vez dado de alta en la clínica, sólo prescribe corticoides.

Por el contrario, en las obstrucciones de tipo empular se limita exclusivamente a la desobstrucción manejando la hidrotubación combinada con insuflación a presiones elevadas.

BIBLIOGRAFIA

(A disposición de los lectores que la soliciten directamente al autor de este trabajo.)

Dirección: Méndel Núñez, 74. Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

¿EXTRAVERSIÓN E INTROVERSIÓN?

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

En otro lugar hemos dicho que las clasificaciones dicotómicas, de uso tan corriente en la historia natural, no responden por su objetividad general a aquello trascendente y esencial que informan los hechos reales, por dejarnos llevar de aquello sensible o empírico con que ellos se manifiestan. Lo sensible y empírico en todos los casos como primera impresión, exige una interpretación más trascendente si queremos intuir lo auténticamente sustancial de los entes.

Sabemos en aquella medida que podemos hacer las distinciones necesarias. Saber es reconocer aquello que distinguimos como categorías ontológicas de las cosas y fenómenos. Ahora bien, si distinguimos en nuestras funciones psíquicas dos proyecciones límites, una de dentro afuera o extraversión, y otra de afuera a dentro o introversión, tendremos para nuestra consideración dos objetos, dos métodos, dos finalidades con sus respectivas analíticas conceptuales, las cuales exigirán las anotaciones más comprensivas y cualificadas para llegar a una interpretación de nuestros sistemas racionales, teniendo presente que entre ambas modalidades existen distintas objetividades.

Definir aquello de intraceptivo o extraceptivo que afectan a lo introverso y extraverso, no es tarea fácil, porque ambos modos tienen sus correlatos, unos de tipo empírico en correlación con otros de tipo ontológico, o sea, que psicotípicamente somos ambivalentes por naturaleza, y reflexivos por disposición natural; la dificultad nace en que nuestra mente no hace la distinción necesaria en nuestros campos racionales para definir los conceptos de extra e introversión.

En su originalísima obra, «Tipos psicológicos», C. G. JUNG define ambos conceptos por su carácter orientador de nuestras vivencias anímicas; pensar, sentir, percibir, intuir, según él, serían las formas funcionales en que se resuelven nuestras vivencias según proyecciones externas o internas con carácter psicotípico. Extravertida es una mente funcional en evidente sintonía indiferenciada con el mundo exterior; el introverso es aquella mente cuyas vivencias sintonizan con nuestro mundo interior. Esto dicho así, de modo tan general, resulta breve y precario para una esquemática de nuestras funciones psíquicas tan complejas como variables.

Si sometemos a un análisis el carácter de la exterioridad y de la interioridad de nuestro mecanismo mental, lo primero con que tropezamos es con la naturaleza

de nuestro propio acto de pensar. Todo pensar en sí es pensar sobre algo, ya sobre caracteres o propiedades de cosas o entes, su ser concreto o su ser abstracto en términos generales. Si hacemos cuestión de lo concreto, ya físico, químico o biológico de una cosa o ente en sus accidentes o apariencias, en sus simples manifestaciones, tendremos un modo o mecanismo anímico de tipo mixto, ni extraverso ni introverso, sino perceptivo, al modo representativo o común de la escala viviente. Si por el contrario, por acto cultural nuestras vivencias anímicas se potencian sobre caracteres, propiedades, cualidades y sobre aquello físico matemático de los entes movilizando todos los grados abstractivos de los mismos, ¿tendremos que admitir una condición introversa de nuestros actos mentales? A mi parecer, no existe tal mecanismo de introversión, aunque nuestras vivencias anímicas sean del tipo más abstracto, matemáticamente hablando y pensando. En sentido estricto, los filósofos de las ciencias, los grandes matemáticos y geómetras, como los sabios del renacimiento no son introversos, sino extraversos con potencia y sentido abstractivo en grado privilegiado.

La orientación introversa de nuestro mecanismo anímico tiene una significación que no está bien definida por los autores. Lo introverso no tiene más que una cualificación, y ésta está sobre la ciencia cultural en sus avatares lógi inductivos y deductivos; entra de lleno en las llamadas ciencias del espíritu, en el caótico mundo de los sentimientos, de las creencias. Pensar y creer son dos alternativas de nuestra mente ante la imagen del mundo; hacer ciencia positiva o hacer ciencia rectora de principios sobre la misma, y hacer ciencia sobre módulos y principios rectores de conductas y modos de interpretar sentimientos, es algo radicalmente diferente; desde esta proyección se es introverso por naturaleza reflexiva, como lo expresan todos nuestros místicos cuyas vivencias son autoproyecciones en eterno retorno dialéctico; contamos, entre otros: ECKART, KIERKEGAARD, UNAMUNO y otros místicos. El grado más o menos de intensidad pasional que cada cual invierte en su dinamismo propio, en su yo intransferible, cualifica el carácter de esta vivencia, su *per sé* espiritual anímico, su yo por su yo mismo. El sujeto haciéndose cuestión de sí mismo en acto autorreflexivo, es lo auténtico de la subjetividad en el sentido más estricto, por diferenciarse de esa otra subjetividad aparente cuando la mente opera en sus manifestaciones lógicas, psicológicas y epistemológicas, en que se trata a sí misma como objeto funcional en sus modos operativos.

Llegados aquí, no podemos dejar de hablar de la disposición natural para una u otra condición mental. La disposición individual es factor decisivo y diferenciador de los psicotípicos; el que unos individuos tengan disposición para ser absorbidos por los objetos exteriores y sus formas abstractas, y el que otros individuos tengan disposición natural para ser absorbidos por su mundo interior de ideas y creencias, nos dicen bastante para tener una noción primaria sobre esta cuestión.

Pero es el caso que nuestra mente funciona como un todo indiviso de motivos, voliciones y conceptos, lo cual da lugar a que nuestras distinciones, por su artificio esquemático, no sean correctas. Ello nos obliga a reconocer como más ajustado a la realidad potencial y actual de nuestras vivencias anímicas tres proyecciones psicotípicas, por entender que objetivamos más detalladamente sus modos diferenciados, no sin reconocer que el sistema dicotómico es de más fácil aprehensión intelectual que el sistema tricotómico, que es el que vamos a expresar como exponente de proyecciones mentales.

Nivel subracional

Comprendemos en esta esfera psicotípica al hombre primitivo o actual subdesarrollado, al hombre incondicionado, al hombre natural o de simple naturaleza, al que titulamos *cosmotipo*, porque no tiene otras atenciones que aquellas derivadas por los conflictos propios del ambiente y los propios de una lucha por la existencia en trabajo de adaptación a su respectiva colectividad.

El cosmotipo forma un grupo aparte en orden a la extra o introversión, por cuanto los contenidos psíquicos que le informan son extrarracionales o potencialmente racionales, con el carácter propio de la indiferenciación de sus imágenes, lo que hace que sus reacciones carezcan de poder discriminativo; éstas responden a nuestra infraestructura emocional de función neurovegetativa, sin otro alcance que su plena satisfacción nutritiva y sexual, a las cuales subordina todos sus movimientos vitales; sus contenidos psíquicos son de un nivel de actividad potencial no determinada más que bajo la especie de animismo, puesto que tanto él como los seres que la circundan son portadores de un principio de movimiento que analoga con su naturaleza, identificándose panteísticamente con el conjunto cósmico. Para el cosmotipo, el mundo es una divinidad polifacética de seres abstrales, del sol, la luna y toda suerte de animales más representativos de la fuerza, de la ubicuidad, o la mítica de sus funciones; el toro, el buey, el ave, el insecto, todos poseen un algo comparable, un ánima que los vivifica, en la cual se sienten confundidos a pesar de sus cualidades distintivas. Para estas mentes no existen otras potencias abstractivas que las que resultan de la equiparación de los objetos. Si algo vive es porque tiene ánima: vegetal, ave, hombre, lo que equivale a decir que su pensar es pura tautología. ¿Será lo tautológico patrimonio hereditario de una ancestral manera de concebir los objetos?; aquello primitivo de nuestras nociones, su condición originaria y potencial en que actualmente caemos en nuestros discursos; sea lo que fuere, el caso es que todas nuestras formas racionales tienen un telón de fondo no diré extrarracional sino subracional, indeterminado, inconcreto, y responderá esto a lo que los psicoanalistas llaman lo arcaico de nuestro acerbo mental. Esa función, no diré del objeto y el sujeto, puesto que no se da distinción, sino esa otra identificación de impulsos y fuerzas para formar un sistema común sin razón de lo personal, en vista de un conjunto colectivo; desde luego esto es lo más aleatorio; por lo tanto, así nada hay sobre qué pensar en el arcaísmo, el mito es la soberana jerarquía, que equivale al no pensar.

Lo subracional está por bajo de la analítica y sintética de la inductiva y la deductiva de nuestros sistemas lógicos; por eso el cosmotipo no progresa si no es poniéndolo en condiciones apropiadas para ello; lo que sus impulsos le dictan, lo hacen de una vez para siempre. ¿Será este impulso lo que consideramos «especie de eternidad» con que el hombre sueña, vestigio escondido de nuestra alma arcaica? Tenemos que contar con aquellos contenidos potenciales y posibles en que lo arcaico y mítico tengan su actualidad a pesar de nuestros sistemas racionales.

Así como las nociones primarias, se admiten otros contenidos mentales que llamamos las imágenes primarias, especies o formas, desdibujadas, simples esbozos o proyectos para una objetivación más detallada en sus contornos y formas. No podemos negar al cosmotipo esta cualidad formal y primaria, puesto que ello nos llevaría a negar la razón, y no se trata de eso, ni mucho menos, sino de analizar niveles de contenidos mentales según el tiempo y la geografía. Todo hombre es portador de dinámicas potenciales y actuales, y que desde este punto de vista

podemos afirmar que los psicotipos se distinguen entre sí por la dominancia de lo arcaico sobre lo actual, o viceversa.

Por el principio de unidad que nos califica racionalmente desde todas las esferas o estados de conciencia, y siendo cada conciencia una realidad funcional, como lo son nuestros aparatos de percepción sensible, y como éstos son lo dado a nuestra humana naturaleza, tenemos que defender la tesis de que el acto de ser conscientes o reflexivos, es conatural a lo humano. Ahora bien, ¿en qué grado y medida podemos describir nuestra razón si no está condicionada por la cultura, y sí por prácticas más o menos esotéricas y míticas? No podemos negar que el principio de contradicción no afecta al hombre en estado de naturaleza con reacciones puntuales tempoespaciales. Esta condición primaria conduce a un término a la consideración de que la voluntad de poder, el ansia de mandar, el dictar por dictar, figuren entre los correlatos de un ánima que admira y copia la fuerza por la fuerza, ¿no será esto residuo oculto de un corolario milenario y ancestral? Conquistar, vencer, dominar, dictar son etapas sucesivas de un obrar primario, productos residuales que el mundo actual está en trance y dialéctica de superación; ¿por qué se descoloniza tan precipitadamente a los pueblos subdesarrollados?; ¿por qué el hombre actual trata de desembarazarse de los prejuicios que supone el derecho de la fuerza sobre la fuerza del derecho?; lo racional *per sé* contra lo irracional ancestral y arcaizante; en esa polémica de principios estamos viviendo las alternativas de la infrarrazón en lucha con los imperativos de la razón razón, la única consciente y valedera por sí misma.

Nivel racional

En el que catalogamos según el sistema estructural propuesto, como específicamente de función lógico-inductiva y deductiva, la derivada de nuestros aparatos perceptivos con sus naturales imágenes mixtas extraversas y extraceptivas.

Este nivel o esfera funcional nos califica por sus contenidos psíquicos, como estrictamente *normotipos*, en virtud de sus peculiares modos de aceptar la pluralidad de estímulos del mundo exterior, de nuestro contorno y dintorno, y también circunstancial. Ahora bien, podemos preguntarnos ¿dónde empieza y dónde acaba lo que nuestra mente concibe como mundo exterior? Desde luego, lo que se concibe como extrayó, o mundo cósmico con sus energéticas telúricas, nos integra de modo funcional necesariamente, constituyendo un mundo extrarracional como exterior para un sujeto o intrayó legítimamente racional. Así, pues, nuestro yo comprende tanto la exterioridad con sus estímulos múltiples que determinan las sensaciones, como aquellos otros estímulos internos cenestésicos, motores, vasculares, de cuya fusión resulta la complejidad extraceptiva o extraversa de nuestra función racional.

Esta función es la que ponemos en ejercicio cuando tratamos de someter los estímulos sensoriales a una analítica de sus elementos, si tratamos de modo extraverso una determinada sustancia o cuerpo, lo primero que hacemos es observar su conjunto y también sus partes en aquella medida que podamos detectarlas natural o instrumentalmente, o sea, que situamos un objeto enfrente de un sujeto que al percibirlo lo representa, es decir, lo copia con más o menos fidelidad. En este caso, psíquicamente estamos objetivados por una exterioridad con sus razones materiales y energéticas, por su poder representativo; si la razón, por el contrario, carece de objetividad y el sujeto se asimila al objeto de modo indiferenciado e inconcreto, como hemos visto en el parágrafo anterior, lo propio del cosmotipo es su incondicionalidad elemental como grado más inferior; más no es

en este nivel donde se desenvuelve el normotipo; aquí rige el principio de diferenciación, en virtud del cual observamos caracteres, propiedades que pueden ser objeto de nuestra atención para una consideración posterior; es decir, de las partes o del conjunto de partes que constituyen un objeto inducimos una representación mental, la cual, si nuestra energética psíquica opera racionalmente, queremos decir si está en actividad normal y dotada de poder abstractivo o generalizado, está en condiciones para llegar a juicios, a imágenes de comprensión general.

El normotipo en sus actos ontológicos recorre una vía inductiva que se completa con una transición deductiva. Los sentidos posibilitan los principios en que se resuelven los fenómenos, por lo tanto eso que llamamos un tanto peyorativamente empirismo, es el fundamento del progreso científico. Deducir leyes y principios por los que llegamos a una inteligencia de los fenómenos, a aquello general y constante de los mismos, a lo que los sustancia integrándolos en sus modos naturales en una identificación objetivo-subjetiva nos califica en un orden racional normotípico, teniendo presente que aquello racional discursivo en sus órdenes abstractos normales nos capacitan para prescindir de la materia haciendo caso omiso de la misma, mas no de sus modos formales tempoespaciales para sus concepciones, según el segundo grado de abstracción.

Claro está que por disposición natural se dan normotipos activos, voluntades prácticas, hombres de acción y de empresa, verdaderos sujetos dinámicos, que se agitan en un mundo de objetividad material y experimental, que con su esfuerzo descubren nuevos caminos por los que el hombre discurre abriendo nuevos horizontes al bienestar humano. Los otros normotipos, no diré pasivos, pero sí teóricos, cuyas objetividades forman un conjunto de posibilidades de orden abstracto cuya función mental es un proceso en revelación constante de formulaciones potenciales y actuales sobre los hechos o fenómenos, por las cuales las razones teóricas sobre la materia, el espacio y el tiempo pueden ser objeto de verificaciones o experiencias. Estos normotipos teóricos en su nivel más eminente constituyen el grupo de los físico-matemáticos, verdaderos guías en el orden práctico y científico de la humanidad. Sus *a prioris* más o menos abstractos son tanteos logrados o malogrados de la real y sustantiva naturaleza material y formal o conceptual, de los hechos naturales. Los contenidos psíquicos de un Copérnico, de un Galileo, de un Leibnitz, de un Descartes, de un Einstein, forman conjuntos racionales cuya posibilidad *a priori* concierta adecuándose a aquello real oculto, escondido, o sustraído a los sentidos, esa operación en que el objeto es tal cosa propuesta diferenciada al sujeto, el cual por su natural virtualidad informante y creadora posibilita, creando nuevos conceptos, es decir, conceptualiza lo que los sentidos no logran concebir.

En todo caso, el normotipo es el tipo ejemplar humano por el que se guía la humanidad, el que se sirve de la razón según los cánones más lógicos y más ponderados, el más perfecto dada nuestra naturaleza, por el que nos debemos guiar y corregir en todas nuestras formas de vida, por estar más distante y alejado de toda dialéctica utópica, capciosa o interesada de principios [1].

[1] El mundo de las utopías como posibilidad objetiva no podemos negar *a priori*. La ciencia está capacitada para conseguir las más alentadoras integraciones, que si en algún tiempo eran imposibles de llegar a un acuerdo, el progreso actual como inteligencia de contrarios estamos en condiciones de superarlos partiendo de intuiciones de equilibrio entre lo dogmático y fijo y lo evolutivo en el tiempo. en una inalienable adecuación psicosomática. En esa dialéctica de principios, la razón con las creencias está comprometida en formular la auténtica ontología de nuestra compleja naturaleza cosmorracional.

Para el normotipo el universo es un objeto que debemos trascender para caminar sobre el suelo firme de su intrínseca realidad, puesto que con ese trabajo nos hacemos más dignos y más conformados con nuestro ser físico, que es la premisa necesaria para nuestro ser metafísico.

Nivel suprarracional o metafísico

En una escala más elevada de nuestras vivencias anímicas, es donde situamos una categoría de imágenes psíquicas que sobrepasan el mundo inconmensurable de lo considerado en la esfera del normotipo. Haciendo la distinción necesaria, lo titulamos, como expresión de su objetividad y finalidad, en otro grado más específico como *metatipo*, por su estricta función introversa, por cuya virtualidad los contenidos psíquicos resultan de un ensamblaje entre ideas o conceptos, afectos y sentimientos, deseos, inclinaciones y tendencias de oscura determinación, de contornos borrosos, de series apetecibles indeterminadas, muchas veces opuestas y contrarias.

Aquí nuestras vivencias rebosan de contenidos de valor o suprarracionales, lo ontotípico valorativo, por circunscribir la totalidad en lo que es manifestación abstractiva de series de impulsos psicometafísicos de clara especificación introversa.

Si concedemos a nuestra facultad de pensar un margen de autonomía en contraposición a una heteronomía en relación a sus contenidos conceptuales, estaremos lógicamente ante dos modos de enfocar dichos contenidos desde el punto de vista lógico, moral y metafísico, enfoques que nos distinguen psíquicamente con los respectivos coeficientes personales. Esto nos obliga a admitir una infinitud, una variedad de psicotipos en cuya inconmensurabilidad es fácil extraviarse.

Ocurre aquí lo mismo que cuando queremos catalogar los colores del arco iris, que nos vemos obligados a reducir sus tonos y matices en tres series fundamentales, rojo, amarillo y azul, que nos sirven para distinguir las diferencias intermedias; del mismo modo, dada la multiplicidad de nuestros contenidos psíquicos, nos vemos obligados a reconocer trinidades diferenciales, fundamentalmente graduales, distintas en sus matices conceptuales; ahora bien, ¿cuáles son estas especies radicales de nuestros modos pensantes? No puede ser otro que esa metodología que de modo esquemático e intuitivamente he concebido a lo ancho y lo largo de estas notas biopsíquicas. Objetivar lo infinito es nuestra tarea en ciencia, en arte, en política, y hasta en el sentir religioso; por la trilogía podemos atrapar de lo indeterminado aquello determinado, que será en todo caso el objeto de nuestra consideración, lógica, moral y metafísica, puro sujeto de nuestro conocimiento, lo específicamente valorado de la condición introversa.

Concretándonos a ese complejo conocido por el nombre de introversión en lo que posee de su intrínseca fenomenología, nos enfrentamos ante perspectivas de diversa proyección mental. Se trata de un pensar, pero de un pensar sobre qué; ésa es la cuestión; reales o ideales, físicos o metafísicos, indeterminados o determinados; lo uno y lo otro y ambos en una reflexión de profunda trascendencia ontológica. Por la introversión reflexiva nos situamos ante un mundo de valores trascendentes, por lo cual no podemos predicar de dicho modo otra categoría que no sea sino de tipo valorativo, ético, estético, etc.; se es introverso por una proyección mental sugeridora de contenidos específicos de nuestro yo intelectivo trascendente interferidos por otros afectivos y de sentimientos.

Ahora bien, ¿cuáles y de qué naturaleza son dichos contenidos? Por una parte, racionalmente, lógicointelectivos, lo *a priori* de la ciencia en sí, o sus

especialidades; mas es seguro que el introverso en sentido estricto se cualifica por vivencias de reacción afectiva de composición sentimental, de percepciones de oculta sensibilidad inconsciente, por todo lo cual la mente es trascendida por una complejidad de conceptos de signos contrapuestos, los cuales se activan en sus sinergias objetivas y subjetivas, tratando de alcanzar y de instaurar leyes y principios de un orden suprarracional para llegar a una teleología ejemplar y perfectiva.

Esta condición del psicotipo, ejemplar desde un punto de vista racional en sus modos expresivos, no trata sólo de definir o demostrar aquello teoremático de sus formulaciones conceptuales, sino que también, de un modo más decisivo, concluyente y finalista, la de persuadir, la de dirigirse al yo en su complejidad telúrica y racional, a la unidad del individuo.

Se comprenderá sin esfuerzo que desde esta dimensión vivencial persuasiva pongamos en ejercicio la totalidad de nuestras energías de valor, espirituales y materiales, en vista de una finalidad preestablecida, que será, como es natural, dada la diversidad de la psicología individual, el punto de arranque, la potencia inductora de actitudes y posiciones contradictorias, entre las cuales destaca el ansia de poder rector y legislativo, como agente inductor de nuestras formas vitales.

Se es introverso también, en el sentido más puro del concepto, cuando dichas vivencias trascendentes, se pliegan y repliegan en proceso involutivo para volver a repetirse indefinidamente, formando círculos de intuiciones a las cuales la mente no puede dar salida lógica, o por el contrario, se intenta lograr un nivel conceptual de la más gravida significación, llegando a esos estados que más de ocupación son de preocupación, y que a veces son auténticas obsesiones con sus correlatos conscientes o inconscientes.

En el introverso, dada sus dos formas, la racional y la del sentimiento, o sea, la de tipo o proceso configurativo y la de proceso afectivo, por su radical naturaleza obliga a nuestra mente a un esfuerzo tensional de difícil regulación; como nuestro psiquismo energético recorre escalas de nivel variable en sus manifestaciones, unas veces en más estados hiperérgicos, otras veces en menos hipoérgicos, las más de las veces como estados disérgicos de corriente y vulgar apariencia, esta vivencia nos sitúa ante contenidos psíquicos más o menos disensionados que constituyen ese material elemental que los peritajes médicolegales tienen que afrontar diariamente sobre calificaciones normales como psicopáticas, puesto que lo humano es inconmensurablemente diverso. Del metatipo al infratipo la distancia es tan corta como la que existe entre la salud y la enfermedad, siendo lo más común la *áurea mediocritas*, que no es ni lo uno ni lo otro.

RESUMEN

Se exponen breves consideraciones sobre lo que debemos entender sobre psicotipos, partiendo del nivel más elemental y primario de las vivencias anímicas o cosmotipos, *pasando a otro nivel más diferenciado culturalmente,* normotípico, *para concluir en ese complejo anímico suprarracional o* metatípico, *como expresión valorativa y trascendente de nuestras operaciones racionales y volitivas.*

Dirección: General Franco, 66. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

MEDICINA E HISTORIA

NUEVOS PAPELES DEL DOCTOR ANDRÉS PIQUER *

IV. HOJA DE MÉRITOS (1742)

POR EL

DR. VICENTE PESET LLORCA

VALENCIA

En la época en que vivió Piquer había costumbre de imprimir tanto los méritos aducidos por quienes aspiraban a una cátedra, como sus «tesis». Ambos tipos de publicaciones proporcionan datos interesantes. Por desgracia, no siempre son fáciles de encontrar. Por ejemplo, Piquer participó en cuatro de estas oposiciones: las de teórica, en 1734; simples, en 1735; otra vez simples, en 1736, y anatomía, en 1742, ganando estas últimas. Sin embargo, ahora sólo he podido ver las tesis de la primera [1] y la hoja de méritos y las tesis de la última [2]. Dado que esta hoja de méritos no parece ser de hallazgo frecuente, he creído oportuno transcribirla [3]:

TÍTULOS, MÉRITOS Y SERVICIOS DEL DOCTOR ANDRÉS PIQUER, OPOSITOR A LA CÁTEDRA VACANTE DE ANATOMÍA

1. El doctor Andrés Piquer ha estudiado la Filosofía tres años en esta Universidad.

2. Ha estudiado la Medicina tres años en la misma Universidad, asistiendo puntualmente a todas las materias y actos literarios.

3. En el año 1734, en el mes de febrero, se graduó de Bachiller de Medicina en esta Universidad, con todos los honores et nemine discrepante.

---

* Véase esta misma revista, t. 67, pág. 232, 1959; t. 68, pág. 435, del mismo año; y t. 68, pág. 317, 1962.

[1] *Theses/ theorico-medicas/ juxta institutum/ celeberrimae,/ et almae Valentinae Universitatis/ ex uberrimis/ Galeni fontibus/ haustas./ in petitione/ Galenic. Cathedr./ disputationi proponit/ Doctor Andreas Piquer,/ et Arrufat,/ pro Bacchalaureatu, et ordinaria Hospitii Generalis Medicaturae candidatus,/ & Theoricae extraordinariae Cathedrae/ Moderator./ In Scholis Valntinis/ Die 29 mensis Junii anno M.DCC.XXXIV./ Valentiae:/ Apud Josephum Garcia, in Platea Calatravensi.*

[2] *Theses medico-anatomicae pro Anatomiae Cathedra obtinenda...* Valencia, 1742. Véase su portada en la pág. 239 del t. 67 (1959), de esta misma revista.

[3] Dos hojas con tres páginas sin numerar, impresas sin que conste lugar ni fecha. Incluída, con otras, en el volumen «Méritos de los opositores a Cathedras de 1739 a 17g5», del archivo de la Universidad de Valencia.

4. En el mismo año de34, en el mes de marzo, hizo oposición a la plaza de Bachiller del Hospital General de esta ciudad, cumpliendo con todos los actos de dicha oposición.

5. En el mes de mayo del mismo año 34 recibió el grado mayor de Doctor en esta Universidad, con todos los honores et nemine discrepante.

6. En el mismo año de 34, en el mes de junio, hizo oposición a la plaza de médico de este Hospital General, vacante por muerte del doctor Miguel Capafons.

7. En el mismo año de 34 hizo oposición a la cátedra de Teórica, vacante por muerte del dicho doctor Capafons.

8. En los años siguientes hizo oposición segunda vez a la plaza mayor de médico de este Hospital, vacante por muerte del doctor Luis Vidal.

9. Hizo oposición a la cátedra de Hierbas, vacante por muerte del doctor Jaime Sans.

10. Hizo oposición a la cátedra de Teórica segunda vez, vacante por ascenso del doctor Roque Belloc a la de Botánica.

11. Asimismo desde el año de 1734 en adelante, ha leído dos cursos de Academia pública, dictando a un gran número de estudiantes la Teórica moderna: la primera vez que se ha hecho en esta Universidad.

12. Fue enviado por la Ilustre Ciudad a la epidemia de enfermedades que se padecía en Fansara el año 1739.

13. Fue también enviado a Xalance, sobre otra epidemia, en las cuales satisfizo enteramente los cuidados de la Ilustre Ciudad.

14. Fue nombrado por la administración del Hospital General, para visitarle, lo que hizo con aprobación de la Ilustre Ciudad por dos meses, en tiempo de fuertes calores y una gran epidemia, sin salario ni interés alguno.

15. Ha asistido en las casas capitulares de esta Ilustre Ciudad a varias Juntas sobre la salud pública.

16. Ha compuesto un libro de Medicina, que ha sido recibido con general aceptación de toda la Nación, atestiguándolo las cartas llenas de expresiones honrosas, que ha recibido de los principales médicos de España.

17. La Real Academia Médico-Matritense, cuyo dignísimo presidente es el señor doctor Don Joseph Cervi, médico de Su Majestad, le ha enviado el título de uno de sus miembros o socios, con muchos honores, sin más motivo que la vista del referido libro.

18. Ha sido nombrado por esta Ilustre Ciudad su Médico titular, honor que aprecia muchísimo.

19. Está trabajando incesantemente por dar al público una obra de Medicina curiosa y útil.

20. Finalmente, en la última oposición de cátedra que hizo, la que se proveyó en el doctor Luis Nicolau, estando por catorce veces iguales los votos entre éste y el doctor Marcos García, en todas tuvo el dicho doctor Piquer, sin pretender, cuatro votos.

Como se ve, salvo el detalle de las oposiciones en que participó Piquer recién salido de las aulas, hay aquí pocos datos que no consten en una u otra de las biografías que de él hay publicadas. El informe, con autopsia, sobre la epidemia citada en el número 12 fue reproducido en la de Magraner. El libro a que se refiere en el número 16 es la *Medicina Vetus et Nova* (primera edición, Valencia, 1735); sexta edición, Madrid, 1791). La noticia más significativa es, a mi juicio, la que da en el número 11: como «Catedrático de Extraordinaria», según se decía también, dio dos cursos de Teórica moderna, hacia 1734. No se trata de introducir tal enseñanza, sino de que todo el curso era moderno (iatromecánico). Y, sobre todo, el hecho de que esto sea considerado como mérito a presentar ante un organismo oficial, cual era el tribunal que había de juzgar. Desde la época en que la renovación de la Medicina pugna en España por abrirse camino [4] hasta ésta, las cosas habían cambiado bastante.

Con todo, comparada con la de otros opositores, esta hoja de méritos de Piquer parece más pobre. En efecto, estas oposiciones fueron reñidas; las habían firmado siete médicos [5], de los cuales acaso fueran los contrincantes más serios Juan Manuel Ballester y Mariano Seguer. El primero era ya catedrático de Teórica; y tanto su hoja de méritos como sus «tesis» son de formato y extensión mayores que las de los otros. Por esto, en gracia a la brevedad, me limitaré a incluir aquí los méritos de Mariano Seguer († 1759), también catedrático más adelante:

"Muy ilustre señor:

Con el motivo de ponerme de nuevo a la obediencia de V. S. acuerdo los méritos con que me hallo para pretender la Cátedra vacante a que soy opositor, y con el mayor rendimiento suplico sean atendidos.

En el año de 1718, después de haber cursado Latinidad en esta Universidad, empecé el curso de Filosofía y, concluído éste, cursé Teología escolástica. El año 25 empecé la Facultad de Medicina. El año 27 logré el grado de Bachiller en Medicina el día 4 de diciembre, y este mismo día fui nombrado Académico o Catedrático de Extraordinaria. El año 28, en 16 de febrero, obtuve el grado mayor: continué la Academia tres años, y en ellos presidí conclusiones públicas a veinte discípulos.

El año 29 hice oposición a la plaza de médicos del Hospital General, fui nombrado médico en la vacante, y he visitado dicho hospital por los SS. DD. Miguel Capafons y Juan Bautistas Longás, que gocen de Dios. He leído por diferentes señores catedráticos.

En el año 32 hice oposición a la cátedra de Prima, defendiendo todos los sistemas antiguos y modernos en unas conclusiones que merecieron la aprobación de muchos médicos doctos. Este mismo año hice oposición a la cátedra de Teórica. El año 34 a la plaza de médico del Hospital General.

El año 36 hice oposición a la cátedra de Teórica, y este mismo año fui nombrado médico para la asistencia del Excelentísimo Señor Duque de Santistevan, camarero mayor del Rey Católico, entonces primer ministro de Don Carlos, Rey de las Dos Sicilias, residente en la corte de Nápoles, a donde ofrecía pasar con dicho empleo; pero no tuvo efeto por restituirse su Excelencia a la corte de España; debí la elección al muy Ilustre Señor Don Manuel Martínez de la Raga, médico de sus Majestades Sicilianas, hijo de esta ciudad y universidad.

El año 38 me regaló el Ilustrísimo Señor Don Joseph Cervi, caballero parmense, primer médico y del Consejo de su Majestad, la reválida, a ocasión de haberse de revalidar por el Real Protomedicato o su delegación todos los médicos desta ciudad y reino. El año 40 fuí nombrado por dicho señor caballero Cervi, socio de la Real Sociedad de las Ciencias de Sevilla. Este año de 42 he hecho

[4] Cf. V. PESET: *El Doctor Zapata (1664-1745) y la renovación de la Medicina en España.* Arch. Ib-Am. Hist. Medr, 12, 35-93. 1960.

[5] Cf. *Los médicos en el Libro de Oposiciones a cátedra, de 1720 a 1751, de la Universidad de Valencia,* comunicación que presenté en colaboración con la doctora Pilar Faus, al I Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Madrid, 1963.

oposición a la cátedra de Anatomía, siendo el único de los opositores de quien se valía para las demonstraciones anatómicas el sabio anatómico Doctor Juan Bautista Longás.

OBRAS LATINAS SACADAS A LUZ

Enchiridion Medicum Josephi Jackson, *aumentado e ilustrado con mis notas, impreso en Madrid el año 1734, se ha impreso en Holanda en el de 1737, y en Venecia, en el de 1740.*

Epistola de Abusu Tinctura Kinæ Mangeti, *impresa de orden del mismo sabio médico Jacobo Manget en las Obras del grande Miguel Ettmullero, de la edición de Ginebra del año 1736, que se encuentra en el tomo 2 a la página 554.*

Schedula Monitoria de Jusculo Pulli Lienteriæ Specifico, *en Valencia, el año 1741.*

Notitiæ Medicorum Hispanorum ab anno 1672 ad annum 1742, *para el Suplemento a la Biblioteca de los Médicos ilustres de Juan Jacobo Manget, y puede ser que salgan parte, dedicadas a la muy Ilustre Ciudad de Valencia mi Patria.*

Dissertatio de Virtute Kinæ Antiepileptica, *que se aprobó en la Real Sociedad de Sevilla y en la erudita Academia Matritente, y se imprimirá en Ginebra.*

Dissertación de la Excelencia de la Medicina Stahliana, y Ventaja à los demàs Systemas Medicos, *que saldrá a la luz en Lisboa en el tomo 3 de la Historiologia Médica del muy ilustre Señor Doctor Don Joseph Rodríguez de AVREU, caballero profeso de la Orden de Cristo, hidalgo de la Casa Real, familiar del Santo Oficio, y médico del Serenísimo Rey de Portugal, trabajada a petición de su señoría el año 1741.*

Son notorios en esta ciudad los buenos efectos de mi específico antipleurítico y anodino pectoral; y antes de mucho tiempo se admirarán los buenos sucesos de las Píldoras Becherianas o Tonico-vitales, que poseo, mucho más eficaces por su exquisita preparación (que me ha costado muchos años de trabajo y de estudio químico), que las mencionan los sabios y eruditos Hoffman, Alberti, Nenter, Juncker y algunas Farmacopeas.

A los pies de V. D.
El Dr. Mariano Seguer.

Vale la pena completar la información sobre las «conclusiones» defendidas por Seguer en su oposición de 1732 con el siguiente párrafo, tomado de su hoja de méritos de 1736:

El año 32 hice oposición a la cátedra de Prima, defendiendo todos los sistemas antiguos y modernos en unas conclusiones que no parecieron mal en esta ciudad y singularmente alabaron el Ilustre Deán Martí, tom. L Epistol., pág. 52, Philip Hecquet, catedrático en la Universidad de París, de la Real Sociedad de las Ciencias, médico de el Rey Cristianísimo, en repetidas cartas latinas y francesas, con las que se sirve este célebre médico dirigir mis estudios, lo que he agradecido comentando una de sus obras; y pretendo (si él condesciende) escribir su vida en idioma latino. Lo mesmo practicaron los SS. DD. Don Vicente Gilabert, graduado en esta universidad, médico de los Reales Hospitales en la corte, de la familia del Rey en el Sitio del Buen Retiro, y Casa de Borboña, socio de la Sociedad de Sevilla, examinador del Real Protomedicato, primer catedrático de Anatomía en la corte y médico del Rey N. Señor, &c. Don Martin Martinez, médico del Rey N. Señor, catedrático de Anatomía, socio y ex-presidente del Real Protomedicato

y Sociedad de Sevilla, médico de nuestro Arzobispo Inquisidor General, &c. D. Francisco Suárez de Ribera, socio de dicha Sociedad y médico del Rey N. Señor, Don Joseph Fornes, catedrático de Prima en Barcelona, &c. Don Manuel Martinez de la Raga, hijo de esta escuela, médico del Excelentísimo Señor Conde de Santisteban en Italia. Don Gregorio Condamina, graduado en Mompeller y Valencia, profesor real de Anatomía en Cádiz. Don Alfonso Messia, familiar y médico de la Santa Inquisición de Murcia; y otros, cuyas cartas, que paran en mi poder, omito.

Volviendo a las oposiciones a la cátedra de Anatomía, merece ser destacado el hecho de que Seguer se preciara de haber sido ayudante de Juan Bautista Longás, como éste lo fuera de su padre y antecesor en la cátedra, Tomás Longás, y como luego Lombart, discípulo y sucesor de Piquer cuando éste pasó a Madrid. Es una de tantas noticias que indican la realidad de una enseñanza activa de la Anatomía por esta época, en contra de lo que había afirmado Martín Martínez y recogieron luego Marañón y otros.

RESUMEN

Quedan transcritas las "hojas de méritos" que los catedráticos valencianos Andrés Piquer y Mariano Seguer presentaron en 1742 al opositar a la cátedra de Anatomía. Se hace notar el afianzamiento de la Medicina moderna por entonces, así como la enseñanza práctica de dicha disciplina.

Dirección: Cirilo Amorós, 90. Valencia.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

LA EDUCACIÓN DE LA MASCULINIDAD ADOLESCENTE, *por el doctor* JESÚS NOGUER MORÉ. *Un vol. (13'7 por 19'5 cm.) de 175 páginas; rústica. Precio: 90 pesetas. Librería de Ciencias Médicas, Provenza, 255, Barcelona. 1963.*

EL conocido pedagogo y distinguido biólogo doctor Noguer Moré, nuevamente da muestras de su extraordinaria capacidad de trabajo dando a la publicidad el quinto volumen de una interesante serie que sobre diferenciación psicofísica de los sexos acapara la atención de numerosos lectores. Titula la presente obra «La educación de la masculinidad adolescente», y es parte de un extenso plan que el propio autor se ha trazado, que, sin embargo, puede perfectamente aislarse y estudiarse sin necesidad de conocer los volúmenes antecedentes y posteriores.

Se refiere en el presente libro exclusivamente al sexo masculino y, dentro de él, a esas edades imprecisas que comprenden «la prepubertad, pubertad y los dos o tres años siguientes, casi hasta que legalmente se le considera mayor de edad». El plan desarrollado en la obra es un fruto maduro de muchas reflexiones; ninguna página ni frase se halla escrita a la ligera; ha sido previamente meditada y hasta contrastada con experiencia propia y ajena.

En cinco capítulos compendia su trabajo, desarrollando lo que se entiende por pubertad normal y sus desviaciones, tipos distintos de ellas bien definidos y con riqueza expositiva caracterológica-sintomática; rasgos que definen la masculinidad; cómo pueden reforzarse, exaltarse o corregirse las desviaciones y con especial mención los casos anormales Nada olvida el doctor Noguer, y por escabroso que sea el problema, lo afronta valientemente, mostrando pautas ortodoxas y maestras, acordes con los principios unánimemente aceptados de la Medicina y Pedagogía.

Al leer estos temas sobre la educación de la masculinidad adolescente se tiene la impresión de abordar hechos ya sabidos, cuya razón habrá que buscarla en la ágil pluma del autor, pues desmenuza los complejos problemas con tal sencillez, fluidez y sentido común, que los puntos de vista que sustenta se hallan plenamente conformes con los sentimientos naturales y reflejan cauces y experiencia ya vividas por quienes remontaran aquella edad, pero que resultan como un mirarse en el espejo del pasado. Por otra parte, su estilo expositivo, además de su claridad, resultará ameno hasta para el no versado en ciencias biológicas, sin enfarragar sus líneas directrices con redundancia de citas bibliográficas, sin atenerse a normas fijas del «magister dixit», mostrando en todo momento un espíritu flexible y humano.

Hemos definido al principio al doctor Noguer como biólogo y pedagogo, pero quizá debiéramos anteponer como título el de médico psicólogo. Demuestra no solamente conocer a la perfección el cuerpo humano, sino las reacciones psicológicas y temperamentales de cualquiera de los tipos en que cabe dividir a los individuos humanos, siendo capaz de poner de manifiesto los más tenues matices caracterológicos, de donde resulta un hábil maestro que traza surcos utilísimos, comprensibles para la mentalidad del adolescente y para la forja de cada una de las facetas de su personalidad. Tiene tendencia en sus temas a conceder más importancia —y así debe ser la tarea del pedagogo— a las anormalidades y a las tendencias preformadas que se desvían de la línea corriente, dando en todos los casos pautas eficientes para llegar a una especie de equilibrio ideal dentro de las normas societarias y de la elección del medio de trabajo para el futuro.

Desde la primera a la última de sus páginas encontrarán material aprovechable todos aquellos que se dediquen a la enseñanza, que sean padres o tutores, médicos o psicólogos, y, en un sentido general, quienes por sus circunstancias se hallen en la necesidad de aleccionar u orientar a la juventud. El cuidado del cuerpo y del alma, de la higiene del músculo y de la mente, o cualquiera otra función relacionable con el organismo del

adolescente, reciben la debida atención en este libro y resultará una fuente magistral para quien tenga que enfrentarse con ese tipo de problemas, dándoselos semiresueltos, pues en estas cuestiones solamente se pueden dar normas generales, que luego habrá que particularizarlas adaptándolas al caso problema.

Una vez más nos complacemos en felicitar al doctor Noguer por su tarea, así como a la editorial, por saber escoger temas y realizar una edición pulcra y esmerada. — LUIS DEL CAMPO.

CÓMO FUNCIONA NUESTRO SISTEMA NERVIOSO, *por el doctor don* RAMÓN LÓPEZ PRIETO, *con la colaboración de los doctores* A. PÉREZ CASAS *y* SILVERIO PALAFOX. *Un vol. (15 por 22 cm.) de 165 páginas, con 36 figuras; encuadernación en tela. Ediciones Rialp, S. A., Madrid. Año 1963.*

POCAS veces caen en nuestras manos libros tan útiles como el que comentamos hoy, en donde el profesor López Prieto, director del «Instituto Anatómico Sierra», de Valladolid, en unión de sus colaboradores los doctores Pérez Casas y S. Palafox, se dedican a exponer la sistematización y funcionamiento de nuestro sistema nervioso.

Esta obra tiene ya sus antecedentes en otros interesantes libros publicados por el doctor López Frieto sobre estas materias, allá por los años 1929 y 1940, que nos fueron utilísimos en nuestra formación.

La presente —de elegante formato e impresión— va destinada no sólo a médicos y estudiantes, sino a un público culto que quiera formarse un auténtico concepto de la arquitectura del sistema nervioso y se interese por su esencial funcionamiento sin tratar de profundizar en un terreno demasiado árido para una iniciación neurológica. Es decir, que sirve tanto para comprender como para saber.

Estos libros son los más difíciles de escribir, pues se cae fácilmente en los dos dos extremos: o ser demasiado prolijo y árido, o caer en fácil vulgaridad. El doctor López Prieto, con su veteranía en el magisterio, salva cumplidamente ambos escollos ofreciendo una obra útil y de grata lectura, a pesar de la complejidad de la materia expuesta.

En ella, con un mínimo de nociones morfológicas y estructurales, da una idea completa de cuanto es preciso conocer para interpretar fielmente el estudio de las vías y centros nerviosos.

Un *primer capítulo* va destinado a explicar *cómo es nuestro sistema nervioso*, dando un concepto unitario del mismo, aunque para facilitar la exposición se describa separadamente el sistema vegetativo o vital de Müller, y el de relación, en sus distintos sectores o tramos.

El *capítulo segundo* se dedica al funcionamiento del sistema nervioso, analizando los reflejos puros y los condicionados, y los agentes que en ellos pueden intervenir para modificar la actividad funcional de las neuronas.

Al *gobierno del sistema nervioso* y al condicionamiento de sus reflejos y a la canalización y telencefalización de sus funciones se dedica la *tercera parte* o capítulo, muy resumido e interesante.

Una *parte final*, resumida pero muy completa, se destina a la *descripción anatómica y funcional* del sistema nervioso, explicando la constitución de los centros, los nervios craneales y raquídeos, la cadena simpática y las formaciones ganglionares; las conexiones y las vías principales.

En esta última parte, una gran variedad de excelente figuras esquemáticas ilustran y aclaran las explicaciones del texto, facilitando su asimilación.

Estimamos esta monografía como muy útil, y creemos que llena cumplidamente la finalidad que sus autores se propusieron. — RICARDO HORNO LIRIA.

LABOR EN LA MATERNIDAD DE LA MACARENA. *Facultad de Medicina de Sevilla, núm. 2, 1962. Sevilla.*

SE recogen en este segundo volumen los trabajos realizados en la Clínica Universitaria Maternal de la Macarena, bajo la dirección del profesor Bedoya, sobre el «Parto breve y analgésico».

En él se dan los fundamentos y técnica del método de parto abreviado analgésico, al que se ha denominado «método sevillano» de Bedoya, que consiste en la combinación sistematizada de los efectos estimulantes del goteo endovenoso de ocitocina para acortar el período dilatante; en el empleo del vacuo-extractor o ventosa obstétrica en el período final, y en el aprovechamiento del efecto analgésico y relajante del tiobarbital sódico al cuatro por ciento en suero glucosado; todo con la permanente y vigilante asistencia del médico conductor del parto.

La evolución del parto con este método de Bedoya es sorprendentemente rápida, y los resultados, muy favorables, como hemos podido comprobar personalmente, por lo que consideramos la aportación de la Escuela de Medicina de Sevilla como muy

estimable y merecedora de ser tenida en cuenta y ensayada.

El volumen comprende los siguientes trabajos: Nota previa; «Nuestra técnica de parto breve y analgésico», por el profesor José María Bedoya; «El goteo endovenoso de ocitocina en el parto. Análisis de mil quinientos casos», por los doctores J. M. Bedoya, J. Sánchez y R. Córdoba; «La analgesia en el parto mediante goteo endovenoso de Thiopental sódico», por los doctores J. M. Bedoya y C. Orense; «Resultados de la analgesia en el parto mediante el goteo endovenoso de Thiopental sódico. Análisis de setecientos casos», por los doctores J. M. Bedoya y C. Orense; «El empleo sistemático de la ventosa obstétrica en el parto. Análisis comparativo de mil casos», por los doctores J. M. Bedoya y J. Toro; «Estadística obstétrica durante el año 1961».

Todo ello supone una labor intensa y bien coordinada, que pone de manifiesto la excelente preparación y la función formadora de escuela del activo director de esa cátedra, siempre prestigiosa.—RICARDO HORNO LIRIA.

ANATOMÍA ESPAÑOLA DE LA ILUSTRACIÓN, *por el doctor* LUIS S. GRANJEL. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 106 páginas, con 76 láminas fuera de texto; encuadernado en rústica. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1963.*

LA presente obra, dividida en tres partes y diez capítulos, es un estudio completo de la evolución de la ciencia de la Anatomía en España en el siglo XVIII. En forma de apéndice lleva una lista de las fuentes de información y una referencia bibliográfica de las obras críticas consultadas. La parte iconográfica —fundamental en esta obra— reproduce setenta láminas anatómicas de la época, así como cuatro retratos.

La *primera parte* de la obra está compuesta por tres capítulos; y en ellos son examinados los sistemas de enseñanza de la Anatomía como ciencia del siglo XVIII, en las Universidades, los Hospitales y las Academias. así como en los respectivos Colegios de Cirugía de Cádiz, Barcelona y Madrid, donde esta fundación intervino de una manera decisiva en el desarrollo de la Anatomía.

Es curioso observar que cuando la enseñanza de la Anatomía se volvió rutinaria en los centros universitarios, se supo trasladar a algunos hospitales de la Corte, a la Real Sociedad de Medicina de Sevilla —donde Elas Beaumont y Guillermo Jacobe enseñaban esta materia— y, sobre todo, como ya acabamos de decir, en los Colegios de Cirugía. Precisamente la obra realizada en estos centros permite lividir la historia de la ciencia anatómica española del siglo XVIII en dos períodos de tiempo que corresponden casi exactamente a la primera y a la segunda mitad del siglo.

En los cuatro capítulos que componen la *segunda parte* de esta obra son analizados los tratados de Anatomía escritos durante la primera parte del siglo. El primer capítulo describe el contenido de «La Anatomía galénico-moderna» (1716), de Manuel de Porras. En el segundo son estudiados los tratados de Anatomía de Martín Martínez, particularmente aquellos que tienen por título «Noches académicas» (1716) y «Anatomía completa del hombre» (1728). Estas dos obras, como la de Porras, están orientadas hacia el mejoramiento de la formación científica de los cirujanos.

El tercer capítulo de la segunda parte está consagrado a los trabajos anatómicos —por otra parte, menos importantes— de otros escritores de la primera mitad del siglo: Blas Beaumont, Francisco Suárez de Rivera, José Pradillo y Antonio de Monravá, Fernando Velasco, Jerónimo Monleón y José Antonio de Forteza, José Arnáu, Vicente Gilabert y Andrés Piquer, Mariano Seguer y Miguel de Borbón y Berné. Igualmente se encontrarán las notas bio-bibliográficas sobre todos estos autores, además de los que ya hemos mencionado anteriormente.

Finalmente, el cuarto capítulo está dedicado a la obra de Juan de Dios López («Compendio anatómico»), editada entre 1750 y 1752.

La *tercera parte* de esta obra, compuesta de tres capítulos, estudia la evolución de la ciencia anatómica durante la segunda mitad del siglo; la primera refiere la biografía de Pedro Virgili y Antonio Gimbernat, creadores de los Colegios de Cirugía y verdaderos forjadores de la considerable altura que adquirió la práctica de la disección y la formación anatómica de los cirujanos. La descripción del «arco crural», de Antonio Gimbernat —única contribución de los anatómicos españoles en el siglo XVIII— está transcrita literalmente.

El segundo capítulo está consagrado a los trabajos de los anatómicos en los últimos lustros de ese siglo: Francisco Puig («Osteología metódica», 1768), Sebastián Miguel Guerrero Herrero Morales, José de Cronoz y Soroeta y Gaspar Romeo, entre otros. Los conocimientos anatómicos expuestos por Lorenzo Hervás y Fanduro en su obra «El hombre físico (1800), son ampliamente examinados. El último capítulo analiza el más importante de los tratados españoles de Anatomía de la época: el «Curso completo de Anatomía del cuerpo humano» (1796-1800), redactado por Jaime Bonells e Ignacio Lacaba, así como el «Prontuario anatómico-teórico-práctico del cuerpo humano» (1799), escrito por el segundo, en colaboración con Isidoro de Isaura. Las notas bio-bibliográficas se añaden a las descripciones de las citadas obras.

Hasta aquí, el resumen de este libro, utilísimo para quien desee obtener una amplia visión de la Anatomía española durante esa época. A ello hemos de añadir el acierto del profesor Granjel en la sistematización de los capítulos, escritos con criterio científico, con objetividad plena y sin disquisiciones enojosas; en suma, claros y breves.

Con tales condiciones, no es aventurado predecir su éxito entre los aficionados a estos estudios y también entre todo médico que se interese por los fundamentos de su profesión y trate de ampliar su cultura conociendo la aportación española en esta básica rama.

Unase a ello la excelente ilustración, dando a conocer láminas y grabados de obras poco difundidas, que facilitan el recuerdo de instrumentos y regiones topográficas humanas con arreglo al criterio entonces imperante y que constituyen una parte muy atractiva de esta obra sobre la Anatomía española del siglo XVIII, que de ahora en adelante habrá que citar merecidamente entre las fuentes para este estudio. — RICARDO HORNO LIRIA.

ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO. *Discurso leído por el Ilmo. Sr. Dr. D.* PEDRO GÓMEZ BOSQUE, *en el acto de ingreso como académico de número de la Real de Medicina, y contestación del Ilmo. señor Dr. D.* RAMÓN LÓPEZ-PRIETO. *Un folleto (17 por 25 cm.) con 111 páginas y 20 figuras. Ed. Semana Gráfica, S. A. Valladolid. 1963.*

LA presente publicación recoge primeramente las palabras protocolarias que con motivo de su ingreso en la Real Academia de Valladolid, el día 9 de mayo de 1963, pronunció el catedrático de Anatomía don Pedro Gómez Bosque, refiriéndose a su antecesor académico. La parte final es un bello discurso con que le contestó el también anatómico y académico profesor doctor don Ramón López-Prieto, por el que nos enteramos de las extraordinarias dotes de inteligencia y laboriosidad que rodean al recinpiendario, para finalizar glosando algunos puntos —especialmente históricos— sobre el trabajo presentado a la consideración de los señores académicos, «Estructura y funciones del sistema nervioso vegetativo».

Una auténtica monografía, amplia, documentada y personal, comprende el discurso leído por el profesor Gómez Bosque, que habrán de tener en cuenta cuantos de aquí en adelante estudien, investiguen o se interesen por el sistema nervioso vegetativo. Comienza precisando la dificultad que entraña el definirlo, especialmente desde el punto de vista funcional; lo inadecuado de oponerlo al nervioso de la vida de relación. y señalando que ambos deben considerarse como un solo sistema con dos derivaciones eferentes. Seguidamente estudia las relaciones topográficas y de subordinación que existen entre sus funciones y el sustrato anatómico, para continuar desarrollando lo que se entiende por nivel periférico, mostrándose acérrimo partidario de los trabajos del doctor Jabonero sobre la inexistencia de sinapsis directa y sí a distancia mediante un medio químico. Para mejor defender sus observaciones, recuerda los principios de la Cibernética. y para aclararlos, a modo de ejemplos, pormenoriza sobre la presión sanguínea.

Dada la extensión del tema, se circunscribe dentro de las funciones de integración, coordinación y control de las actividades vegetativas a señalar la importancia de la región hipotalámica. donde, según las últimas tendencias, debe estudiarse la actividad global en lugar de la función aislada de un determinado núcleo; no obstante, particulariza sobre las principales zonas hipotalámicas y sus funciones, dedicando apartados distintos a las sensaciones de hambre e ingestión de alimentos, ritmo sueño-vigilia, reacciones afectivas, homoestasis térmica. sed e ingestión de líquidos, conducta sexual y maternal, «stress» e hipotálamo, para después describir las correspondientes vías aferentes, eferentes y los mecanismos de la neurosecreción.

La última parte de su trabajo la dedica a revisar el papel biológico que juega la corteza cerebral en las reacciones del sistema neurovegetativo. — LUIS DEL CAMPO.

AUTORES EXTRANJEROS

PHYSIQUE ET ELECTRONIQUE EN PHYSIQUE MEDICALE, *por* A. NIGHT-NGALE. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 316 páginas, con 260 figuras; rústica. Gastón Doin, editor. 8, Place de l'Odeón, París. 1962.*

EL presente volumen es la traducción al francés de la obra inglesa del mismo título que sirve de libro de texto a los alumnos del King's College. «Yo he escrito este libro porque me he dado cuenta de que se ha hecho necesaria una exposición elemental, pero precisa, de los principios fundamentales sobre los que se basan numerosos procedimientos físicos de diagnóstico y tratamiento usados en Medicina», dice el autor en el prefacio. Y no puede expresarse mejor la intención de Nightingale que con sus propias palabras.

El programa es didáctico, aunque no al gusto español ni, por supuesto, al francés. En cierto modo, es similar al programa que en el Instituto de Radiología de Roma exponían hace años Amaldi y Cortellesa, herederos de Enrico Fermi en la enseñanza de la Física para radiólogos.

La primera y segunda partes conciernen a nociones fundamentales y a los agentes físicos utilizados corrientemente, mientras que la tercera parte está consagrada a algunas cuestiones particulares, como la electromiografía, tratamiento ultrasónico, ondas centimétricas y nociones de técnica matemática. La heterogeneidad de esta tercera parte, por un lado, y la ausencia de algunos capítulos, suponen la diferencia con un manual tradicional francés o español. Pero en los temas que presenta, la exposición es clara y suficiente.

La traducción es buena. La impresión del texto y figuras es muy agradable. — SOLSONA.

NEURORADIOLOGIE (RADIO-ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DU CRANE), *por* A. WAPKEHEIM. *Un volumen (15'5 por 24 cm.) de 392 páginas, con 122 figuras y numerosos esquemas; rústica. G. Doin et Cie., editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1960.*

EL autor, jefe de la Clínica Neurológica y asistente al Servicio de Electrorradiología del Hospital de Strasbourg, se ha propuesto en este libro describir todos los detalles anatómicos y radiológicos que pueden hallarse en las radiografías del cráneo normal o patológico, asociando sus vastos conocimientos de neurología, junto con su experiencia radiológica, al espíritu clínico y didáctico que ha seguido en el desarrollo de su exposición. No solamente se ha basado en los detalles anatómicos y radiológicos, sino que todos éstos los ha referido a la clínica, con lo que el valor de la obra aumenta notablemente por esta íntima relación que hace entre la imagen radiológica y el proceso patológico, junto con el detalle de la técnica radiológica que describe para la obtención de la imagen, imprimiendo un carácter puramente práctico a su obra, de gran valor para los servicios de radiología, neurología y, especialmente, de neurocirugía. Su autor ha tenido que disponer de un valioso material y pasar muchísimos años viendo enfermos y radiografías para conseguir la realización de este libro.

Para dar una idea de su contenido, prescindiendo de entrar en detalles, señalaremos rápidamente las materias que explica. Comienza con el estudio del cráneo en las incidencias radiológicas más corrientes; estudia cada uno de los huesos del cráneo en sus características anatomorradiológicas normales, señalando la embriología y las malformaciones congénitas; dedicando un capítulo especial a la patología del peñasco y otros a la órbita, senos nasofaciales y a las articulaciones cérvico occipital.

Después estudia el cráneo en su conjunto, estructuras, planos, ángulos, etcétera, y más adelante los trastornos del crecimiento, de la forma, del tamaño, etcétera.

En los capítulos dedicados al cráneo patológico, los inicia con las fracturas, tratando después las hiperostosis craneales, las lagunas óseas, siendo también interesante el estudio que hace de las calcificaciones intracraneales y el de la hipertensión craneal.

Los tumores los estudia de una forma completísima, sistemática y ordenada, a los que dedica cuatro capítulos en este orden: tumores craáneocerebrales, los tumores benignos del cráneo y de las meninges, los malignos y los de la base del cráneo.

El último capítulo, «El cráneo en patología general», es el broche final de la meticulosa obra, en el que queda uno sorprendido de la gran profusión de fenómenos radiológicos que en enfermedades generales distantes del cráneo se hagan patente en éste, dejando su señal demostrable radiológicamente.

La obra, que, como hemos referido anteriormente, es completísima y puede en muchas ocasiones constituir una ayuda de valor al clínico o al radiólogo; le encontramos únicamente la falta de un índice alfabético que facilitase su manejo rápido. A. OLIVER OLIVER.

PRECIS DE PHYSIQUE MEDICALE, *por el doctor* ANDRÉ STROLH, con la colaboración de los profesores A. DJOURNO y J. DUHAMEL. Sexta edición. Un volumen *(17'5 por 22 cm.) de 774 páginas, con 444 figuras; encuadernación en tela. Precio: 70 francos. Masson et Cie.. Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París, VI, 1963*

ESTA nueva edición del clásico «Compendio de Física» del profesor Strohl, difiere profundamente de las precedentes, pues el desarrollo constante de las aplicaciones de la física a la biología y a la Medicina ha impuesto lógicamente la interpolación de nuevos capítulos y diversas correcciones y adiciones, que aumentan ligeramente la extensión de la obra, ya clásica en la Medicina francesa.

Así, en esta sexta edición, la parte dedicada a la físico-química ha sido nuevamente redactada en diversos puntos; sucediendo lo mismo con la acústica y la electrofisiología, que han sido notablemente complementadas con un breve capítulo sobre la acción de las corrientes alternativas sobre la fibra nerviosa, y otra exposición consagrada a la medida de los estados de excitación del nervio, en el que el estudio de los potenciales de los centros nerviosos ha encontrado el lugar exacto que les corresponde.

Tampoco se ha olvidado que este compendio va dirigido particularmente a médicos que han de especializarse en radiología médica, y por eso los autores se han esforzado en mantenerlo al corriente de los progresos alcanzados en esta materia, tanto en sus bases teóricas como en las nuevas técnicas de diagnóstico y de tratamiento.

En el resto de la obra, los recuerdos a las nociones y conocimientos fundamentales, necesarios para la comprensión y para sus aplicaciones prácticas, han sido naturalmente conservados y en algunas partes incluso aumentados.

Mencionaremos también que, conforme a las últimas disposiciones oficiales, las unidades y dosis admitidas en radiactividad han sido cuidadosamente revisadas, e incluso precisadas las longitudes de onda eléctricas reservadas para empleo médico.

Así, actualizado y completado, este libro sigue conservando sus características de utilidad en la iniciación de esta rama de las ciencias, cuya importancia no ha hecho más que aumentar cada día en el ejercicio de la Medicina actual.

La presentación es agradable y cuidadosa, y su formato y presentación son sólidos y de fácil manejo, para su consulta frecuente. — RICARDO HORNO LIRIA.

EL HOMBRE ANTE EL FRACASO. *Groupe lyonnalis d'etudes médicales. Colección Psicología, Medicina, Pastoral. Traducción del profesor* ANTONIO ALVAREZ DE LINERA, y P. M., S. I.—*Un volumen (15 por 20 cm.) de 237 páginas. Editorial Razón y Fe, S. A. Zurbano, 80. Madrid, 1962.*

EL libro a que hago referencia corresponde al volumen XXVIII de la colección. La obra consta de nueve capítulos, cada uno de ellos redactado por un autor. La introducción corresponde al doctor C. Kohler. El primer capítulo lleva por título «Carencias y fecundidad del fracaso», autor Georges Hahn; el segundo, «Los Fracasos biológicos», corresponde su paternidad a A. Vandel; el tercer capítulo, doctor Paul Chauchard, «Reflexiones psicobiológicas sobre los niveles inconscientes del fracaso»; el doctor Marc Oraison escribe sobre «El fracaso, factor de elaboración del psiquismo humano»; Louis Raillon trata de «Los fracasos en la formación del hombre»; el doctor Marcel Eck, de «Los fracasos en la vida conyugal»; Joseph Folliet, de «El fracaso en el terreno social»; Jean-Victor Hocquard. de «El fracaso y la creación artística»; finalmente, Francois Varillon, S I., se refiere a «Sobre el fracaso. Notas de filosofía y de espiritualidad».

La minuciosa lectura de este libro obliga al lector a una profunda meditación. En la introducción, el doctor C. Kohler nos hace la humana pregunta: «¿Quién de nosotros puede alardear de desconocer el fracaso en cualquier grado que sea?». Meticulosamente analiza el concepto del fracaso y de triunfo. Tras las consideraciones en el orden científico y confesional, C. Kohler nos dice: «Sólo el mensaje cristiano nos permite sostener esa lucha con nosotros mismos y con la realidad, en la que no llevamos siempre —ni de lejos— las de ganar. Sólo él nos permite, siguiendo a Cristo y por El llegar al último combate, y en este fracaso aparentemente definitivo y sin apelación que es la muerte: *ubi est, mors victoria tua*!

No es posible en una referencia de este tipo realizar una síntesis del libro que comentamos. Ahora bien, su ectura —cuanto más meticulosa, mejor— nos servirá de útil canalización de nuestros pensamientos. El lector hallará en sus páginas la terapéutica adecuada a a situación actual establecida por a sociedad imperante. BOZAL URZAY.

CINCUENTENARIO DE LA MUERTE DEL DOCTOR JOAQUÍN ALBARRÁN. *Publicación número 19 de los Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Un volumen (15 por 22'5 cm.) de 120 páginas; rústica. Ediciones del Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1962.*

EL pasado año se conmemoró en el mundo entero el cincuentenario de la muerte del doctor Joaquín Albarrán, uno de los grandes prestigios de la medicina cubana, que honró a su patria conquistando un destacado puesto en la ciencia urológica, a la que dio un formidable impulso, llegando por sus señalados méritos a ocupar en París la cátedra de su maestro el profesor Guyon.

El Ministro de Sanidad de su país ha querido contribuir a la difusión de su memoria editando este volumen, en el que, junto a su perfil biográfico, tratado en distintas facetas por escritores médicos tan notables como Presno Bastiony, Juan Goves, Augier, y los españoles Angel Pulido y Afonso de la Peña —que se sumaron así a tan merecido homenaje—, aparece íntegra la lección inaugural de Albarrán al tomar posesión de la cátedra parisina y algunos otros discursos del ilustre urólogo en distintos acontecimientos.

Finaliza el volumen con una emotiva carta del doctor Morado, dando cuenta del fallecimiento y sepelio de Albarrán y los discursos necrológicos pronunciados entonces por Guyon, Jalaguier, Chevassu, Picot, Dupré, León Bernard y Heitz-Boyer, expresivos de su labor, la admiración despertada y el dolor de su prematura muerte, debida a una tuberculosis complicada con una diabetes que segó su vida en pleno encumbramiento, a los cuarenta y ocho años de edad.

Nacido en Sagua la Grande (Cuba), estudió el bachillerato y la carrera de Medicina en Barcelona, al lado de su padrino, el médico catalán don Joaquín Fábregas, que lo recogió al quedar huérfano en temprana edad. Terminada la carrera a los dieciocho años, hizo su doctorado en Madrid, donde leyó su tesis precisamente sobre «El contagio de la tisis», enfermedad a la que había de sucumbir. Más tarde cursó nuevamente la carrera en París, y ya allí inició la serie de trabajos que le harían famoso en el mundo entero.

Es este un volumen muy acertado, en el que se encuentran multitud de datos importantes sobre Albarrán, y que debe ser consultado por quien se interese por la biografía del ilustre urólogo.—RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963

REVISTAS

NACIONALES

APARATO DIGESTIVO

LENTINI, J. (Barcelona).—«EMPLEO DE LA MEDICACIÓN ANTIINFLAMATORIA EN PROCTOLOGÍA.» «*Rev. Clín. Esp.*», *89, 4, 231. 1963. Madrid.*

ESTUDIA el autor de una manera breve los beneficios que en el tratamiento de las enfermedades anorrectales se puede obtener mediante una serie de sustancias antiinflamatorias, que agrupa en tres variedades: un primer grupo, integrado por la oxifenilbutazona y el tromasin (enzima proteolítico de la carica papaya); un segundo grupo con los esteroides por otras vías, y un tercer grupo, en el que reúne fermentos como la tripsina y sustancias antiinflamatorias, como la heparina aplicada localmente.

Revisa en su trabajo los distintos procesos anorrectales, señalando los buenos resultados obtenidos en general por el empleo de estas sustancias, siendo en algunos casos necesario asociar preparados de dos o aún de los tres grupos, para alcanzar un óptimo de actividad. En la cirugía anorrectal, la acción de estos antiinflamatorios es imprescindible para conseguir un postoperatorio libre de complicaciones y molestias. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, D. M.—«ESTUDIO CLÍNICO DE UN NUEVO ANTISÉPTICO INTESTINAL (INTESTOPAN SANDOZ).» «*Rev. Clín. Esp.*», *89, 4, 225. 1963. Madrid.*

EL preparado estudiado es una asociación de dos derivados de la oxiquinolina y oxiquinaldino, que asociados se potencian mutuamente. El producto no se absorbe, siendo nula su toxicidad. El medicamento se presenta en partículas muy finas que aseguran la penetración del mismo en los pliegues de la mucosa intestinal. El autor ha llevado a cabo un estudio clínico y experimental, pudiendo comprobar la eficacia de la medicación en el tratamiento de las diarreas intestinales, gastroenteritis inespecíficas y en procesos específicos, como la disentería amebiana y la lambliasis. Dada la buena tolerancia, considera que el preparado es muy eficaz y debe considerarse como un arma eficaz en el tratamiento de estas situaciones. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

FERNÁNDEZ RUIZ, C. (Palencia). — «VENTAJAS Y LÍMITES DEL «VACUUM-EXTRACTOR» EN LA OBSTETRICIA ACTUAL. CONSIDERACIONES SOBRE 965 APLICACIONES PERSONALES Y 14.543 RECOPILADAS.» «*Toco-Ginecología práctica*», *núm. 210, junio-julio 1963. Madrid.*

HOY día, en que tanto se usa y se abusa del empleo de la ventosa obstétrica, ofrece un gran interés el trabajo del doctor Fernández-Ruiz, que fue quien *por primera vez en España* introdujo este aparato y realizó experiencias sistematizadas con él, dando a conocer sus ventajas como método de ayuda al parto e inclusión en su metódica de «parto rápido dirigido analgésico», que publicó en diversos trabajos que aparecieron en las revistas especializadas y también en estas mismas páginas.

Actualmente, transcurrida una década y con el valor que el tiempo y la experiencia proporcionan, el doctor Fernández-Ruiz hace en este primoroso artículo una recapitulación y una sincera y ponderada crítica sobre el estudio del *vacuum-extractor* en la práctica tocológica, basándose en su personal experiencia de 965 aplicaciones. desde sus primeros ensayos en España, y en cerca de quince mil, recopiladas en la literatura de estos años.

Comienza por exponer los precedentes de la extracción fetal por el vacío, desde los informes de Young, en 1706, a la *Royal Society de Londres*, hasta los primeros ensayos, en 1952, en nuestra patria, utilizando el modelo de *ventosa eutócica de Couzigou*, señalando las ventajas del *vacuum-extractor* sobre otros instrumentos y exponiendo los inconvenientes y modificaciones españolas a este instrumento.

Estudia y comenta, con fino didactismo, las indicaciones, contraindicaciones, modo de aplicación, ventajas e inconvenientes sobre madre y feto, con aportación de datos estadísticos, haciendo un juicio crítico muy ponderado.

Lo mismo el autor que sus colaboradores no han tenido ningún accidente materno ni fetal. Debe emplearse en el parto normal solamente, pues no puede desplazar al fórceps porque no es un instrumento ideado para la extracción rápida, como aquél, sino para la ayuda al parto en el final del período expulsivo y concretamente para el desprendimiento de la cabeza. Hay que prescindir de audacias y aplicarlo sólo en sus justos límites; sólo así tiene «los mínimos peligros y las máximas ventajas». En esto, como en toda operación obstétrica, hay que individualizar los casos y la experiencia del operador.

Ayudado por datos de su casuística y aportando una serie fotográfica muy expresiva, describe su manera de proceder, acreditándose como tocólogo experimentado y como excelente maestro.

Una amplísima y selecta bibliografía avala este trabajo, cuya lectura detenida recomendamos. — RICARDO HORNO LIRIA.

REHABILITACIÓN

SOLÉ SAGARRA, J. (Barcelona).—«COMENTARIOS AL LIBRO DEL DOCTOR CRISTÓBAL MÉNDEZ (SIGLO XVI) SOBRE EJERCICIO CORPORAL.» *Primeras Jornadas de Estudio sobre la readaptación del inválido. Real Academia de Medicina. Sección psicológica. Barcelona, abril de 1963.*

No deja de ser curioso, aunque no infrecuente, que el mérito de un colega hispano nos llegue desde fuera, en este caso desde Norteamérica. En efecto, ha publicado en inglés, con su correspondiente fotocopia original española («Exercise Book of Doctor Christobal Mendez; the carliest printed book on exercise by a physician», Ed. E. Licht, Baltimore, 1960), nada menos que el primer libro sobre ejercicio corporal escrito por un médico, y este médico era español, de Jaén. La noticia vale la pena, por lo poco o nada conocida en España, que una vez más demuestra ser una precursora de grandes empresas; en este caso de importante rama médica de la rehabilitación, que tanto auge está adquiriendo actualmente, como lo demuestran estas Jornadas de apretado estudio, así como las manifestaciones científicas similares que se prodigan continuamente aquí y en el extranjero.

El título exacto del libro (*rara avis*) a que nos referimos es así: «Libro del exercicio corporal, y de sus provechos, por el qual cada uno podrá entender qué exercicio le sea necessario para conservar su salud. Compuesto por el Doctor Christoval Méndez vezino de la ciudad de Jaén. 1553». En la reproducción inglesa se dan las primeras páginas en su formato original, tanto en color como en tipo de letra y adornos tipográficos. Está muy bien editado, y es una copia del único ejemplar conocido fuera de España, que se encuentra en la Biblioteca Médica de Yale. Los otros dos originales existentes están en la Biblioteca Nacional de Madrid.

Ha sido un gran acierto dar a conocer al público moderno esta obra *princeps* española, por lo que felicitamos sinceramente al promotor de tal empresa, nuestro amigo, el conocido especialista norteamericano en rehabilitación, Dr. Sidney Licht, autor de valiosas obras de su especialidad y conocedor como pocos colegas extranjeros de la vida médica española actual y pasada. Sus reiteradas estancias entre nosotros, especialmente en el Instituto Pedro Mata, de Reus, nos han dado ocasión de conocer sus profundos conocimientos del movimiento mundial de rehabilitación, tanto del enfermo mental como del orgánico. Pero hablemos del doctor Méndez, que es lo que aquí interesa, aunque tendrá que ser casi en estilo telegráfico, dejando para una mejor ocasión el comentario detallado que su obra merece.

C. Méndez nació en Jaén, seguramente en 1500. Se trasladó luego a vivir en Sevilla, más tarde en Salamanca, donde estudió Medicina (1524), y más adelante pasa a Méjico, en donde consta que estaba ya en 1530. Es autor poco conocido, mejor casi desconocido del todo, y los pocos datos biográficos que tenemos de él los sacamos de su libro, el único que parece ser escribió. Libro escrito con poco cuidado literario y plagado de anécdotas personales y de su tiempo. Se publicó en Sevilla, en 1553, el mismo año que otro médico español, Servet, descubría la circulación pulmonar de la sangre. Está dividido en cuatro partes y treinta y nueve capítulos en total, ponderándose en él la importancia higiénica y terapéutica de los diversos ejercicios corporales, como «generadores de calor y facilitadores de buenas digestiones y humores». Se detallan los ejercicios más convenientes en las diversas edades y enfermedades; claro, todo ello valiéndose de las ideas médicas entonces imperantes, así como de los juegos y costumbres de aquella época, que el Dr. Méndez integra ponderadamente en su tratado. Por encima de la purga, sangría y otras exageraciones de la época, Méndez pone el ejercicio corporal reglamentado médicamente, lo que le convierte, a nuestro parecer, en un precursor de la gimnasia moderna y de la rehabilitación en sentido amplio. En todo caso, un adelantado a su tiempo en esta parte de la medicina preventiva y curativa. La traducción al inglés ha ido a cargo del médico español, hoy mejicano, doctor F. Guerra.

EXTRANJERAS

CIRUGÍA

GONZALES, A., y DOMASING-GONZALES, C. F. — «DIARREA EN APENDICITIS AGUDA.» (*Diarrhea in Acute Apendicitis.*) «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *vol. 18. núm. 1, págs. 8-10, enero-febrero 1963. Manila.*

El exacto diagnóstico de apendicitis aguda es uno de los más difíciles de hacer, a pesar de lo mucho que se ha escrito sobre ello, dicen los autores.

Los casos que empiezan con molestias abdominales generalizadas y gran diarrea son especialmente peligrosos, ya que la evidencia de la apendicitis aguda aparece sólo después de las doce a treinta horas.

El propósito de la comunicación de los autores es referir tres casos de apendicitis con diarrea como síntoma predominante. Encuentran en los tres un apéndice gangrenado. Comentan que el diagnóstico precoz de la apendicitis aguda juega el más importante papel en el curso satisfactorio de esta enfermedad.

La escasa incidencia de diarrea coincidiendo con apendicitis, unido a la amplia frecuencia del síntoma diarrea, hacen difícil sentar un diagnóstico precoz acertado.—J. RIVERA.

YOEL y otros.—«RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON INJERTO DE HUESO ESPONJOSO.» «*La Semana Médica*», *núms. 51, 52 y 53, págs. 2.135-2.140, 2.169-2.178 y 2.198-2.210, diciembre de 1963. Buenos Aires.*

Tratan de los trasplantes óseos y la reparación de las pérdidas de sustancia ósea mediante injertos.

La resección segmentaria de una hemimandíbula trae como resultado una deformación considerable de la cara, con alteración de la masticación, respiración y oclusión dentaria. El reemplazo del hueso extirpado deberá procurar el mejor resultado funcional y estético, a fin de reincorporar lo antes posible, y en la mejor forma, a la actividad diaria a este grupo de pacientes.

Adoptan el proceder del autoinjerto fragmentado de hueso esponjoso, por considerarlo el material que mejor se defiende contra la infección; es el más modelable, con buenas propiedades osteogénicas, no requiere sutura y adquiere nutrición con gran rapidez.

Tratan después de las contraindicaciones, el preoperatorio, la técnica operativa y el postoperatorio.

Seguidamente de la reconstrucción mandibular en las osteítis crónicas extensas y en los defectos óseos por radionecrosis. En los casos de resecciones por tumores benignos, exponiendo la historia de dieciséis casos.—J. RIVERA.

CARDIOLOGÍA

FERNÁNDEZ, R., y CAMBO VIÑAS, J.—«COLAPSO CARDÍACO AGUDO Y SU TRATAMIENTO.» «*Revista Cubana de Cirugía*», *vol. I. núm. 2, marzo-abril 1962. La Habana.*

Después de unas breves, pero certeras, valoraciones estadísticas sobre su incidencia, consideran los autores el mecanismo bioquímico celular en esta entidad morbosa, de la que hacen una interpretación biológica más que anatómica, al considerarla como una pérdida en forma brusca de la función hemodinámica cardíaca.

Esta pérdida de la utilidad cardíaca sería consecuencia de un dismetabolismo celular localizado al órgano central circulatorio en su porción miocárdica (hipoxia, hipercapnia), de los reflejos inhibitorios vagales y de la excitabilidad cardíaca aumentada.

El estudio de los factores conducentes al dismetabolismo miocárdico (hipoxia, hipercapnia, déficit de elementos energé-

ticos y enzimáticos, alteraciones electrolíticas, esfuerzo cardíaco excesivo, desequilibrio endocrino e intoxicación del miocardio) es realizado por los autores, conduciendo las consideraciones hechas a exponer las bases para la prevención del colapso cardíaco.

El proceder terapéutico oportuno de esta situación es distinto y específico para el anestesiólogo y para el cirujano. Fundamentalmente corre a cargo del primero, y la manera de actuar queda magníficamente expuesta en el trabajo que comentamos, la corrección de la hipoxia mediante la respiración artificial boca a boca, seguida de intubación y respiración mecánica cuando las condiciones lo permitan.

El cirujano actuará distintamente según el paro cardíaco se halle establecido en diástole (90 por ciento de los casos), o sea, consecuencia de una fibricación ventricular (10 por ciento). En el paro cardíaco en diástole se procederá al masaje cardíaco directo, comenzando con pericardio cerrado; si al minuto de este proceder no se ha hallado respuesta favorable, o se sospecha la fibrilación ventricular, o se trata de un niño pequeño (por la ancha unión perdicárdica-frénica, que imposibilita el correcto masaje), o existe ruptura miocárdica, se procederá a la apertura del pericardio, prosiguiendo el masaje.

Si la situación es motivada por fibrilación ventricular, jamás se intentará la desfibrilación sin un masaje previo, al menos durante un minuto, y sin una buena oxigenación miocárdica. Después se proseguirá mediante estimulación eléctrica, primeramente débil, aumentando el voltaje sucesivamente, pero sin abandonar jamás el masaje cardíaco directo.

Asimismo, los autores hacen una breve descripción de las drogas auxiliares en el paro cardíaco: epinefrina al uno por mil, lacta o sódico al 20 por ciento, iso-propilarterenol, cloruro cálcico al 1 por ciento, atropina en dosis de 0'25 a 0'50 mg.

La importancia del conocimiento exacto de las maniobras a seguir y su perfecto sincronismo, se desprende al considerar cómo se debe procurar una contracción útil dentro de los cuatro primeros minutos después de ocurrido el accidente.

For la gravedad de la situación, aconsejamos la lectura del presente artículo a cirujanos y anestesistas, divulgándolo al personal auxiliar, pues de la perfecta coordinación de todos nacerá una respuesta y un resultado eficaz.—A. RAMIRO GARCÍA.

POULET, J., y MAURAT, J. P.—«LAS MANIFESTACIONES CARDÍACAS DE LA ENFERMEDAD DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN.» (*Les manifestations cardiaques de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.*) «*Coeur et Médecine Interne*», *t. I, núm. 2, página 157. 1962.*

Los autores inician su publicación realizando una revisión histórica del proceso denominado sarcoide de Besnier-Boeck-Schaumann. Seguidamente, estudian las manifestaciones cardíacas primitivas del sarcoide en el sentido de analizar las alteraciones de la conducción aurículo-ventricular e intraventricular. Los trastornos del ritmo, extrasístoles ventriculares, taquicardias, etc. Los desfallecimientos ventriculares derechos, que establecen insuficiencias cardíacas como consecuencia de la infiltración sarcoide del miocardio, como se ha podido comprobar anatómicamente. La endocarditis sarcoide es poco frecuente. Las alteraciones electrocardiográficas recaen sobre el espacio ST y la onda T. En algunos casos el síndrome predominante clínico lo establece el corazón pulmonar crónico. Los estudios anatomopatológicos de estos pacientes demuestran que en más de un 20 por ciento de las veces hay signos de alteración sarcoide del miocardio.—BOZAL URZAY.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

TANGLAO, J. M.—«HEMORRAGIA FIBRINOLÍTICA EN OBSTETRICIA» (*Fibrinolytic hemorrhage in Obstetrics.*) «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *vol. 18, núm. 1, págs. 28-31, enero-febrero 1963. Manila.*

Se vio que el estado de incoagulabilidad de la sangre en el desprendimiento prematuro de placenta no era el resultado de una hipoprotrombinemia. Fue atribuído a una deficiencia de la concentración de fibrinógeno. Entonces fue cuando surgió el término afibrinogenemia.

Otros procesos fueron apareciendo, a los que se atribuyó esta misma causa.

Mencionan una serie de procedimientos de laboratorio para llegar al diagnóstico exacto de esta enfermedad.

Cuando se está convencido de que la etiología de la incoagulabilidad de la sangre es debida a la deficiencia de fibrinógeno, el mejor tratamiento consiste en la administración del factor I de Cohn o un preparado de fibrinógeno. Puede añadirse transfusión de sangre fresca.

También hidrocortisona a dosis decrecientes al mejorar progresivamente la enferma. Ultimamente se ha utilizado el ácido alfaaminocaproico como agente antifibrinolítico.

Si se sospecha la existencia de un factor anticoagulante heparínico, deben administrarse 20-40 mg. de sulfato de protamina lentamente en vena.—J. RIVERA.

STANCA, C., y JONESCO, V. (Bucarest). — «EFECTOS TARDÍOS DESFAVORABLES SOBRE LAS FUNCIONES ÚTERO-OVÁRICAS DE LOS LEGRADOS POSTABORTIVOS FRECUENTEMENTE REPETIDOS.» (*Les effets tardifs défavorables des curetages post-abortifs, fréquemment répétes, sur les fonctions utéro-ovariennes.*) «*Gynécologie pratique*», *tomo XIV, núm. 1, págs. 9-20. 1963. París.*

Se hacen una serie de preguntas sobre el porvenir de las mujeres y sus funciones genitales cuando han sufrido muchos legrados, la mayor parte postabortivos.

Seguidamente estudian en detalle los trastornos menstruales y neurovegetativos. La sínfisis uterina, dolores e hipoplasia uterina, estenosis cicatrizal o hendidura del istmo. El aborto y el parto difícil, la esterilidad, infección. Trastornos vasculares. Endometriosis, trastornos ováricos, sexuales y psíquicos.

A continuación se ocupan de la conducta a seguir, que en resumen consiste en hacer los legrados suaves y con cucharilla roma.

Concluyen insistiendo en la multitud de complicaciones que los legrados repetidos llevan consigo y aconsejando pensar siempre en ellas y no quitarles importancia.—J. RIVERA.

CARDIA, M. (Oporto).—«GINECOLOGÍA MODERNA Y LUCHA CONTRA EL CÁNCER UTERINO.» (*La gynécologie moderne et la lutte contre le cancer utérin.*) «*Gynécologie pratique*», *tomo XIV, núm. 3, págs. 217-231. París, 1963.*

El autor aborda en dos grandes capítulos la organización de los servicios de la especialidad ginecológica y la lucha contra el cáncer uterino. Es preciso:

1.° Mantener servicios ginecológicos polivalentes.

2.° En los grandes servicios deben funcionar centros de aprendizaje de colposcopia y colpocitología.

3.° En hospitales y dispensarios desprovistos de servicios completos de ginecología, se deben mantener consultorios en colaboración con otros centros más importantes.

4.° Se deben crear laboratorios de patología especializados en ginecología, así como centros de radioterapia.

5.° Se deben organizar servicios sociales en contacto con los centros ginecológicos, encargados de persuadir a las enfermas de someterse a observación y vigilar los tratamientos.

6.° Los servicios de ginecología deben establecer estadísticas sobre la incidencia del cáncer y resultados obtenidos con el tratamiento. J. RIVERA.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

SOLIANO, A., y CONSOLO, C.—«LAS FRACTURAS DE COLLES VICIOSAMENTE CONSOLIDADAS.» (*Sulle Fratture di Colles viziosamente consolidate.*) «*Chirurgia Italiana*», *vol. 14, fac. 2, págs. 142-154. 1962. Padua.*

Representa la fractura de Colles cerca del 10 por ciento de todas las modalidades de fracturas óseas, ocurriendo precisamente en virtud de esa gran incidencia, consolidaciones viciosas, pese a la extrema rareza de complicaciones inmediatas y a la sencillez de la técnica de reducción.

La valoración objetiva del resultado obtenido debe ser hecha sobre la alteración anatómica residual y sobre la valoración del daño de tipo funcional sobre las articulaciones vecinas. Sobre veintiocho casos de estas fracturas de Colles viciosamente consolidadas estudian los autores las causas que las motivaron: la persistencia de la alteración anatómica es consecuencia de un defectuoso tratamiento o depende directamente de la característica de la lesión (metafisarias, particularmente). La alteración funcional se traduce en la limitación de los movimientos de flexo-extensión y prono-supinación y de a disminución de la fuerza prensil. Subjetivamente, la persistencia del dolor o el desencadenamiento por los movimientos es manifiesto.

Estas particularidades anatómicas y funcionales sufren variaciones en razón del tiempo transcurrido desde el trauma desencadenante, que justifican el que alguna de aquellas modalidades sean bien toleradas, datos muy importantes para la actuación quirúrgica.

En los tres primeros meses del accidente la terapéutica debe ser llevada principalmente del lado anatómico, intentando

una nueva reducción incruenta en los primeros veinte o veinticinco días del trauma; sobrepasado este plazo, o tras haber obtenido un mal resultado con el procedimiento anterior, debe procederse a la reducción cruenta. En los casos en que no es posible limitarse a la reducción cruenta, entra en consideración la osteotomía del radio o la osteosíntesis con el hilo de Kirschner.

En el período comprendido entre los tres meses y medio y el año del trauma, la valoración terapéutica debe ser elegida con prudencia, pues entran en juego fenómenos variados (reabsorción de fragmentos, osteoporosis, retracción capsular). En este período la atención debe ser dirigida a atender el daño trofo-circulatorio, mejorando secundariamente la alteración anatómica y la limitación funcional. En caso de intervención, ésta debe ser limitada a unos pocos casos, donde la evolución de la lesión aconseja casi siempre efectuar una osteotomía del radio o una resección de la extremidad distal del cúbito.—A. RAMIRO GARCÍA.

PEDIATRÍA

URDANETA, E.; GIMÉNEZ, L.; MARCANO COELLO, H.; MILLÁN, A.; DÍAZ DE REKARTE, J. M.; TOMME, M. (Venezuela).—«LOS CORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DEL NIÑO EN EL SANATORIO INFANTIL «LUISA CÁCERES ARIZMENDÍA.» «*Arch. Venez. de Pediat. y Pueric.*», *números 86-87, páginas 127-143. Caracas.*

Los córticosteroides no actúan de forma hormonas en la tuberculosis, sino de forma metabólica y antiinflamatoria. Lo que no quiere decir que no den lugar al empeoramiento del proceso si no se asocian a la isoniazida.

Sólo el empleo asociado a la quimioantibioterapia antituberculosa, por un lado, y el uso precoz de las formas agudas y recientes de la tuberculosis. Respetando esta forma de empleo se consigue la franca regresión de las lesiones tuberculosas pulmonares y extrapulmonares y la notable mejoría del estado general del enfermito.

Presentan los autores dos grupos de niños, el primero formado por cuarenta niños tratados con tuberculostáticos y córticosteroides, y el segundo grupo, sólo veinte niños, tratados exclusivamente con tuberculostáticos.

En las formas diseminadas muy graves, tratamiento triple asociado a córticosteroides: estreptomicina veinte días y luego bisemanal tres meses más; total, veintitrés casos.

Los restantes diecisiete casos, sólo dos quimioterápicos con córticosteroides.

Los córticosteroides por vía oral, incluso en las formas meningo-encefalíticas.

Cada treinta días de tratamiento estimulan la corteza suprarrenal con una dosis de ACTH gel de media a una unidad por kilo de peso (dosis máxima, treinta a cuarenta unidades), omitiendo los córticosteroides ese día.

En trece casos se asoció, como protector, la terramicina, en ocho casos la novobiocina, en dos el cloranfenicol, en uno el benzetacyl y en seis el lederkin. En diez casos, no protección.

Cumplidos los requisitos señalados, la inocuidad de la droga córticosteroides asociada a los tuberculostáticos y empleada en las formas precoces de la tuberculosis, cuando el control del enfermo se puede llevar bien a cabo, cuando no se abandona el tratamiento higiénico dietético, tiene como resultado el mejor éxito, y más rápido, en el tratamiento de esta enfermedad específica, ya sea pulmonar en sus formas o extrapulmonar.

Los mejores casos fueron los obtenidos de complejos primarios recientes con trastornos ventilatorios; endobronquitis con o sin atelectasia; trastornos de la ventilación por compresión extrínseca bronquial producida por adenopatías mediastínicas y formas miliares asociadas o no a meningo-encefalitis (el 25 por ciento de los casos presentados).

No se hace precisa la protección antimicrobiana rutinaria.—A. MALLÓU.

ALEMÁN, E.; RODRÍGUEZ BAZ, L., y MARGOLLES, A. — «COLELITIASIS EN UN NIÑO DE 11 AÑOS.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. 34, núm. 5, págs. 3, 13.*

Es la primera aportación a la literatura cubana de la litiasis biliar en el niño. Se trata de la historia clínica correspondiente a un niño de 12 años, mestizo, con dolor abdominal localizado en hipocondrio y fosa ilíacas derechos y que había sido esplenectomizado hacía dos años. Esta se le practicó (según la familia) por trombosis esplénica.

Se destaca cómo los síntomas, en esta edad, no despiertan, por su carácter anómalo, sospecha de proceso litiásico hepático.

Ya Potter llegó a la consecuencia de que sólo el veinticinco por ciento de los casos eran diagnosticados correctamente antes de llegar a la mesa operatoria o a la necropsia.

Se ofrecen las siguientes explicaciones que puedan justificar este error: 1) la infrecuencia del proceso a estas edades; 2) la enfermedad de vesícula queda en segundo plano por estar asociada generalmente a una enfermedad hemolítica o a un proceso general infeccioso; 3) hasta hace poco la colecistografía y el drenaje duodenal (de uso corriente en Medicina interna) no se empleaban por el pediatra, que tanto se hacen precisas en la exploración abdominal del niño.

La etiología de este proceso es más oscura en el niño que en el adulto. La colecistitis no litiásica es más frecuente que la colelitiasis en los niños, no estando ambos procesos tan corrientemente asociados, 57-69 por ciento, y 80-95 por ciento en los adultos. Ulin considera que la cronicidad del proceso en el adulto puede ser la causa de esta aparente diferencia.

La etiología más frecuente es la *enfermedad hemolítica*: se hace imprescindible eliminar la anemia hemolítica congénita si el enfermito es de origen caucásico, y la *anemia por hematíes falciformes* si es de raza negra.

El *estasis biliar* sería la tercera causa menos frecuente que las anteriores, por: anomalías congénitas del sistema extrahepático, infección de la vesícula, espasmo de la ampolla de Vater, compresión extrínseca del sistema extrahepático o inflamación pericoledociana.

Dos parásitos han sido causantes principales de la colecistitis en los niños: la giardia lamblias y el áscaris lumbricoides. De este último parásito intestinal se recuerda el caso de un cálculo cuyo núcleo lo constituía un áscaris.

La giardia suele produir más sintomatología intestinal, enteropática, por infección concomitante del intestino.

Las náuseas y los vómitos, además del estreñimiento, son síntomas frecuentes de este proceso en el niño. Dolor abdominal vago localizado en epigastrio irradiado a hombro o espalda, rara vez en el niño.

La ictericia es más frecuente en el niño que en el adulto y se presta a confusión, ya que puede confundir el proceso con la *hepatitis infecciosa*. El 45 por ciento de los niños tienen ictericia y sólo el 10 por ciento de los adultos.

Como los cálculos están formados por pigmentos biliares en los niños, por no ser radioopacos no se visualizan con radiografía abdominal. En cambio, se ven bien con colecistografía. El diagnóstico, tan difícil de llevar a cabo, se deberá basar en la radiografía exploradora del abdomen, el drenaje duodenal y una colecistografía oral o intravenosa, debiendo eliminarse las discrasias sanguíneas y los procesos hepatocelulares.

Drenaje duodenal con solución de sulfato magnésico al 25 por ciento. Estudio en el material obtenido de mucus, flóculos, parásitos o cristales de colesterol en la bilis B o bilis vesicular.

Colecistografía discutible por debajo de los tres años, ya que ellos sólo tuvieron éxito en quince colecistografías de veintisiete, en los que resultó tan difícil visualizar la vesícula. Ya que puede llegarse al error cuando se trate de diagnosticar ausencia congénita de vesícula en los lactantes más pequeños.

Como la patología de la colecistitis aguda suele ser expresión de la infección bacteriana aguda, los antibióticos, bien manejados, pueden bastar a veces. Sin necesidad de llegar hasta la cirugía. Esta está indicada cuando los signos locales de infección no son controlados por los antibióticos solos.

Si hay colelitiasis con colecistitis, se practicará colecistectomía. Pero si hay anemia hemolítica sin infección, puede resolverse el problema extirpando simplemente los cálculos.

El caso que presentan los autores padecía una giardiasis y ascaridiasis.

No tenía anemia hemolítica y falciforme.

Se le practicó una colecistectomía del cístico a fondo.—A. MALLÓU-LABRADOR.

RADIOLOGÍA

ALICE Y ANDRE VERAIN (Argel). — «A PROPÓSITO DEL TRATAMIENTO DE LOS HIPERTIROIDISMOS POR EL YODO RADIACTIVO.» «*A propos du traitment par l'iode radioactif des hyperthyroidies.*» «*Le Concours Medical*», *núm. 14, abril 1963. París.*

Tres entidades son justiciables de la terapéutica con el yodo radiactivo: los hipertiroidismos, los cánceres tiroideos y las cardiopatías, pues en algunas de éstas se intenta rebajar el factor tiroideo condicionador de la hiperquinemia. De todas es la primera de las indicaciones la que desde hace tiempo ha adquirido ya carta de naturaleza y nadie duda de la primacía de su empleo en diversas circunstancias.

Los autores del presente artículo no pretenden plantearse el problema de las indicaciones de tratamiento por este proceder. Su único fin es pretender contribuir a resolver la cuestión de la dosis a emplear.

La dosis física la estiman los diversos autores en valores comprendidos entre 5.000 y 10.000 rads (el rad es la únidad de dosis absorbida por gramo de tejido). ¿Cómo calcular el número de milicurios de yodo 131 necesarios para liberar en el seno del tejido la dosis propuesta? Este dependerá de dos factores: volumen glandular y período biológico, variables, por lo tanto, de un sujeto a otro.

Existen varios procedimientos para el cálculo del volumen tiroideo: estimación clínica, método radiográfico, métodos cartográficos. Los autores optan por estos últimos. Varias fórmulas permiten calcular el volumen del tiroides a partir de la superficie del catograma o escintilograma, como la de Himanka-Larsson, la de Allen-Goodwin y la de Doering. Alice y André Verain aceptan ésta como la mejor y aún introducen en ella una pequeña modificación, quedando como sigue:

$$V = S + 0{\cdot}2\sqrt{(S-20)}$$

Respecto del segundo parámetro, los autores admiten la dificultad que existe en hacer acudir a los enfermos durante siete días seguidos después de la administración del yodo para el cálculo del período efectivo, por lo que lo limitan, como la mayoría de los autores, al valor de la absorción a las cuarenta y ocho horas. Este valor nos expresa el porcentaje del yodo administrado por vía oral que realmente llega a tener una actuación tiroidea, y, por lo tanto, de acuerdo con él, habrá que aumentar las dosis calculadas en función del volumen con arreglo a cualquiera de las fórmulas al uso: Marinelli, De Visscher, Pourquier, Chevalier. Esas dosis pueden administrarse de una sola vez o en varias. Los autores son partidarios de dosis pequeñas, del orden de los 5.000 rads, capaces de ser continuadas por una segunda dosis si la curación clínica, objetivada por las diferentes pruebas de laboratorio, no se hubiera alcanzado por completo. El trabajo tiene el mérito de insistir sobre la dificultad de apreciación de los parámetros que condicionan el cálculo de la dosis terapéutica. Está realizado sobre una casuística de cincuenta y seis enfermos, y de ellos entresacan seis casos que presentan con riqueza de datos. Advertimos la falta de bibliografía.—SOLSONA.

TISIOLOGÍA

PARRELLA, M., y RESCINGO, B. (Nápoles).—«EL COMPORTAMIENTO DE LOS EOSINÓFILOS EN EL CICLO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» (*Comportamento degli eosinofili in circolo nella tubercolosi polmonare.*) «*Archiv. di Mal.*», *9, 421. 1945.*

TIENE mucha importancia el comportamiento de los eosinófilos en el transcurso evolutivo de la tuberculosis, relacionado con sus formas clínicas. Se les atribuye ser portadores de fermentos, acción fagocitaria, vectores de la histamina hemática o más correctamente su relación con la función de la corteza suprarrenal. El número casi normal en las formas crónicas (doscientos tres), alcanza cifras altas en las formas alérgicas y exudativas (mil cincuenta y nueve), descendiendo en las formas tisiógenas de tipo infiltrativo (trescientos siete), y más baja en las formas tisiógenas diseminativas (ciento seis). Estaría el número de eosinófilos en relación con la función suprarrenal.—SAMITIER.

RESCINGO. B., y ALIPERTA, A. (Nápoles). — «LA ACCIÓN DE LA CICLOSERINA EN LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL.» (*L'action de la cicloserine dans la tuberculose experimentale. Notice preliminaire.*) «*Archiv di Tis. e Mal. App. Respir.*», *13, 457. 1958.*

INFECTANDO con una dosis débil los cobayos (0'005 mg.), la cicloserina no consiguió a los ciento ochenta días impedir el desarrollo de la tuberculosis, que en los animales de experimentación tratados era idéntica a los no tratados. Sin embargo, los infectados con dosis mayor, 0'01 mg., de gérmenes y tratados durante veinticinco días después con estreptomicina a los que se suministró la cicloserina, a los ciento ochenta días de observación los órganos estaban indemnes, habiendo sólo un núcleo de caseosis en el lugar de la inyección. Puede ser que quitándole poder agresivo a la infección con la estreptomicina, la cicloserina desarrolla una bacteriostasis, porque se le ha quitado velocidad evolutiva a la enfermedad previamente con el primer antibiótico.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963
CONGRESOS

II REUNIÓN DE BIOQUÍMICOS ESPAÑOLES

(Santiago de Compostela, 1-3 agosto 1963)

DURANTE los días 1 al 3 de agosto tuvo lugar en Santiago de Compostela la *II Reunión de Bioquímicos Españoles*, que fue presidida por el profesor Lora Tamayo, ministro de Educación Nacional; el cardenal arzobispo, doctor Quiroga Palacios; profesor Severo Ochoa; director general de Enseñanza Universitaria, profesor Martínez Moreno; rector de la Universidad, profesor Jorge Echeverri; profesor Jiménez Díaz, director del Instituto de Investigaciones Médicas; profesor Albareda, secretario general del Consejo Superior de Investigaciones Científicas; profesor Luis Iglesias, decano de la Facultad de Ciencias, y el doctor J. R. Villanueva, secretario de la II Reunión de Bioquímicos Españoles.

Inauguración

Abrió el acto inaugural, realizado en el aula magna de la Facultad de Ciencias, el rector magnífico, profesor Jorge Echeverri, con palabras de agradecimiento al señor ministro, por sus desvelos hacia la Universidad; al profesor Ochoa, por su visita, y de bienvenida, a todos los asistentes.

El doctor Villanueva hizo un breve recordatorio de la *I Reunión*, celebrada en la Universidad «Menéndez y Pelayo», de Santander, y agradeció a los profesores Lora Tamayo, Ochoa, Leloir y Jiménez Díaz su presencia, así como la ayuda prestada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Las sesiones de trabajo

Primera sesión. — Bajo la presidencia del doctor Asensio, se inició a las once de la mañana, en el salón de actos del C. S. I. C., y se presentaron las siguientes comunicaciones:

«Citramalato sintasa en levadura de panadería», M. Losada, J. L. Cánovas y M. Ruiz-Amil. Sección de Bioquímica y Fisiología Celular, Instituto de Edafología y Biología Vegetal, Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Mecanismos fotosintéticos de reducción de nitrato, nitrito e hidrogilamina», A. Paneque, J. M. Ramírez, F. F. del Campo y M. Losada. Sección de Bioquímica y Fisiología Celular, Instituto de Edafología y Biología Vegetal, Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Características de uno de los cuatro puentes disulfuro existentes en la lisozima de clara de huevo», Juan Jáuregui-Adell. Laboratorio de Bioquímica, Facultad de Ciencias, París.

«Fosforilación oxidativa acoplada a la disimilación de nitrato en micococcus denitrificans». F. Sabater y D. J. D. Nicholas. Chemical Microbiology Department, Long Ashton Research Station, Universidad de Bristol, Inglaterra.

«Sobre el mecanismo de transporte activo de azúcares por el intestino», Francisco Alvarado. Departamento de Enzimología, Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Estructura química de los fosfoinositósidos y sus relaciones con los posfatidopéptidos», Esteban Santiago. Departamento de Bioquímica, Facultad de Medicina, Estudio General de Navarra, Pamplona.

«Estudio sobre el metabolismo del 4-aminobutirato 1-C^{14}», F. Mayor. Pilar González y A. Santos Ruiz. Departamento de Bioquímica, Facultad de Farmacia, Madrid.

Segunda sesión. — Tuvo lugar por la tarde, dando comienzo a las tres y diez también en el salón de actos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Fue presidida por el doctor M. Losada, presentándose y discutiendo las siguentes comunicaciones:

«Sistemas enzimáticos extracelulares de carácter lítico (strepzimas), producidos por actinomicetos», J. R. Villanueva, I. García Acha, C. García Mendoza, S. Gascón, E. Muñoz Ruiz y M. J. Rodríguez Aguirre. Instituto «Jaime Ferrán» de Microbiología, C. S. I. C., Madrid.

«Composición química de las paredes celulares de la levadura *Candida utilis*», Mo-

nique Novaes Ledieu y J. R. Villanueva. Instituto «Jaime Ferrán» de Microbiología, C. S. I. C., Madrid.

«Incorporación de ^{14}C cloranfenicol en bacterias», David Vázquez. Sub-Department of Chemical Microbiology School of Biochemistry, Universidad de Cambridge.

«Neutralización de los efectos tóxicos de la toxohormona por extractos de levadura de panadería», E. Montoya f J. Olivares. Estación Experimental del Zaidín, C.S.I.C., Granada.

«Metabolismo oxidativo de compuestos aromáticos por una estirpe de *Achromobacter butyri*», Domingo Rodríguez. Instituto «Jaime Ferrán» de Microbiología, C. S. I. C., Madrid.



EL DOCTOR JIMÉNEZ DÍAZ, LEYENDO LA INVOCACIÓN DE LA OFRENDA AL SANTO APÓSTOL, QUE HIZO EN NOMBRE DE LOS BIOQUÍMICOS ESPAÑOLES. AL FONDO, LAS PERSONALIDADES QUE ASISTIERON A LA II REUNIÓN DE BIOQUÍMICOS ESPAÑOLES.

«Galactosa oxidasa de *Polyporus circinatus*», Carlos Asensio, Carlos Gancedo y Juana María Sempere. Departamento de Enzimología, Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

El profesor Luis F. Leloir, del Instituto de Investigaciones Bioquímicas de Buenos Aires. pronunció una interesante conferencia cerrando la segunda sesión. El tema desarrollado fue: «Nucleótidos, difosfato-azúcares y síntesis de polisacáridos», por lo que fue largamente aplaudido y felicitado.

La ofrenda al Apóstol

A las siete y media, los participantes de la II Reunión de Bioquímicos Españoles realizaron una visita al sepulcro del Apóstol Santiago, en calidad de peregrinos. La ofrenda de peregrinación corrió a cargo del profesor doctor don *Carlos Jiménez Díaz*, quien pronunció las siguientes palabras:

«Santo Señor Santiago. Hijo del Trueno, que, como siempre, va precedido de la luz del relámpago. La luz fue la verdad que tú conociste salir del más claro manantial que hubo; el trueno era la pasión y el amor —toda pasión es amorosa— con que recorriste el mundo para propagarla. Tú prestaste una atención directa en este mundo a esta porción entrañable de él, que es España. Sin duda, intuíste que España, en un futuro, quería proyectar esa misma luz a otro extenso mundo que nosotros no conocíamos aún. Tú has sido, y eres, por eso —y el decirlo pone trémolos de emoción en nuestra boca— el glorioso Patrón de nuestra España.

Venimos, Señor Santiago, ahora a postrarnos ante ti para poder expresarte nuestros sentimientos. Venimos a ofrecerte algo y venimos también a pedirte.

Nuestra ofrenda es, en sustancia, hacerte saber que te hemos comprendido y que queremos seguir los caminos certeros que tú sembraste entre nosotros. Para ello venimos, como en el curso de los siglos tantos hombres lo hicieron, por la tierra y los mares, a postrarnos ante ti. ¡Somos hombres pequeños para hablarte! pero el hombre pequeño puede ser portador de ideales e intenciones grandes. No miréis nuestra pequeñez, sino nuestro objetivo, en el que quizá, sin saberlo, queremos seguirte e imitarte. Tú quisiste, con tu venida evangelizadora a nuestra Patria, engrandecernos. Nosotros queremos también, a través de la Ciencia y por el cultivo de la verdad, ensanchar nuestros horizontes, y quisiéramos que ello fuera con el mismo sentido que tú nos enseñaste de modestia, verdad y esfuerzo inexorable. Modesto y sencillo como discípulo amado de Cristo, tu presencia tornó a España hacia la luz; fuiste el campeón inspirador de la verdad. Nosotros, pequeños y modestos, entendemos que sólo enarbolando la verdad sincera que perseguimos podemos contribuir a engrandecer a España, y para ello queremos perseverar en una pasión invencible, en la sinceridad, en la verdad, luchando como tú.

Se os representa a veces enarbolando la espada —imponer la verdad exige en ocasiones una vigorosa, inflexible, simbólica combatividad frente al error—.

Te ofrendamos esta actitud austera y modesta y de amor a nuestra Patria a través del cultivo de la Ciencia, y te pedimos que, imbuídos de tu ejemplo, podamos seguir por la vía que trazó tu paso. Señor Santiago, te pedimos que nos ayudes a poder ayudarte, que con nuestra real modestia y con tu luminosa intercesión, acertemos a entender lo que tú pedirías de nosotros. Porque también nosotros, abarcando al mundo con mirada de amor, tenemos fija nuestra atención en este pedazo de la creación que es España, desde el que te pedimos, te ofrecemos y te prometemos seguir luchando. Os pedimos, Señor Santiago, en suma, vuestro auxilio para ver y sentir lo que es bueno y para seguir la estela de tu luz y del sonido que nos parece dulce de tu trueno.»

El señor Cardenal, dirigiéndose al ilustre oferente y a todos los asistentes a estas jornadas bioquímicas, que ocupaban totalmente la parte baja del presbiterio y buena parte de la nave central, comenzó diciendo que acababan de hacer la ofrenda más bella y más grata al Señor, al presentar ante el altar del Santo Apóstol su amor a la verdad y su decisión de buscarla y servirla siempre sin desfallecimiento.

«Al dedicaros a vuestras investigaciones —añadió el prelado—, estáis cumpliendo la voluntad de Dios, manifestada por vuestra vocación, y cada hora de laboratorio, de estudio y de trabajo, es no sólo un gran servicio a la Humanidad, sino también, y al mismo tiempo, un himno de alabanza al Altísimo, que es el Dios de la Verdad, la Verdad sustancial y eterna.

Esta búsqueda de la verdad por vuestra parte, queréis llevarla a cabo con humildad y con modestia.

Es hermosa vuestra postura. Vuestro nombre es pronunciado con honor y admiración en todos los rincones de la Patria, y en muchos casos ha traspasado sus fronteras por el valor e importancia de vuestras investigaciones, y aun en alguno, que nos llena de orgullo, ha merecido el más alto galardón internacional. Y, sin embargo, queréis continuar sirviendo a la verdad con humildad y con modestia. Así es la verdadera ciencia. No la de aquellos que, infatuados, proclaman con tesis definitiva e irreformable lo que no es sino una provisional hipótesis que el tiempo y las investigaciones posteriores se encargan de disipar. Estos son los que han fomentado pretendidas oposiciones entre la ciencia y la fe, sin darse cuenta de que ambas son rayos de la misma luz, que jamás pueden contradecirse.

Venturosamente, ha sido superado el liberalismo intelectual, y hoy son admirados los que ven claro en esta materia y reconocen los altos méritos, pero también las limitaciones de la ciencia y saben hacer honor a sus convicciones, como vosotros habéis hecho en este día.»

El señor cardenal terminó sus palabras felicitándose al haber asistido por la mañana a la sesión inaugural de las jornadas en la que se dio cuenta cabal, por la magnífica lección pronunciada, de la meticulosidad y el rigor científico de los trabajos de los bioquímicos, y del esfuerzo y dedicación sacrificada que esta especialidad lleva consigo.

Pidió a los asistentes que relean y mediten bien la bellísima y aleccionadora invocación, en la que encontrarán muy valiosas normas de actuación y de vida. Y prometiendo a todos sus oraciones ante los restos del Santo Apóstol, les bendijo con afecto.

Tras la bellísima respuesta del cardenal arzobispo, funcionó el botafumeiro en honor de los congresistas, mientras el órgano de la Catedral interpretaba el himno de las peregrinaciones jacobeas. Seguidamente desfilaron por el camarín del altar mayor para dar el abrazo a la imagen pétrea del Santo Patrón de España.

Terminado el religioso acto, los peregrinos efectuaron un recorrido por las principales dependencias artísticas del templo.

Por la noche, y ofrecida por la Universidad compostelana, fue servida una cena en el comedor real del Hostal de los Reyes Católicos, finalizada la cual actuó,

en uno de los patios del mismo, un grupo de coros y danzas típico de la región.

Tercera sesión. — A las nueve y media de la mañana se reanudaron, en el salón de actos del C. S. I. C., las comunicaciones, que desarrollaron los siguientes temas:

«Síntesis y utilización del DPNH-X», B. Regueiro Varela y Santiago Grisolía. School of Medicine. Universidad de Kansas.

«Mecanismos de control del sistema de la UDPG: -1 4-grucan-4-glucosiltransferasa de músculo», M. Rosell Pérez. Departamento de Bioquímica. Facultad de Farmacia, Barcelona.

«Síntesis dependiente de insulina de la glucoquinasa del hígado», Margarita Salas, Eladio Viñuela y Alberto Sols. Departamento de Enzimología, Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C,. Madrid.

«Especificidad y cinética del transporte de hexosas en levadura», C. F. Heredia, G. de la Fuente y A. Sols. Departamento de Enzimología, Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C.S.I.C., Madrid.

«Inhibición de la fosfofructoquinasa por el ATP: un control Feed-Back en la regulación de la glicólisis», E. Viñuela, María Luisa Salas y A. Sols. Departamento de Enzimología, Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

Presidió esta sesión el profesor Calvet. La conferencia final de esta sesión estuvo a cargo del doctor Alberto Sols, del Instituto «Marañón», de Madrid, que desarrolló el tema «Regulación enzimática y control metabólico», y fue largamente aplaudido.

Cuarta sesión. — A las tres y diez se reanudaron las comunicaciones correspondientes a la cuarta sesión de esta II Reunión, en la que, bajo la presidencia del doctor Santos Ruiz, se presentaron las comunicaciones siguientes:

«Secreción de insulina *in vitro*», J. L. R. Candela, D. Martín-Hernández, A. Castrillón, T. Castilla-Cortazar, P. Meneses y R. Rosales (con la ayuda técnica de M. R. Vega y M. Reus). Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Influencia de la glucosa intravenosa sobre la actividad de la insulina en sangre y también sobre la captación de glucosa del diafragma y del tejido adiposo de ratas», María del Carmen García Fernández y J. L. R. Candela. Instituto «Marañón», Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Interacciones entre el dodecilsulfato sódico y algunas proteínas» S. Gubert, J. Bozal, J. Martín-Esteve y F. Calvet. Cátedra de Bioquímica. Facultad de Ciencias, Barcelona.

«Inhibición de la colchicina y la fenilbutazona de la xantindeshidrogenasa de ave», A. Marín, J. Martín-Esteve, J. Bozal y F. Calvet. Cátedra de Bioquímica, Facultad de Ciencias, Barcelona.

«Algunos aspectos bioquímicos y farmacológicos de los inhibidores de la monoaminaoxidasa (MAO)», E. Cuenca, G. L. Gessa y E. Costa. Facultad de Medicina, Barcelona.

«Correlaciones entre acción farmacológica y acción bioquímica de la hepatocatalasa», J. Laporte P. Puig Muset y F. G. Valdecasas. Facultad de Medicina, Barcelona.

La conferencia final corrió a cargo del doctor Juan Oró, de la Universidad de Houston (Texas), quien desarrolló el tema «Síntesis de compuestos bioquímicos en condiciones de tipo prebiótico», que asombró a todos los asistentes, tanto por su alto valor científico y originalidad de estos trabajos como por la brillante y documentada exposición de los mismos.

A continuación, tuvo lugar una visita a la ciudad y más tarde una recepción en el salón de sesiones del Ayuntamiento, en la que después de unas palabras del alcalde Sr. Porto Anido, fue servido un vino de honor.

Quinta sesión. A las nueve de la mañana dio comienzo la quinta y última sesión, en el salón de actos del edificio del C. S. I. C. Las comunicaciones que se presentaron a la consideración de los asistentes fueron las siguientes.

«Aislamiento de ácidos siálicos del suero caprino», J. A. Cabezas y J. Vázquez Porto. Cátedra de Bioquímica. Facultad de Farmacia. Santiago de Compostela.

«Estudio cromatográfico de los azúcares urinarios», J. Vicente y H. J. Castro-Mendoza. Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Madrid.

«Mecanismo de la acción destoxicante de la tiroxina sobre el efecto de algunos aminoderivados», F. Vivanco y F. Ramos. Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Madrid.

«La medición de tiroxina libre en sangre», C. Osorio. Medical Research Council, Universidad de Birmingham, Inglaterra.

«Regulación de la secreción y síntesis de hormona tirotropa», F. Escobar del Rey, G. Morreale de Escobar, J. Mouriz García y P. Llorente Rodríguez. Instituto Marañón, Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Acerca de la "tirosina - desiodada" flavino - dependiente», G. Morreale de Escobar, F. Llorente Rodríguez, T. Jolin Buzo y F. Escobar del Rey. Instituto Marañón, Centro de Investigaciones Biológicas, C. S. I. C., Madrid.

«Acidos grasos libres del plasma. Influencia de factores dietéticos», J. M. Linazasoro y M. Criado Ortiz. Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Madrid.

Al finalizar esta última comunicación, los asistentes se trasladaron al paraninfo de la Universidad para asistir al solemne acto de clausura.

Sesión de clausura

Pronunció la conferencia de clausura el *profesor Severo Ochoa*, sobre el tema «La clave genética», recibiendo al final la investidura de profesor honorario de la Facultad de Medicina de Santiago. La presidencia del brillante acto académico la integraban el Ministro de Educación Nacional, profesor Lora Tamayo; el director general de Enseñanza Universitaria, profesor Martínez Moreno; Rector de la Universidad, profesor Jorge Echeverri; profesor Jiménez Díaz, director del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid; decano de las Facultades; representación de la Alcaldía de Santiago, y el señor alcalde de Luarca. El Cardenal Arzobispo, Dr. Quiroga Palacios, ocupó su sitial de honor.

En los bancos del estrado se sentaron el claustro universitario, miembros de la II Reunión de Bioquímicos Españoles y otras autoridades y representaciones.

La conferencia

Abierto el acto, el profesor Severo Ochoa pronunció su conferencia sobre el tema: «La clave genética», presentando los resultados fundamentales por él obtenidos y su grupo de la New York University, en el curso de estos dos últimos años. Dichas investigaciones han sido centradas sobre el mecanismo de la transmisión química de los caracteres hereditarios en los seres vivos. Los cromosomas de los núcleos celulares están equivalentemente constituídos por el ácido desoxirribonucleico (DNA), el cual contiene toda la información hereditaria o clave genética que dirige el control de las estructuras y funciones celulares. El DNA está constituído por el azúcar 2-deoxirribosa, ácido fosfórico y cuatro bases nucleotídicas: la timina (T), la adenina (A), la citosina (C) y la guanina (G). El DNA es un alto polímero molecular, conteniendo núcleos de esas seis piezas constituyas. Mecanísticamente, el mensaje genético estará determinado por la distinta ordenación lineal sobre el esqueleto azúcar-fósforo, de las cuatro bases A, T, C y G. La unidad elemental para un mensaje es una tripleta formada por tres de esas bases. Las posibilidades de recombinación serán por tanto = 4^3 = a 64. Esta molécula DNA entre miles de tripletas y el orden de las tripletas decide la especie biológica del organismo.

La transmisión del mensaje del DNA termina al completarse la síntesis de las proteínas específicas, distintas en cada especie biológica. La transmisión se cumple por intermedio de las llamadas moléculas de ácido ribonucleico (RNA) «mensajero», muy parecido químicamente al DNA, pero con un azúcar distinto (D-ribosa) y la base uracilo (U) en lugar de la timina.

Los tripletes del RNA-mensajero son complementarios de los tripletes del DNA. A completa con U y C con G. T con A.

El RNA-m se fija sobre sus subpartículas especializadas del citoplasma llamadas ribosomas, formadas a su vez por proteínas y otra clase de RNA a partes iguales.

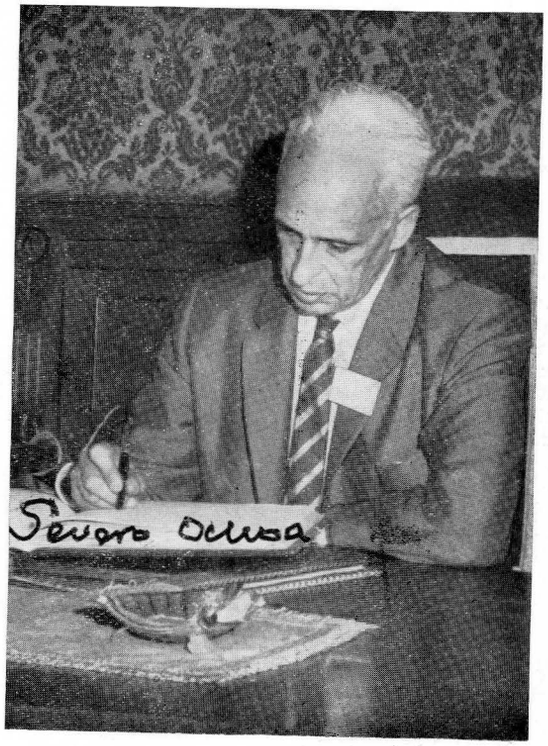
En estas condiciones el «molde» formado por el RNA mensajero recibe en sus tripletes a otros tripletes, también complementarios de otra tercer especie de RNA: el RNA-S (s-soluble). Existen veinte especies distintas de RNA-S. Cada una de ellas se combina específicamente con cada uno de los veinte aminoácidos conocidos. Los aminoácidos son las piezas fundamentales de que están constituídas todas las proteínas. Cuando las moléculas de RNA-S se dirigen a los distintos tripletes del mensajero portan consigo, en el otro extremo de la molécula otra molécula del aminoácido, al que ligan específicamente. De esta manera se alinean alrededor del ribosoma una secuencia de distintos aminoácidos y dicha secuencia está naturalmente determinada por la secuencia previa determinada por el RNA-N, éste a su vez, como hemos dicho antes, por la secuencia primaria o determinante del DNA nuclear. Igualmente, todos los aminoácidos alineados se ligan entre sí por enlaces químicos y constituyen un rosario lineal de aminoácidos que es la proteína propiamente dicha, la cual se desprende del ribosoma para integrarse en el funcionalismo celular. El ribosoma queda así vacante para recibir nuevos mensajes y

proceder a la síntesis de nuevas moléculas proteicas.

Los trabajos del doctor Ochoa y su grupo de New York han reproducido todos estos mecanismos en el tubo de ensayo usando extractos celulares. La parte clave en estos estudios ha sido el empleo del enzima polinucleótido fosforilasa, previamente descubierta por el doctor Ochoa en 1955, y que le valió el Premio Nobel de Medicina en 1959. Dicho enzima permite la síntesis «in vitro» de RNA-M, con el cual puede relativamente predeterminarse a voluntad la proporción de bases nucleotídicas añadidas al enzima; la secuencia o mensaje que determinan los aminoácidos de la proteína que vaya a fabricarse.

Por medio de este sistema ha podido esclarecerse la estructura de los tripletes correspondientes a los veinte aminoácidos conocidos en la naturaleza. Este trabajo constituye uno de los capítulos más brillantes y fundamentales de toda la historia de la Biología.

La magistral lección del profesor Severo Ochoa fue ilustrada con diapositivas demostrativas de los trascendentales resultados alcanzados en las investigaciones por él realizadas.



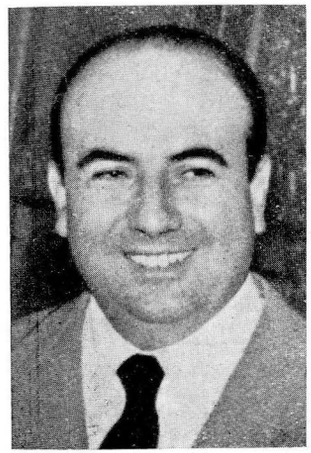
EL DOCTOR SEVERO OCHOA, PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1959, FIRMANDO EN EL LIBRO DE HONOR DEL AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Prolongados aplausos de la numerosa concurrencia que abarrotaba el paraninfo premiaron tan brillante disertación.

La investidura doctoral

Seguidamente, el *profesor Novo González*, decano de la Facultad de Medicina, pronunció las siguientes palabras: «Alto honor me deparan las circunstancias al tener que presentar al claustro al profesor Ochoa como nuevo claustral en calidad de profesor honorario de esta Facultad de Medicina. Pero nunca como hoy sentiría el peso de este puesto repre-

sentativo, si no me limitase a pronunciar unas palabras muy breves —eso sí, llenas de entusiasmo - que desdigan lo menos posible de la solemnidad de este acto. Es normativo al presentar a un nuevo profesor hacer referencia a su "curriculum vitae". Ya comprenderán que esto es bien superfluo ante la gran figura humana del profesor Ochoa y ante su labor científica que todos tenemos presente. Pero quizá deba explicarse el porque la Facultad de Medicina de Santiago tomó este acuerdo unánime a propuesta de su decano, entonces nuestro actual Rector Magnífico, el profesor Echeverri.



PROF. NOVO GONZÁLEZ

Que una Facultad de Medicina española o no española quiera tener en su cuadro de honor al profesor Ochoa, a nadie le extrañará; pero la Facultad no sintió nunca esa ansiedad, obligación o pretensión ante otras grandes figuras de la Medicina mundial. Tampoco fue sólo la emoción y orgullo de conocer el triunfo de un médico español y un español tan cercano, un asturiano.

Hasta ahora sólo otros dos profesores honorarios eligió nuestra Facultad: el profesor Hoffmann, de Friburgo, recientemente desaparecido, y el profesor Hernani, de Oporto, prestigiosos maestros que ejercieron aquí su docencia formativa con varios cursillos y lecciones, y formaron discípulos y mantuvieron permanente contacto con nosotros.

Es que la Facultad de Medicina de Santiago tuvo la fina sensibilidad para percibir desde el primer momento que el Premio Nobel concedido al profesor Severo Ochoa sonaría como un aldabonazo en el ámbito nacional y que Ochoa será para muchas generaciones lo que fue Cajal para la juventud estudiosa española: una permanente lección y estímulo.

El magisterio de Ochoa en la Universidad española será así siempre permanente, y para la de Santiago, en cuyo distrito está Luarca —unido a nosotros por generaciones de universitarios aquí formados y por un secular camino de dolor y esperanza a veces, de cultura y de fe siempre—, será un honor inalienable asignarle ese nombramiento. También con la esperanza de que esa cercanía no sólo geográfica sino también del corazón, contando con la bondad y la sensibilidad de todo verdadero sabio, viniese alguna vez a profesar personalmente.

Eso fue nuestro atrevido ruego, hoy atendido; ésa fue nuestra gran esperanza, hoy colmada. Tened la seguridad, profesor Ochoa, que de vuestra generosa concesión quedará algo más que agradecimiento, quedará imborrable impronta de vuestra magistral lección y presencia en esta Universidad, un día de víctor que no olvidará nunca.

Finalizadas sus palabras, el profesor Novo González procedió a la investidura del doctor Ochoa como profesor honorario de la Facultad de Medicina. Este momento fue acogido con grandes aplausos de todos los asistentes entregándole a continuación el Rector el pergamino que le acredita dicho nombramiento.

Intervención del profesor Jiménez Díaz

A continuación, el *profesor Jiménez Díaz*, director del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas de Madrid, dedicó unas palabras plenas de entusiasmo y emoción, para glosar la trascendencia de esta II Reunión de Bioquímicos, expresando en primer lugar su gran satisfacción por haber participado activamente en estas jornadas de trabajo el Ministro de Educación Nacional, profesor Lora Tamayo, director del Instituto de Química de Madrid. Al mismo tiempo hizo constar que su mayor alegría la constituía el haber podido observar la calidad científica de las conferencias pronunciadas por figuras tan destacadas en Bioquímica, así como también el esfuerzo realizado por jóvenes investigadores que presentaron comunicaciones de alto relieve científico.

Resaltó de forma elocuente la magistral conferencia del profesor Ochoa, nuestro Premio Nobel, señalando que ella constituye un profundo estudio de la Bioquímica, realizado con el mayor rigor cien-

tífico en su laboratorio de la Universidad de New York, que nos ha permitido conocer resultados de Biología. Destacó también la gran personalidad científica del profesor Leloir, y demás conferenciantes.



PROF. JIMÉNEZ DÍAZ

Asimismo hizo constar su entusiasmo por haber quedado constituída, precisamente en San'iago, con motivo de esta II Reunión, la *Sociedad de Bioquímicos Españoles*, bajo la presidencia del profesor Sols, y como secretario, el doctor J. R. Villanueva, que constituye un importante paso para el progreso de la Bioquímica en España.

Finalmente, dedicó unas palabras de agradecimiento al Cardenal Arzobispo, doctor Quiroga Palacios, por las frases que dedicó a la reunión con motivo de la ofrenda presentada al Apóstol Santiago, haciendo constar asimismo su agradecimiento al Rector y claustro de la Universidad de San'iago, por las atenciones dispensadas en todo momento que facilitaron la marcha de estas jornadas de trabajo.

Palabras del Rector

El Rector de la Universidad, *profesor Echeverri*, pronunció unas palabras, señalando que la vida académica ofrece sus fases de vitalidad, las unas suaves y atractivas, si bien en otras ocasiones puede ofrecerlas de preocupación y de inquietud; unas y otras tratamos de situarlas en justo equilibrio para que el discurrir de la Institución Universitaria siga el ritmo que precisan para su acertado desarrollo.

«Entre los actos que discurren suaves, llenos de armonía y de cordialidad, así como de respeto, está el que hoy celebramos en honor del profesor Severo Ochoa.

Hace años ocurrió en la Ciencia Universal uno de los hechos que dieron mayor realce a la ciencia española, ya que su eco trascendió a los más apartados lugares. Me refiero a la concesión del Premio Nobel de Medicina a nuestro ilustre compañero el profesor Ochoa.

Los hombres —añadió— como los pueblos, no siempre son dueños de sus destinos y las fechas no pueden considerarse como fijas. Vuestros deseos de caminar hacia Compostela, así como los nuestros de recibiros, no se hacían realidad hasta que por fin llegó el día envuelto por el ambiente de estas Reuniones Científicas que hicieron que los actos celebrados de una y otra índole constituyan una fecha brillante, inolvidable, que quedará grabada en el Libro de Oro de nuestra Universidad con la claridad y precisión con que quedó su nombre.

Ya puede pensar el profesor Ochoa la fuerza evocadora de esta solemne sesión. Serán muchas las ideas que fluirán a vuestra imaginación en estos momentos. Quizá os tranquilice el pensar que muchas fluyen también a mi espíritu, siendo la base de esa fuerza evocadora de que os hablaba y que también con el apoyo de la idea sobre la necesidad de que el alma universitaria palpite, como lo hace ahora, en la tranquilidad de esta jornada llena de belleza y fuente de recuerdos para el mañana.

Vos, profesor Ochoa, conocéis muchos secretos de la Bioquímica; las investigaciones sobre la síntesis biológica de los polinucleótidos ribonucléicos os valió la concesión del Premio Nobel, pero sois humano y sois humilde, siendo vuestra peregrinación a Compostela para predicar la verdad científica, otra bella lección que acabamos de escuchar sobre la clave genética, siendo las investigaciones que la forzaron base de muchas esperanzas.

Es natural que en este acto académico suje'o a ritos precisos y definidos, dirija unas palabras a vosotros investigadores y estudiosos de la Bioquímica. La Universidad, engalanada con reposteros y emblemas os ha recibido como en sus mejores días de fiesta.»

Finalmente, dedicó unas palabras a los profesores Jiménez Díaz y Leloir, resaltando la presencia en Santiago del Ministro de Educación Nacional, profesor Lora Tamayo, profundo investigador, huella que se deja sentir en la enseñanza, con nuevos rumbos encauzada.

El Ministro de Educación Nacional

Cerró el acto el Ministro de Educación Nacional, *profesor Lora Tamayo*, con breves y acertadas frases, en las que glosó las conclusiones de esta *II Reunión de Bioquímicos Españoles*, de las que destaca la constitución de la *Sociedad de Bioquímicos Españoles*

Agradeció a la Universidad de Santiago las facilidades proporcionadas a esta Jornada Científica.

Finalmente, y en su calidad de Ministro de Educación Nacional destacó la alta personalidad científica del profesor Ochoa, indicándole que España le estaba eternamente agradecida y veía con la mayor admiración los progresos por él alcanzados, esperándole siempre con los brazos abiertos.

Todos los oradores fueron muy aplaudidos.

Recepción en el Ayuntamiento

El mismo día de la clausura los asistentes a la II Reunión de Bioquímicos Españoles, se trasladaron a La Coruña, en donde a primera hora de la noche se celebró, en el salón de actos del palacio municipal, una solemne recepción en honor del ilustre doctor D. Severo Ochoa, Premio Nobel de Medicina de 1959.

En el Ayuntamiento se encontraban todas las autoridades coruñesas, Academia de Medicina y representaciones de la clase médica coruñesa, así como numeroso público. El alcalde accidental, señor Pérez Cepeda, pronunció unas palabras para destacar la personalidad médica y humana del doctor Ochoa; a continuación, el secretario de la Academia de Medicina dio lectura al acuerdo adoptado por la misma por el que se le nombra académico de honor. Le fue impuesta la medalla por el doctor Echeverri y seguidamente el doctor Ochoa hizo uso de la palabra, aludiendo el tema que viene consagrando sus actividades de investigación. Al concluir el doctor Ochoa fue muy aplaudido. Acto seguido se sirvió un vino de honor.

A continuación, los asistentes se trasladaron al parque del Casino de La Coruña, donde les fue ofrecida una cena y una verbena homenajes por la Excelentísima Diputación Provincial, Excelentísimo Ayuntamiento e Ilustres Colegios Oficiales de Médicos y Farmacéuticos.

Entre los asistentes a esta asamblea, nuestra Facultad estuvo representada por el doctor Pié Jordá, profesor de Fisiología y Bioquímica, y sus internos en este laboratorio, don Isidro Carreras y el autor de esta crónica.

Queremos hacer resaltar el exquisito trato de las autoridades civiles y académicas, tanto de Santiago como de La Coruña, que han tenido para con los asistentes a esta *II Reunión de Bioquímicos Españoles*. Un suceso de trascendental importancia —creemos nuestro deber hacerlo constar así— ha sido la constitución en Compostela de la *Sociedad de Bioquímicos Españoles*. También estimamos nuestro deber hacer patente la perfecta organización de esta II Reunión, cuya tónica ha sido una puntualidad en los actos y una precisión dignas de todo elogio, y que dejará en los asistentes recuerdos imborrables.

MIGUEL HORNO GONZÁLEZ

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963
SECCIÓN VARIA

PROBLEMAS ACTUALES

CALIDAD DE LOS ESCRITOS CIENTÍFICOS, SOBRE TODO MÉDICOS

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMAN
MÉXICO

C

VAMOS a referirnos a un tema que consideramos de actualidad y ojalá de interés, sobre todo para las agrupaciones científicas, especialmente médicas, y para los organizadores de congresos, asambleas y otras reuniones, en las cuales se trata de presentar los adelantos obtenidos en alguna rama del saber humano.

Uno de los primeros escollos se refiere a obtener que los autores de las comunicaciones acepten limitación en el tiempo, y todavía es más difícil lograr que cumplan su cometido en el lapso aceptado. Apreciamos que, utilizando apropiadamente el idioma, es posible hacer una síntesis útil y claramente demostrativa del tema, ello sin omisión de hechos importantes y de consideraciones de trascendencia.

Pensamos que una de las maneras de cumplir con lo anterior, es presentar en la reunión la síntesis respectiva y dejar para publicación en folleto, revista o libro, el trabajo en extenso con las citas bibliográficas y con las transcripciones que se consideren estrictamente necesarias, de trabajos de otros autores; todo esto sin omitir el resumen respectivo, que será frecuentemente lo más leído.

La persona que presenta una comunicación, debe tener el concepto de que el tiempo de los demás y el suyo propio, es precioso y que un trabajo, por valioso que sea, aumenta su categoría si se utiliza, para darlo a conocer, el menor tiempo posible. La concisión no perjudica, sino aumenta la calidad del escrito y sirve para obtener una atención evidente y no una mera tolerancia.

Después de lo anterior, otro de los hechos interesantes es lograr que, cuando el tema lo permita, el autor, dentro del tiempo señalado, muestre ilustraciones, es decir, dibujos, esquemas, representaciones gráficas, películas cinematográficas, realmente demostrativas de lo que trata de probar o hacer patente.

En gran número de casos, una lámina es capaz de evitar una larga descripción. Las figuras, sus leyendas, deben ser visibles, ya que no se trata de poner en la pantalla grandes textos, sino de mostrar fotografías o esquemas, dibujos, y no de presentar en láminas escritas lo que se está leyendo.

Y llegamos al punto que consideramos primordial. La persona que presenta una comunicación ante una sociedad científica o un congreso de la misma índole,

debe tener un tema y un propósito, sin los cuales carece de valor lo que realiza. Lo mejor es que el asunto sea interesante, que se refiera a hechos verdaderos y que se trate de mostrar observaciones, experiencia, modificaciones debidamente fundamentadas y algún camino que no sólo sea nuevo, sino valioso. Además es indispensable que el autor, antes de apropiarse la paternidad de un tema o de un propósito, haga encuesta bibliográfica detallada y esté cierto de que no se trata de una simple copia o relación de hechos similares publicados por otro autor. Nada es más doloroso, para todo científico, y concretamente para el médico, que, al presentar un trabajo, le demuestren que estaba ya dado a conocer lo que él señala como novedad o algo propio.

Reuniéndose concisión, adecuadas ilustraciones y tema y propósitos definidos, queda otro capítulo que a veces es olvidado: la propiedad en el lenguaje. Al hablar o al escribir, lo mejor es usar los vocablos generalmente aceptados, de significado en lo posible unívoco, y en caso de utilizar neologismos, hacer las explicaciones conducentes. El autor de una comunicación no tiene como propósito sorprender al auditorio ni dejar en el ambiente la idea de que el asunto es incomprensible, sino, por el contrario, debe procurar ser entendido y presentarlo en la forma más clara posible, por muy difíciles o complicados que sean los temas.

Como complemento de todo lo anterior, queda otro hecho interesante: lo mejor es ser ameno y aun usando el léxico médico, en el caso de que se trate de trabajos de esa índole, evitar fastidio al auditorio.

Agregamos además que, cuando es posible, lo mejor es usar el impersonal, para no dar la apariencia de inmodestia, de presunción, que siempre es motivo de antipatía.

En *síntesis*, la persona que presenta un trabajo o que publica una comunicación, debe tener la idea de que lo más importante no es la cantidad, sino la calidad, y como ya es sabido, apreciar que lo bueno, si es breve, es mejor.

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



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963
SECCIÓN VARIA

LA MEDICINA EN OTROS PAÍSES

ORIENTACIONES SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS MEDICOS ESPAÑOLES EN ALEMANIA

POR

D. SANTIAGO CHICANO MARCOS

STATIONSARZT STÄT FRAUENKLINIK

BRAUNSCHWEIG (ALEMANIA)

Con cierta frecuencia recibo cartas de compañeros médicos que me piden les informe sobre las posibilidades que al médico español se le ofrecen, en cuanto a su ejercicio profesional, en la República federal alemana. Ello me ha movido a escribir estas líneas.

Hasta el presente, creo que se ha escrito poco, de una manera precisa y objetiva, sobre el particular; asunto éste que reviste cierta importancia social, ya que si queremos resolver ciertamente el problema de la «relativa plétora médica» que España ofrece en estos momentos, la orientación del médico español hacia el extranjero, y en este caso especial hacia Alemania, podría ser un medio valioso, entre otros muchos, para llevar a cabo el resurgimiento de la decadente dignidad de la clase médica, que cada día más intensamente vemos comprometida.

Como médico que soy de la promoción del 59, no puedo encogerme de hombros ante lo que personalmente me afecta, y, por otra parte, mi estancia actual en Alemania desde algo más de dos años, ejerciendo tocoginecología en una clínica del Estado, me da, creo, cierta autoridad para orientar este problema con criterio totalmente objetivo y carente de prejuicios.

El problema actual de la Medicina española es, ante todo, de orientación, consideración y ayuda al médico joven. El universitario que recién terminados los estudios se encuentra en plena aureola de ideales y euforia vocacional verá surgir en su camino una serie de incomprensiones y dificultades, tanto económicas como de formación profesional, que irán minando poco a poco el edificio de cultura y posibilidades que en la Universidad erigiera. Se encontrará desorientado, sin un estímulo económico, sin un rumbo previsto a seguir; orientará sus pasos al azar, a la especialización o, mejor dicho, «practicismo», que le ofrezca su primer consuelo económico, esté o no en consonancia con sus aptitudes, y en tanto malogrará un tiempo precioso, que es vital para su posterior formación teórico-práctica.

En Alemania, al joven universitario se le ofrece un campo vasto de posibilidades para el ejercicio profesional, y puede justamente decirse que tiene simpre a su disposición una vacante en donde trabajar y formarse con arreglo a sus intereses personales, sin tener que librar la injusta batalla de un examen-oposición.

La adecuada y razonable asignación de médicos por cantidad de habitantes hace posible en este país que no exista un real problema profesional y que la Medicina se practique con mayor dignidad y, a la larga, con sentido más humano y moral. Solamente el justo trato que se da al paciente, por parte del facultativo, dice mucho en favor de la categoría de la Medicina alemana.

No es mi deseo pretender sentar un parangón entre la práctica médica en España y Alemania, sino solamente, una vez más, hacer llegar a la conciencia de las autoridades académicas españolas lo que está en la conciencia de todos, y es que el problema del médico joven necesita una pronta y eficaz solución, si no queremos llegar al ocaso de una ciencia y arte que tantos hijos ilustres legara a nuestra Patria. Creo que los españoles poseemos condiciones innatas que, si se cultivas a su tiempo debido, pueden dar frutos maravillosos. Un ejemplo, entre otros muchos, lo tenemos en nuestro premio Nobel profesor SEVERO OCHOA, legítimo orgullo y réplica de lo que un español puede lograr si se le ponen en sus manos las condiciones y ambiente necesarios de trabajo. Desgraciadamente, ¡hay tantos españoles que se malogran en nuestra Medicina rural...!

No se pretende que los médicos salgan al extranjero para orientar allí definitivamente su profesión. ¡De ninguna manera! Ello, como la salida de nuestros trabajadores, que todos estamos contemplando, debilitaría al fin a nuestra nación. Se trata, simplemente, de que muchos de los médicos que no tienen allí condiciones buenas de trabajo, vengan a Alemania a formarse profesionalmente, sin menoscabo de su economía y con la posibilidad de, en un futuro próximo, regresar a su tierra con el acerbo de las adquisiciones logradas, que redundará en bien y engrandecimiento de España. Al mismo tiempo, el contacto mutuo facilitará que se nos abran más las puertas de esta Europa de la que todavía en muchas cosas, queramos o no, tan distanciados nos encontramos, y con el tiempo superar así el anacronismo de muchos de nuestros métodos rectores.

Ya que las actuales becas para postgraduados son de todo punto insuficientes, y un aumento de las mismas en alto grado resultaría gravoso para nuestra economía, se hace necesario abrir nuevos cauces para dar salida a la pléyade de médicos que exigen más formación y consideración profesional; además, creo que el médico becario puede adquirir unos conocimientos valiosos, en el campo de la investigación, en su corta estancia en el extranjero, pero en ningún modo comparables con los conocimientos teórico-prácticos que consigue el médico que viene a trabajar por sus propios medios, poniendo en juego sus condiciones, cualidades y recursos personales, que le permiten adquirir un verdadero sentido de la responsabilidad y una formación eminentemente práctica.

Por experiencia personal puedo decir que las especialidades que ofrecen en Alemania mayor interés para el médico español son las de carácter quirúrgico; la Cirugía, Ortopedia-Traumatología, Ginecología, Psicocirugía y, en menor grado, la Pediatría y Dermatología presentan múltiples posibilidades, y las plazas vacantes son abundantes.

La falta de fuentes informativas para el médico interesado por estas cuestiones se debe en gran parte a un desconocimiento increíble, por parte de las personas autorizadas para ello, de lo hasta ahora legislado sobre el particular, y también a una despreocupación racial por estos problemas. Cuando se pretende venir a trabajar a Alemania, todo lo tiene que ir uno personalmente descubriendo paso a paso, y en ciertos momentos, debido a las dificultades o desconocimientos, se llega a desistir de la consecución del plan trazado, máxime tratándose de un país,

como éste, con idioma tan extraño para los latinos. Es, no cabe duda, la muralla del idioma la primera dificultad que se interpone en el camino. Cuanto más se domine éste, se comprende que las dificultades serán menores y mayores los frutos, tanto formativos como económicos, logrados; pero su casi total desconocimiento no es causa suficiente que haga desistir del empeño. Si se viene con interés de trabajo y estudio, en poco tiempo se pueden adquirir los conocimientos idiomáticos necesarios que permitan desenvolverse fácilmente dentro del medio hospitalario. La terminología médica es casi totalmente latino-griega y, por lo tanto, no ofrece dificultades ciertas. Otro es el caso del que pretende asumir una categoría médica de gran responsabilidad, en que el correcto conocimiento del idioma se hace imprescindible.

En Alemania, los estudios de Medicina comprenden once semestres; al finalizar el quinto semestre se realizan exámenes que comprenden las materias del llamado período *Physikum* (Anatomía, Fisiología general, Biología, etc.), y tras la aprobación se pasa al período *Klinikum* (Patología, Quirúrgica, etc.). Al término del undécimo semestre se realiza el examen final (Staatsexamen), con lo que se obtiene la certificación de la aprobación correspondiente. Posteriormente se realizan dos años de prácticas en calidad de Medizinalassistent, pasando por distintas clínicas (cuatro meses Ginecología, cuatro meses Cirugía, cuatro meses Pediatría, seis meses Medicina interna y seis meses en otras especialidades). Al final se obtiene automáticamente el diploma (Aprobatiosurkunde), que acredita al interesado como médico (Arzt) y que le permite ejercer en una clínica u hospital como asistente médico (Assistenzarzt), para, tras un tiempo variable (de tres a cinco años), adquirir una determinada especialización, a excepción del que pretenda dedicarse al ejercicio de la Medicina general (Praktischer Arzt). Simultáneamente con la terminación de los estudios, después del Staatsexamen, generalmente la mayoría de los médicos alemanes presentan o realizan la tesis doctoral (Doktorarbeit), con lo que, después de la aprobación (Promotionsurkunde), es promovido al grado de doctor. Con ello se da la paradoja de recibir el grado de doctor antes o al mismo tiempo que el título de médico.

En una clínica u hospital existe un número determinado de asistentes médicos (Assistenzärzte), en concordancia con el número de camas y categoría de clínica, y de ellos cada uno de los encargados de un servicio (Station) recibe el nombre de Stationzarzt, cargo que es de carácter rotativo, cambiando una o dos veces por año, de tal manera que cada médico vaya pasando por distintos servicios o Stationen. A cada estación suele haber adscrito un Medizinalassistent en calidad de ayudante (reconocimiento general de enfermos, ayuda a operaciones, etc.), y una enfermera jefe o enfermera de estación (Stationsschwester), encargada de supervisar todo el trabajo de las enfermeras y hacer que se cumplan eficazmente las indicaciones médicas. Como jefe clínico o supervisor de todas las estaciones está el Oberarzt o superior, que a su vez actúa bajo las órdenes del director o jefe supremo de la clínica (Chefarzt).

Al médico español se le ofrecen posibilidades para trabajar como Medizinalassistent, Assistenzarzt o Stationsarzt, y en algunos casos incluso como Oberarzt. El médico, recién terminada la carrera, con poca experiencia médica y pocos o nulos conocimientos del idioma, puede lograr un puesto de Volontärarzt (equivalente en cierto modo a Medizinalassistent), con miras a, más adelante (un año o antes), optar a un puesto de Assistenzarzt o Stationsarzt, una vez que sus conocimientos del idioma sean más sólidos.

Como Medizinalassistent se viene a ganar unos 600 marcos bruto (en casos especiales, hasta 1.000 marcos), que, una vez realizados los correspondientes descuentos, se quedan aproximadamente en unos 500 marcos mensuales (7.400 pesetas), tratándose de un médico soltero, de unos veintiocho años de edad. Casado y con más edad, el descuento es menor y el sueldo algo más elevado. En gran número de clínicas se puede disponer de habitación y comida, por lo que se descuentan mensualmente unos 125 a 150 marcos, quedando entonces unos 300 a 350 marcos libres para gastos personales.

Cuando los conocimientos del idioma son apreciables, y más si se tiene la experiencia que dan unos años de ejercicio profesional en España, no es difícil lograr una plaza de Assistenzarzt o Stationsarzt, con una asignación mensual de 900 a 1.350 marcos brutos, incluídas guardias, y según edad o estado civil. Un joven soltero de veintiocho años viene a ganar de 900 a 1.000 marcos netos, verificados los descuentos, según la categoría de la clínica.

Al médico español solamente se le permite el ejercicio dentro de una clínica u hospital, sin dedicación a la clientela privada, debiendo figurar inscrito como colegiado en el Colegio Médico (Arztekammer) del Estado o región correspondiente, con la cuota anual de abonado de 32 marcos (Assistenzarzt) o 8 marcos (Medizinalassistent). Puede al mismo tiempo obtener el título de doctor en el término de uno o dos años, después de realizar un trabajo médico determinado, y también lograr el reconocimiento como especialista (Facharztanerkennung) trabajando en una clínica habilitada para ello, en calidad de Assistenzarzt o Stationsarzt, un tiempo variable de tres a cinco años, según la especialidad médica. Una vez finalizado este período, y a petición del jefe de la clínica, el Colegio de Médicos (Arztkammer) concede el título de médico especialista (Facharzt), que permite el ejercicio libre de la Medicina privada y seguro de enfermedad nacional (Krankenkasse), en igualdad de condiciones y derechos que cualquier médico alemán. En Alemania el seguro de enfermedad es de carácter libre en cuanto a la elección de médico.

En ocasiones es posible convalidar, tras los trámites correspondientes, parte del tiempo trabajado en España, siempre que se pueda acreditar de una manera cierta y detallada la actuación en una clínica u hospital reconocidos, con un número de camas y condiciones idóneas para el ejercicio de la especialidad que se pretende obtener. El trabajo realizado en una policlínica no se convalida por más de un año.

A continuación transcribo el cuadro de especialidades de la Medicina alemana actual y el tiempo necesario para lograr el título correspondiente (Facharztausbildung), según orden de 11 de febrero de 1958:

1) Medicina interna (Innere Krankheiten): cinco años.
2) Enfermedades del pulmón (Lungenkrankheiten): cuatro años.
3) Pediatría (Kinderkrankheiten): cuatro años (tres años, enfermedades de niños; un año, en otra especialidad).
4) Neuropsiquiatría (Nerven- und Gemütskrankheiten): cuatro años.
5) Dermatología-Venereología (Haut- und Geschlechtskrankheiten): tres años.
6) Cirugía (Chirurgie): cinco años.
7) Ortopedia (Ortopädie): cuatro años (un año, Cirugía; tres años, Ortopedia).
8) Urología (Urologie oder Krankheiten der Harnwege): cuatro años (un año de Cirugía, tres años de Urología y medio año Uroröntgenología).
9) Boca y Maxilofacial (Mund- und Kieferkrankheiten): tres años.

10) Neurocirugía (Neurochirurgie): cinco años (tres años, Neurocirugía; un año, Cirugía, y un año, Neurología).
11) Toco-Ginecología (Frauenkrankheiten und Geburtshilfe): cuatro años.
12) Oftalmología (Augenkrankheiten): tres años.
13) Garganta, Nariz y Oídos (Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten): tres años.
14) Anestesia (Anästhesie): cuatro años (un año, Cirugía; dos años, Anestesia; medio año, Farmacología; medio año, Medicina interna).
15) Radiología (Röntgen- und Strahlenheilkunde): cuatro años.
16) Laboratorio (Laboratoriumsdiagnostik): cuatro años (un año, Medicina interna; dos años, Química clínica y fisiológica; un año, Bacteriología y Serología).

Y ahora pasemos al asunto principal: de cómo conseguir una plaza de asistente en un hospital o clínica. Para lograrlo existen distintos conductos; pero creo que, entre todos, la manera más fácil es poniéndose en comunicación directa con una clínica mediante carta o visita, o también anunciándose en la revista que edita el Colegio de Médicos de Alemania, cuya dirección es la siguiente:

Arztliche Mitteilungen.
Deutsches Arzteblatt.
KOLN.
Melchiorstr. 12-14.

En esta revista figuran también las plazas vacantes de los distintos hospitales de la República federal alemana.

Para optar a un puesto de asistente médico es necesario estar en posesión del título de licenciado en Medicina, legalizar dicho título en los Ministerios de Educación Nacional y de Asuntos Exteriores españoles, sucesivamente, y, junto con varias copias mecanografiadas, traducidas al idioma alemán, presentarlo en la Embajada alemana, para su legitimación y correcta supervisión. Un «curriculum vitae» (Lebenslauf) y certificados de los centros hospitalarios en que se han prestado servicios hasta el presente, todo ello traducido al idioma alemán, junto con las copias mecanografiadas del título antes mencionadas, son los documentos necesarios que, una vez en comunicación con la clínica que concede la colocación, habrá que enviar a ésta y al Ministerio Social del Estado o región correspondiente (Sozialministerium) en que la clínica está situada, para de esta forma obtener el permiso ministerial que permite el ejercicio profesional en dicha región. La administración del hospital (Verwaltung) se encarga de indicar y orientar sobre los demás requisitos a cumplimentar, la mayoría a realizar una vez asignado el puesto y radicado en Alemania.

El trabajo a realizar suele ser de ocho horas diarias, con horario de 8 a 13 y de 16 a 19, aparte de un número de guardias (Dienst), variable de unas clínicas a otras (corrientemente, de cuatro a ocho al mes). Dos días a la semana, el sábado y otro viable a voluntad, se trabaja solamente hasta mediodía. En conjunto puede decirse que se trabaja menos que en España, pero sometido a normas más rígidas, en especial en cuanto al horario, que hace a la ciencia médica desligarse del clásico grupo de profesiones liberales, perdiendo con ello, no cabe duda, muchos de sus encantos. No es fácil para el médico español, acostumbrado a la práctica hospitalaria y privada variables, con frecuentes cambios de lugar de trabajo, someterse a esta disciplina de horario fijo, que crea un tanto de hastío y monotonía.

La acogida y trato, tanto de los colegas como de los pacientes alemanes, es sinceramente bueno, y, salvo algunas pequeñas excepciones lógicas, en general

somos objeto de bastantes muestras de simpatía, siempre que nuestro comportamiento se haga acreedor a ello. Comprensible es que el hecho de encontrarse en un país de psicología tan distinta a la nuestra, sea motivo de algún que otro problema sentimental y educacional, que, sin embargo, con comprensión y recto juicio fácilmente se desvanece.

El problema del idioma, aunque grande, creo que con estudio e interés se puede resolver en el término de un año, lo suficiente para poder ejercer la profesión con completa facilidad.

Indudablemente que son mayores los beneficios que los perjuicios que el médico joven puede lograr en este país, donde se encuentran aunados el ejercicio de la profesión, el estudio, la especialización y, al tiempo, cierto desahogo económico, cosas éstas que difícilmente logrará ver unidas, en su ejercicio profesional en España, al poco tiempo de abandonar las aulas.

Para finalizar, quiero aprovechar el momento para enviar, a través de estas páginas, un saludo a todos los médicos españoles, con el ferviente deseo de que lo expuesto aquí pueda servirles de alguna utiildad, cosa que sinceramente celebraría.

(De «Archivos de la F. de Medicina de Madrid».)

HOMENAJE A UN MEDICO ARAGONES



El Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, General Alonso Vega, imponiendo las Cruces de Beneficencia y Sanidad al Dr. D. Ramón Mozota Sagardía.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 450 - TOMO LXXVI
SEPTIEMBRE 1963
SECCIÓN VARIA

SOCIOLOGÍA MÉDICA

LA OBRA MÉDICA ASISTENCIAL DE NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO

LLAMAMIENTO A LOS COMPAÑEROS. ¡UNIÓN Y HERMANDAD!

POR EL

DR. ANTONIO DE SOROA Y PINEDA

MADRID

Al escribir por vez primera en la revista "Clínica y Laboratorio", quiero rendir un homenaje de emocionado recuerdo al que fue excelente amigo y compañero prócer, doctor Ricardo Horno Alcorta, fundador de la misma. Y también manifestaré mi agradecimiento a su hijo, el doctor Horno Liria, que ha tenido la atención de ofrecerme esta revista para que en sus columnas me ocupe del tema que verá el lector y que interesa por igual a cuantos tenemos el honor del título de médico.

En muchos años que llevamos escribiendo sobre multitud de aspectos relacionados con el ejercicio de nuestra profesión, guiados por un idealismo de hermandad que no estimamos jamás como una utopía, hemos manifestado el dolor que nos produce la falta absoluta de unidad en la corporación, el ver cómo al socaire de elevar capillitas ordenadas por escuelas o consignas con bastardos o ególatras fines, hemos sido muchas veces divididos para apartarnos así de levantar nuestra propia catedral, con el esfuerzo de la unión entre todos los compañeros. Y precisamente debido a este entendimiento mutuo, esa defensa en todos sentidos que siempre debió existir nos ha faltado en múltiples ocasiones; y así cada uno va meditando en su intimidad que muchas de las cosas que suceden a la colectividad, de las que nos lamentamos e incluso públicamente se manifiestan nuestras quejas, solamente hay que achacar la responsabilidad, la plena culpa a nosotros mismos, por tolerar lo que no se debiera consentir. Es triste decirlo, pero es la realidad.

Cierto también que muy pocas veces hemos encontrado el apoyo que se buscaba, en una decidida colaboración y defensa de nuestros intereses por aquellas representaciones oficiales que debieron levantar bandera para ensalzar, ennoblecer y reclamar justicia, como correspondía a su cometido. Hay que procurar que en fecha próxima nuestros representantes, elegidos por nosotros en aquellos compañeros que nos ofrezcan mayor garantía para los cargos que hayan de ocupar, sean los auténticos paladines en quienes encontremos celo y entusiasmo para no ser meros figurones. Y para lograr tales representaciones hay que abandonar toda ideología que no sea la del compañerismo, hermandad y comunidad de intereses hasta alcanzar el prestigio de la profesión que nos es común.

Nuestro idealismo no es un sueño. Puede y debe ser una realidad. La unión entre nosotros ha tenido y tiene unas demostraciones muy significativas en los hechos que ahora expondremos. Hemos vislumbrado esa unión, ese compañerismo, ese afecto mutuo que en nuestra intimidad sentimos para ayudarnos mutuamente, con innata caridad, ante aquellas circunstancias en las que todos podremos encontrarnos, cuando el desamparo, la jubilación, la invalidez nos hagan caer en angustias y miserias, circunstancias en que incesantemente vemos a muchos compañeros. ¿Quién no ha de apiadarse de aquellos colegas ya inactivos para el trabajo, que están sumidos en toda clase de privaciones sin poder cubrir las más perentorias necesidades de la familia o propias? Y es que cuando llega la fecha de ser uno jubilado, parece como si el mundo entero cayese sobre la familia, sin que las pensiones de pasivos sirvan siquiera mas que para arrastrar hasta el final de la existencia toda clase de penurias. Esto no debe suceder, y los médicos, sin excepción, *no podemos tolerar que esas situaciones se repitan.* Hay que prevenir; hay que remediar. Por los compañeros y por nosotros mismos. Y ya que oficialmente no se ha fundado esta ayuda, hemos de salir de nuestro marasmo para sentirnos satisfechos de no haber dejado al compañero viejo y desvalido, a cualquier colega que lo necesite, que consuma su existencia en horizontes tan oscuros, pues nuestra hermandad así nos obliga.

Pues bien. Pensando en este sentido y tras muy largos estudios para remediar el problema, ha levantado bandera para esta defensa y ayuda mutua, nuestro incomparable compañero el doctor Galán, Presidente del Colegio de Médicos de Avila. Inicialmente pensó en establecer la ayuda a los compañeros viejos o jubilados (Ayuda a Médicos Senectos), y a tal fin se publicó un folleto que se repartió a todos los colegas de España, donde se hacía la defensa de aquellos compañeros ya pasivos o imposibilitados por la edad para ejercer, y al mismo tiempo invitaba a los colegas a adherirse a esa obra. Simultáneamente ha sido constituído en Madrid un Comité para iniciar, trabajar y consolidar todo cuanto pueda ser preciso para fundar esa ayuda. De este Comité fue nombrado secretario el firmante de estas líneas. Hemos tenido el placer de escribir diversos artículos publicados en distintas revistas profesionales, para despertar el interés de los compañeros y pedirles su colaboración. El resultado de la propaganda no se ha hecho esperar y ha rebasado todo cuanto pudimos pensar en beneficio de los compañeros. Varios millares de adhesiones obran ya en nuestro poder, y nos ha sorprendido que los médicos jóvenes, dando un ejemplo maravilloso, quieran contribuir al auxilio que habíamos solicitado. Ya no se trata de la inicialmente concebida como ayuda «Pro-Senectos». Ahora, descubiertos amplísimos horizontes, con prometedoras esperanzas, podemos asegurar que esta asociación ha de atender a todos los necesitados, preferentemente a los de más edad, pero sin excluir a cuantos verdaderamente se encuentren en situación económica apurada para poder atender necesidades urgentes.

La idea del doctor Galán es maravillosa. Ha sido inmediatamente comprendida por los compañeros, y las infinitas cartas de adhesión que se han recibido vienen escritas con frases emotivas y de un entusiasmo colosal. Todo esto ha animado a proseguir nuestras gestiones, encauzarlas para más amplia eficacia y hacer extensivo por todos cuantos medios sean factibles el cubrir todas las necesidades humanas de nuestros colegas. Hay propósito de establecer residencias para compañeros ancianos sin recursos ni familia, ayudar económicamente a las viudas y huérfanos

a quienes no alcance otra ayuda oficial, procurar una asistencia médica y quirúrgica y, en resumen, tratar con espíritu de hermandad, sin producir vejación alguna y dando una vida sosegada y alegre a quienes ya no pueden trabajar y se encuentren sin recursos suficientes.

Esta labor lleva, como ya queda dicho, una marcha inicial magnífica. Se conseguirá el objetivo propuesto *si todos los compañeros se adhieren a ella*, sin la menor excepción, ya que es una obra de previsión para el día de mañana, en que nosotros mismos pudiéramos necesitar de la ayuda de otros compañeros. Y hay que tener en cuenta que los médicos, salvo raras excepciones, no somos clase rica y mucho menos hoy con nuestra labor socializada y sujeta a unos sueldos escasos, que cuando lleguen a la jubilación y se conviertan en derechos pasivos, se han de reducir y notar un cambio brusco al encontrar una merma fuerte, que es notoriamente ridícula para sobrevivir.

Lector, compañero: si tu situación económica, en activo o jubilado, es desahogada, piensa en la mayoría de quienes teniendo el mismo título profesional pasan por privaciones y angustias que les imposibilitan enfrentarse con la vida. Si en la actualidad tus ingresos no son muy abundantes, procura acordarte de los que están todavía en peor situación y toma las precauciones necesarias para que el día de mañana te ayuden. Estas medidas han de responder al dictado de tu más íntima conciencia, que te induce a tener caridad, *digna caridad*, con tus colegas y no permitir que nadie de nosotros, que vamos devolviendo la salud a los demás, seamos olvidados por nosotros mismos y nos portemos como auténticos hermanos buscando en todas formas que no sea una frase vulgar lo del compañerismo. *Seamos compañeros por encima de todo y busquemos en la unión esa hermandad* que ha de levantar el prestigio de nuestra corporación.

Y ahora que con este motivo estamos contemplando esa unión, como jamás la conocimos entre nosotros, cada uno debe aprovechar el momento para adherirse a nuestra obra y entre todos hacer esta colosal labor que nos interesa sin exceptuar a nadie. La *Obra Médica Asistencial (O. M. A.) de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro*, llama a tus puertas y extiende la mano para que colabores a su inmediata realidad. No desoigas la voz de los compañeros que te necesitan y acuérdate que tú mismo pudieras necesitar de ellos. ¡Hoy por ti y mañana por mi!

La comisión central de la Obra Asistencial Médica, ha quedado establecida en Madrid, constituída por los doctores Bertoloty (presidente), Galán (vicepresidente), Soroa Fineda (secretario), Amaniel, Ruiz Heras, Noguera y Mallol de la Riva, como vocales. En fecha próxima serán nombrados los compañeros delegados en provincias. Por el momento deben enviarse todas las adhesiones al título *inicial* que se dio a esta obra, dirigiéndose en esta forma: *Comité Pro-Médicos Senectos. Calle de Fortuny, 33. Madrid* (4).

En fecha próxima se repartirá a todos los médicos un folleto con amplia información sobre la O. M. A. e interesante colaboración de prestigiosos compañeros.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963

FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. CÁTEDRA DE PATOLOGÍA MÉDICA B.
Profesor LA FIGUERA

LA FUNCIÓN RENAL EN LAS AFECCIONES ENDOCRINAS (*)

POR

M. ANDÉRIZ LÓPEZ, J. CEBOLLADA MURO y A. ESCUDER GÓMEZ

ZARAGOZA

Son poco conocidas las alteraciones de la función renal en las dolencias del sistema endocrino, y cuando la Real Academia de Medicina de Zaragoza convocó, en 1961, el «Premio Gari», con el título «Alteraciones funcionales del riñón, de origen metabólico y endocrino», comenzamos a preocuparnos de este tema, que, convenientemente ampliado y limitándonos sólo al aspecto de las glándulas de secreción interna, constituye el objeto de nuestro actual trabajo.

PLANTEAMIENTO

Actualmente se considera que el riñón tiene múltiples funciones. Siguiendo a DE WARDENER [37], ORSOLA MARTÍ [25] y PEDRO-PONS [26], podemos resumirlas en estas tres:

a) *Formación de la orina*, con lo que ello supone de depuración y mantenimiento de la constancia del medio interno.

b) *Mantenimiento del equilibrio hidrosalino y electrolítico* del organismo.

c) *Regulación y conservación del pH orgánico.*

Estas funciones las cumple por la acción conjugada de los distintos elementos de la nefrona: sistema glomerular y sistema tubular, de forma que hoy nos es bastante conocida, al menos en sus líneas generales. Recientes estudios de HARGITAY y KUHN [40] parecen esclarecer el papel del asa de Henle en la elaboración de una orina hiperosmótica con relación a la sangre, mediante el mecanismo llamado de «regulación por contracorriente».

En la filtración a través de la membrana glomerular influyen sobre todo dos factores, aparte del estado en que se encuentre el glomérulo: la presión arteriolar filtrante y las resistencias oncóticas debidas a las proteínas del plasma. Es susceptible, pues, de alterarse el volumen del filtrado glomerular en todas aquellas afecciones que cursen con variaciones importantes de la tensión arterial, así como de las proteínas del plasma.

(*) Este trabajo ha sido realizado en su totalidad en el Servicio de Patología Médica del profesor LA FIGUERA, y bajo su dirección.

La reabsorción a través de las paredes de los túbulos es sumamente compleja, interviniendo en ella los sistemas enzimáticos de las células de los mismos, y nos falta aún por conocer mucho de lo referente a ella. Se sabe la acción de ciertas hormonas y fermentos en esta reabsorción tubular, y de ahí se plantea la posibilidad de encontrar alteraciones renales, al menos funcionales, en diversos tipos de endocrinopatías. Estas alteraciones funcionales del riñón, que han sido llamadas disnefrias por JIMÉNEZ DÍAZ, son someramente estudiadas por SOSKIN [34], ALBEAUX FERNET [1] y DUSKO JELAVIC [8], entre otros, en nuestros días.

Algunas de estas alteraciones funcionales del riñón son clásicamente conocidas, como ocurre con el síndrome de Kimmelstiel-Wilson, en la diabetes mellitus; otras no lo son tanto, y aquí hay que colocar la mayoría de las endocrinopatías; y otras son, finalmente, insospechadas o desconocidas.

LIMITACIÓN

Desde dos aspectos podemos enfocar las alteraciones renales en las endocrinopatías: *orgánico* o histopatológico y *funcional*. Dentro de este segundo modo de considerarlas, podemos ver dos tipos de alteraciones: las de la función glomerular y las de la función tubular.

Todas las afecciones que cursan con hipertensión, aumentan el filtrado glomerular, y con frecuencia, el volumen urinario, como es el caso, dentro de las enfermedades endocrinas, del Cushing, del feocromocitoma, del hipertiroidismo y de los hiperaldosteronismos. De inversa forma, en las afecciones endocrinas hipotensivas, como son el Addison, el Seehan, el mixedema y alguna otra, se produce el fenómeno inverso.

Las lesiones funcionales tubulares son muy numerosas en la patología endocrina. Actualmente se conocen tres acciones indiscutibles de hormonas sobre la función tubular:

a) La adiuretina, que aumenta la resorción del agua en el túbulo distal, originando su carencia la llamada diabetes insípida, y su exceso la mucho menos conocida diabetes tenuifluus.

b) La aldosterona, o «sodium retaining factor», necesaria para la resorción del sodio en los túbulos, y con él del agua necesaria. Hoy es muy extensa la patología de esta hormona. Su exceso da lugar a los hiperaldosteronismos primario o de Conn y secundario o de Mach, mientras que su defecto, patente en el Addison, se traduce por pérdida de sodio.

c) La hormona paratiroidea, cuya acción demostrada es impedir la reabsorción de los fosfatos en los túbulos. El hiperparatiroidismo y el hipoparatiroidismo van acompañados de un copioso síndrome humoral del calcio y de los fosfatos.

Nosotros nos vamos a ceñir aquí a comentar los hechos deducidos de nuestras observaciones en cincuenta y un enfermos endocrinos de la clínica médica del profesor La Figuera, en el curso de año y medio aproximadamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha partido, para la realización del trabajo, de las salas de mujeres de nuestro Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial de Zaragoza, casi siempre a partir de enfermas ingresadas, dadas las dificultades que presenta la correcta exploración renal en personas sometidas a observación ambulatoria.

Previo el diagnóstico correcto endocrino de cada caso, y la valoración del grado de su dolencia, se procedió a explorar sistemáticamente el riñón en todas

las pacientes, según técnica propia publicada recientemente en «Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza» [3].

Las exploraciones funcionales renales comprendieron tres partes:

a) Análisis elemental de orinas en todos los casos: densidad, reacción, albúmina, glucosa, elementos biliares y sedimento urinario. Investigación de sangre y elementos extraños. Análisis de sangre desde el punto de vista nefrológico: urea y catabolitos nitrogenados, sodio y potasio, aparte de las determinaciones propias de cada caso, unidas a la historia clínica correspondiente.

b) Exploración urológica y radiológica de las pacientes, casi siempre mediante urografía de eliminación esta última parte.

c) Pruebas funcionales propiamente dichas.

Los esquemas que suministramos más adelante, a modo de resumen del trabajo, y en honor a la brevedad y claridad del mismo, se refieren únicamente a este último apartado, haciendo constar en los casos que valga la pena, las particularidades halladas en el resto de la exploración.

Nos enfrentamos con la dificultad de elegir las pruebas oportunas de la función renal. En general, la exactitud de una prueba funcional de riñón lleva aparejadas notables dificultades de realización y de interpretación, aparte de la intolerancia de las pacientes a muchas de ellas. Las pruebas más sencillas son más inexactas, en general.

a) La filtración glomerular la hemos explorado por la técnica de VAN SLYKE en dilución, siguiendo el parecer de NIETH [24], HEIDENREICH [15] y otros muchos. Esta técnica, muy revalorizada actualmente, es sencilla y de fácil ejecución, conociéndose bien las posibles fuentes de error de la misma. Nos ha dado resultados muy aprovechables en la práctica clínica.

La prueba de REHBERG, de aclaramiento de la creatinina es de ejecución igualmente sencilla, pero tiene un inconveniente no pequeño: los métodos de determinación de la creatinina son de un gran margen de inexactitud en general, y lo exiguo de las cifras de este compuesto hace muy fáciles los errores desmesurados, lo cual nos ha hecho desecharla.

b) La función túbulo-proximal secretora ha sido evaluada por la conocida prueba del rojo fenol, o fenolsulfontaleína, de ROWNTREE y GERAGHTY, la cual es sumamente cómoda para el médico y el paciente, y de exacta colorimetría. Tiene el pequeño inconveniente de tener que sondar al enfermo, maniobra que, por otra parte, también hay que realizar en la prueba de VAN SLYKE. Tenemos escala propia de patrones, y hacemos la lectura con fotómetro y filtro verde, Beckmann-13847.

En cuanto a la función absorbente del túbulo, creemos que tiene grandes dificultades la determinación de la tubular máxima de la glucosa, que por otra parte exige la determinación previa del aclaramiento de la inulina o del manitol. Creemos que la determinación del sodio en sangre y la evaluación del sodio eliminado por la orina, pueden dar una idea aproximada de la misma, con un valor parecido a la del aclaramiento ureico, pero de esta prueba nos ocuparemos en próxima publicación.

En cuanto a la evaluación de la función túbulo-distal, consideramos la técnica de ALBARRÁN como la mejor por su sencillez y exactitud. La orina en concentración la obtenemos en ayunas después de una cena sin agua, y la cifra de dilución la tomamos días más tarde aprovechando la dilución forzosa de la prueba de VAN SLYKE, que es asimismo conveniente para la valoración del rojo fenol.

Las cifras de aclaramiento glomerular las hemos expresado en tantos por ciento, considerando normal el 100 por ciento, más o menos 15. La razón de ello es que

no es el mismo el MBC (máximum basal clearance) en unos casos o en otros, ya que varía normalmente, como es sabido, entre 55 y 77 c. c.

Hemos dividido los pacientes en cuatro lotes: el mayor, integrado por diecinueve diabéticas de varios tipos; otro formado por trece hipertiroidismos; un tercer grupo a base de diez pacientes de hipofisopatías, y el último grupo integrado por nueve enfermas de distintas endocrinopatías. Todos los casos que hemos registrado en mujeres de patología endocrina en dieciocho meses.

ALTERACIONES EN LA DIABETES MELLITUS

Nuestros resultados se exponen en el cuadro primero:

CUADRO I

RESUMEN DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RENALES VERIFICADAS EN ENFERMOS DIABETICOS

	Inic.	*Edad*	*Densidad Conc.*	*Dil.*	*V/m.*	U_s	U_o	*MBC%*	*Rojo F.*	*Acetona y glucosa*
1.	J. G. M.	54	1031	1020	3'07	0'5	7'5	87		Ind. —
2.	S. U. R.	62	1024	1011	1'83	0'15	7'5	120		5 —
3.	E. G. T.	55	1036	1014	0'68	0'38	25	95		26 +
4.	M. C. J.	62	1028	1006	4	0'25	5	105		22 +
5.	A. B. D.	71	1040	1025	1'33	0'40	12'5	85		44 +
6.	A. C. O.	76	1038	1035	2'5	0'40	8'75	72		Neg.
7.	M. T. O.	49	1023	1017	4'3	0'32	5	89		8 —
8.	P. L.	66	1014	1013	1'6	1'40	5	8	K. W.	22 ++
9.	P. M.	56	—	—	2'5	0'40	6'25	51		Hipertensa
10.	C. G. M.	17	1042	1015	2	0'40	11'25	77	65	58 ++ ++
11.	V. M. S.	28	1029	1015	4'3	0'40	7'5	108	75	23 ++
12.	M. C. B.	66	1025	1010	5'4	0'40	5	90	65	2 —
13.	P. R. C.	37	1026	1005	4'2	0'32	10	175	80	18 +
14.	R. A. U.	38	1022	1021	6'5	0'38	15	346	45	—
15.	M. P.	63	1018	1004	9'7	0'5	3	65	80	Hipertensa
16.	M. B. J.	62	1028	1006	4	0'25	5	105		23 +
17.	P. C. A.	23	1048	1036	4	0'40	11	158	72	40 ++
18.	I. T. T.	67	1023	1020	0'64	0'30	20	30	75	
19.	V. S. M.	50	1023	1008	0'16	0'2	5'5	19		

Inic. = Iniciales del nombre y apellidos del paciente.
Densidades: en concentración y dilución.
Vol. minuto = Obtenido sobre 70 minutos.
U = Urea en sangre, en gr./mil.
U = Urea en orina, en gr./mil.
MBC % = Cálculo porcentual del máximo aclaramiento ureico. Normal 100 por ciento.
Rojo F = Prueba del rojo fenol. Normal: 70-80.
Acetona y glucosa = Indicada la primera en cruces y en gramos la segunda.
K. W. = Síndrome de Kimmelstiel - Wilson.

Nuestro estudio en diabéticos nos lleva a una conclusión que parece destacar como hecho inconcuso sobre los demás: las altas cifras de aclaramiento glomerular que logran estos pacientes, debidas sin duda a la necesidad de desembarazarse del exceso de glucosa inútil. Según DE WARDENER [37], la glucosa se elimina por el glomérulo en condiciones de absoluta iso-osmolaridad con la sangre, y al resorberse en el túbulo lo hace acompañada de gran cantidad de agua, lo cual exige forzosamente un considerable aumento del flujo sanguíneo glomerular y el aumento de los clearances consiguiente.

Claro está que, dadas las frecuentes complicaciones del diabético crónico, de las que la más notable tal vez sea la arteriosclerosis, pensamos con LEGRAIN [19] que las alteraciones glomerulares, dependientes de la afectación de las arteriolas renales, serán más frecuentes en diabéticos viejos o antiguos, que en diabéticos juveniles, y así lo confirma la práctica, ya que los aclaramientos observados son muy altos en las jóvenes, en las que no ha tenido lugar a manifestarse la arteriosclerosis.

La tendencia, señalada por LABHART [17], a padecer más frecuentemente estos enfermos calculosis renal, infecciones urinarias y necrosis papilar, no la hemos observado en absoluto. Los sedimentos de nuestras diabéticas resultaron menos piúricos incluso que los del resto de las pacientes; es más, no hay recogida ninguna infección urinaria en nuestros casos de diabetes juveniles, algunas de las cuales llevan tres años en el Servicio.

En nuestro caso de nefritis de KIMMELSTIEL-WILSON, el síndrome acusado fue glomerular predominantemente, con un aclaramiento ureico muy bajo, de 8 por ciento de lo normal, y una evidente disminución del flujo renal. Para MARILYN y colaboradores [22], este síndrome es una nefritis intersticial con hialinización renal y depósito de glicoproteínas en las arteriolas, ocluyendo su luz y llegando a hacer irreversible el proceso.

En un caso de coma diabético observado y explorado con estas técnicas, el shock que presentó la paciente hizo imposible la determinación de los aclaramientos, ya que la intensa deshidratación de los comas diabéticos falsea todas las pruebas renales que podamos verificar.

También hemos registrado un caso inverso: un coma insulínico al que se pudieron hacer las pruebas de función renal. Es el caso catorce del cuadro, y puede apreciarse que, aparte de la escasa diferencia de densidades en concentración y dilución, debida a la urgencia del estado hipoglucémico, y del exiguo margen de rojo fenol eliminado, el aclaramiento ureico fue más bien alto, el más alto encontrado en estos pacientes.

En conclusión de lo dicho, bien podemos decir que en los diabéticos, más que alterarse el riñón, lo que sucede es que ayuda a desembarazarse al organismo del exceso de glucosa. Cuando empiezan a aparecer las lesiones renales, empieza la descompensación de la diabetes en muchos casos. Esto explica que no pueda haber paralelismo entre la glucosuria y la cifra de glucemia, y que según el estado funcional del riñón estén relacionadas ambas cifras.

Respecto del comportamiento a seguir con los pacientes diabéticos, creemos que es de suma utilidad el estudio de su función renal, al menos cada dos o tres años, habida cuenta de las frecuentes complicaciones de este órgano en la diabetes mellitus. El grado de arteriosclerosis lo evaluamos en razón directa de la disminución del aclaramiento ureico.

En cuanto a las relaciones entre la función renal y la acetonuria, no encontramos relación alguna.

ALTERACIONES EN EL HIPERTIROIDISMO

En líneas generales está admitido, y así lo manifiesta SOSKIN [34], que el tiroides actúa sobre el riñón aumentando el flujo sanguíneo del mismo, como en todos los órganos, por lo que aumentan los aclaramientos glomerulares en el hipertiroidismo simple, no complicado. KATAFUKU [14] observa una poliuria constante en los animales sometidos continuamente a la administración de hormonas tiroideas; CHVOS-

TECK [5] señala la poliuria como síntoma del Bassedow, y LUNDBAEK [21] observa que la intensa pérdida de agua por perspiración y tisular de estos pacientes hace menores todavía los valores de la poliuria de lo que serían en realidad.

El flujo renal y los aclaramientos los considera HEINBECKER [16] aumentados en los hipertiroidismos; FUJIMAKI e HILDEBRANDT [10] comprueban el exceso de eliminación urinario de cloro y sodio en estos enfermos, coincidiendo con la elevación de estas cifras en sangre. ROMERO AGUIRRE [30] también reconoce el papel del tiroides en la hipertrofia compensadora del riñón.

Nosotros encontramos casi constantemente aumentado el volumen minuto urinario, y los aclaramientos ureicos, éstos de forma considerable. Incluso en las ocasiones en que el hipertiroidismo coincidió con otras afecciones, como el esprúe y la llamada craneopatía metabólica, se conservaron altos estos valores. Las restantes pruebas también las hemos hallado normales en la inmensa mayoría de los casos.

La interpretación de estos resultados la juzgamos hasta cierto punto sencilla y lógica. Efectivamente, en el hipertiroidismo está aumentado el metabolismo orgánico en general, y particularmente hay un balance nitrogenado negativo, que llevaría a la acumulación en sangre de sustancias procedentes del metabolismo de las proteínas: urea, creatinina y ácido úrico principalmente. La respuesta renal eliminatoria del exceso de catabolitos no puede ser otra que la hiperfunción.

No son sólo las sustancias procedentes del desecho de las proteínas las eliminadas por el riñón en mayor cuantía en estos enfermos, sino también el calcio, los fosfatos, el potasio e incluso la glucosa, como es sabido. Probablemente aumenta el efecto ahorrador de sodio del riñón en los hipertiroideos.

El origen de esta hiperactividad renal hay que buscarlo en el aumento del flujo arteriolar de esta víscera en los excesos funcionales del tiroides, ley general que sigue todo el organismo. Parece ser que, bajo la acción de las hormonas tiroideas, el organismo acelera su metabolismo, tanto en lo que se refiere al consumo, como a la eliminación, distribución e incluso al obligado ingreso de los elementos plásticos rápidamente metabolizados.

En el cuadro II exponemos un resumen de estos resultados en nuestros enfermos hipertiroideos. También aquí, como decíamos en el caso de la diabetes melli-

CUADRO II

RESUMEN DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RENALES VERIFICADAS EN ENFERMOS HIPERTIROIDEOS

	Inic.	*Edad*	*Densidad* Conc.	Dil.	*V/m.*	U_s	$U_{„}$	*MBC%*	*Rojo F.*	*Acetona y glucosa*
1.	M. R. F.	31	1024	1005	3	0'31	11'25	150		
2.	R. N. A.	60	1025	1010	9'5	0'35	5	178		
3.	M. D. E.	45	1025	1006	2'3	0'19	7'5	120		
4.	C. I. C.	29	1027	1011	1'16	0'25	20	154	65	
5.	S. R. G.	20	1032	1004	4'4	0'30	5	96		
6.	C. A. C.	56	1018	1013	3	0'30	10	131	72	
7.	G. A. S.	20	—	—	0'75	0'30	11'25	58		
8.	A. M. G.	29	1033	1010	4'28	0'24	11	200	60	
9.	P. E. G.	35	1033	1017	2'3	0'33	7'5	80	60	
10.	C. P. G.	30	1026	1005	3'35	0'18	6'25	165	70	
11.	A. G. S.	47	1028	—	0'86	0'46	6'25	24		
12.	C. V. G.	41	1024	1011	4'3	0'32	6'25	110	48	Sprúe
13.	A. B. C.	29	1026	1015	3'8	0'49	27	304	Craneop.	metab.

tus, el riñón juega un papel primordial en el mantenimiento del estado de compensación del exceso funcional tiroideo. Mientras el hipertiroideo posea un sistema renal sano, éste responderá con hipertrofia funcional, y tal vez anatómica, ante su estado patológico endocrino; pero en el momento en que se produzca el fallo renal, si fortuitamente sucede, este fallo se verá agravado por la endocrinopatía manifestándose más rápida e intensamente la insuficiencia renal. Ello nos obliga a recomendar la exploración funcional de riñón en todos los enfermos hipertiroideos con antecedentes nefropáticos o con edad superior a los cuarenta años, de la misma forma que en ellos se vigila el estado circulatorio.

ALTERACIONES EN LAS ENFERMEDADES DE LA HIPÓFISIS

En el cuadro III está recogido el resumen de nuestras pruebas renales en las enfermedades hipofisarias. Para su comentario nos parece mejor considerar por separado las afecciones más importantes de esta glándula.

CUADRO III

RESUMEN DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RENALES VERIFICADAS EN ENFERMOS HIPOFISARIOS

	Inic.	*Edad*	*Densidad* Conc.	Dil.	*V/m.*	U_s	$U_{„}$	*MBC%*	*Rojo F.*	*Acetona y glucosa*
1.	A. S. S.	38	1033	1012	9	0'30	5	199	—	Cushing
2.	F. S. G.	29	1026	1015	2'6	0'28	12'50	156	—	Cushing
3.	J. U. C.	9	1012	1004	9'14	0'26	2'5	115	60	Fröhlich
4.	M. P. S.	16	1020	1010	1'5	0'30	5	46	70	Law-Moon-B.
5.	S. V. P.	14	1017	1002	5'7	0'20	5	200	30	Infantilismo
6.	C. M. V.	10	1007	1005	4'3	0'30	6'25	117	32	Infantilismo
7.	C. A. C.	26	1005	1004	5	0'25	6'25	164		Diab. insíp.
8.	A. B. C.	26	1025	1005	3'8	0'49	27	304		Craneop. met.
9.	E. M. I.	27	1017	1001	8'7	0'28	2'5	102	70	Craneop. met.
10.	R. A. A.	37	1029	1023	1	0'20	19	167	72	Acromegalia

DIABETES INSÍPIDA

Clásicamente se viene admitiendo que la HAD (hormona antidiurética) disminuye la diuresis, por acelerar la resorción del agua en el túbulo distal, de forma selectiva y activa, sin necesidad de ir acompañada de solutos en condiciones de iso-osmolaridad. RICHARDS [29] y WALKER [36] demostraron que esta acción se ejerce precisamente en la nefrona distal. Cuando administramos diuréticos salinos al mismo tiempo que HAD, no puede ésta inhibir la acción diurética de aquéllos, ni tampoco producir por sí sola una anuria completa (POULSSON [27]).

Para HANDOVSKY y SAMAAN [13] reduce el flujo sanguíneo renal, y SHANNON [33] opina que reduce la eliminación urinaria de cloro y sodio. LEAF [18] y WESTON [38] le atribuyen acciones en cierto modo antagónicas a la aldosterona. GOLDMAN y LUCHSINGER [12] reconocen que no interviene para nada en la regulación del ritmo urinario. Nosotros, con WHITE [39], sentábamos ya en el mencionado trabajo tres tipos de alteraciones de la función renal en la diabetes insípida, confirmados en el caso estudiado:

a) Poliuria, por defecto en la resorción distal del agua.

b) Efecto retentivo de sodio y eliminador de potasio.

c) Altos aclaramientos glomerulares, tal vez debidos en parte a la poliuria, o al aumento del flujo sanguíneo renal.

No sabemos que estas alteraciones conduzcan a la insuficiencia renal.

Síndrome y enfermedad de Cushing

Podemos incluirlos en la patología hipofisaria o suprarrenal, ya que en esencia dependen de un aumento del ACTH, el cual origina la hipersecreción de glucocorticoides. La hipertensión y la glucemia elevada que forman parte de su sintomatología, actúan, en virtud de lo que llevamos dicho, para aumentar los aclaramientos en esta enfermedad, como así lo hemos comprobado en los casos estudiados.

Síndrome de Fröhlich

Con su variante de Laurence-Moon,Biedl, hemos tenido ocasión de estudiar tres casos: dos en el Servicio del Hospital y uno en la clínica privada. En el Fröhlich puro, o simple, no hay alteraciones de la función renal. En el caso de L. M. B. estudiado, una niña de dieciséis años con ceguera y sindactilia, amenorreica, apreciamos un bajo clearence que atribuímos al escaso volumen minuto obtenido. La función túbulo-excretora estaba conservada.

Infantilismos

Los dos casos recogidos por nosotros demostraron excelentes aclaramientos, pero bajo poder de concentrar la orina, unido a un valor de excreción tubular uniformemente bajo. ¿Se acompañaban de alguna tubulopatía congénita? Podría discutirse si lo primitivo fue la tubulopatía o la lesión hipofisaria.

Acromegalia

Para Morros Sarda [23] la hormona del crecimiento, cuyo exceso en la acromegalia y gigantismo es constante, podría producir únicamente hiperesplacnia renal en el caso de comenzar la afección en edades juveniles. Otros autores (Labhart) encuentran aumentado el tamaño de los glomérulos renales y aumentado el flujo renal. Nuestra observación está de acuerdo con éstos, pues la enferma observada presentó un aclaramiento del 167 por ciento, con un volumen minuto más bien bajo (1 c. c.), por lo que este alto valor del clearance lo atribuímos a la necesidad depuradora de nitrógeno, ya que eliminó 19 gr. por mil de urea por orina, y sabido es que en la acromegalia el balance nitrogenado es positivo.

Otras afecciones hipofisarias

No se describen alteraciones importantes de los riñones en el síndrome de Seehan-Simmonds. Una enferma que tuvimos en la sala no presentó ninguna alteración funcional renal, no habiendo sido recogida en el protocolo por haber realizado posteriormente la exploración.

Los casos de craneopatía metabólica, aparte de su difícil catalogación, no presentaron alteraciones importantes tampoco. La cifra de 304 por ciento del MBC de una de ellas la atribuímos al hipertiroidismo concomitante observado.

Otras endocrinopatías estudiadas

En el cuadro IV insertamos el resumen de nuestros resultados:

CUADRO IV

RESUMEN DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RENALES VERIFICADAS EN OTRAS ENDOCRINOPATIAS

	Inic.	*Edad*	*Densidad* Conc.	Dil.	*V/m.*	U_s	U_o	*MBC%*	*Rojo F.*	*Acetona y glucosa*
1.	R. B. G.	27	1008	1006	3	1'75	3'52	7	—	Nefrocalcinos
2.	A. C. C.	18	1021	1002	6'3	0'23	3'00	108	—	Addison
3.	I. A. S.	48	1014	1012	3'4	0'95	12'50	58	60	Addison
4.	E. A. V.	56	1028	1006	3'1	0'44	7'50	69	—	Mixedema
5.	M. A. C.	20	1013	1009	6'5	0'32	6'25	170	65	Amenor. prim.
6.	H. A.	26	1027	1010	3'7	0'28	5	88	65	Id. secundaria
7.	M. P. R.	22	1021	1005	6'1	0'30	5	133	80	Id. secundaria
8.	J. L. G.	63	1023	1005	3'41	0'15	5	149	—	Obesidad plet.
9.	M. S. C.	61	1013	1004	3'7	0'23	5	106	54	Obes. pletórica

Prescindiendo de las paratiroides, de las que únicamente hemos podido observar un caso, precisamente el marcado con el número uno, de nefrocalcinosis, que falleció a consecuencia de una insuficiencia renal, y de las que tanto se ha escrito últimamente por su relación con la resorción de los fosfatos en el túbulo renal, nos limitaremos a comentar los resultados obtenidos en la enfermedad de Addison, insuficiencias gonadales femeninas y obesidad

Addison

La enfermedad de Addison, considerada en sus términos estrictos, es un fallo de la capa glomerular de las suprarrenales, productora de mineralcorticoides, DOCA y sobre todo aldosterona. En la práctica, resulta ser un fallo global de toda la corteza (y aun de la medula) suprarrenal, pero con acentuación especial del fallo de aldosterona y DOCA.

La acción de la aldosterona sobre el túbulo renal, unas veinticinco veces más intensa que la de la DOCA, es resorber sodio. Para Rienzi [28] y Loeb [20], la diferencia entre ambas hormonas mineralcorticoides sería que la DOCA retiene agua y sodio, mientras que la aldosterona sólo retiene sodio.

Los trabajos de Sala y Luetscher [31] zanjan, al parecer definitivamente, la cuestión, reconociendo poder de retener sólo sodio a la aldosterona, por su acción sobre túbulos renales, tanto proximal como distal (mucho más en el primero), siendo la DOCA retenedor de agua y los glucocorticoides, producto de la zona fascicular, excretores de la misma, en sinergismo con la anterior. La acción hipertensora de la aldosterona, parece ser que se ejerce por el fenómeno de retener sodio, según Dahl [6].

Según Soskin y Conn [34], en la enfermedad de Addison hay una reducción del filtrado glomerular, consecutiva a un menor flujo sanguíneo renal, opinión en la que coincide De Wardener [37]. Albeaux Fernet [2] sostiene que en los períodos incipientes de enfermedad de Addison no se altera el filtrado glomerular y sí en las fases finales, cuando ya sobreviene la oliguria.

Nuestros casos son bastante demostrativos. Una de las enfermas, joven, no presentó ninguna alteración de la función renal; la otra acusó este bajo aclaramiento de que hablábamos. Resto, normal, si exceptuamos su escasa capacidad para concentrar y diluir la orina.

Amenorreas

En nuestros resultados no encontramos alteraciones dignas de mención sobre la función renal que aparece conservada en su totalidad. Con esta opinión coinciden Dean [7] y Selkurt [32]. Si bien la creencia común es hoy día que en los hiperestronismos hay aumento de retención de agua, cloro y sodio (Thorn y Harrop [35], Cachera [4] y Birnie [11], etc.); en los estados o situaciones de déficit estrogénico no se ha podido demostrar lo contrario.

Obesidades

En nuestros casos no hemos hallado alteraciones de la función renal, si bien parece ser que cuando se acompañan de hipertensión aumenta el flujo renal, con elevación de los aclaramientos. En los casos le ateromatosis y arteriosclerosis, se sigue la ley general de los vasos, y puede llegarse a esclerosis renal, con insuficiencia global de este órgano.

Otras endocrinopatías

En nuestro caso de mixedema se puede comprobar un bajo aclaramiento ureico, precisamente inverso al que se observaba en los hipertiroidismos.

En el embarazo, una reciente monografía de Friedberg [9] demuestra que aumentan el flujo sanguíneo renal y los aclaramientos en las gestantes normales, y disminuyen en los estados pre-eclámpticos, pero como consecuencia de las variaciones que a la circulación pelviana imprime el embarazo.

RESUMEN

Hemos estudiado el influjo que sobre la función renal ejercen las diversas hormonas, en condiciones normales y, sobre todo, patológicas. Este estudio se ha realizado a la luz de reciente bibliografía y de la experimentación nuestra en la clínica universitaria del profesor La Figuera.

Hemos llegado a la conclusión de que no hay ninguna hormona que influya directamente sobre la filtración glomerular y sobre los clearances. Todas las acciones secundarias que observamos sobre los mismos en patología endocrina se deben a las variaciones halladas en la volemia y en el flujo sanguíneo renal.

Sobre los túbulos, la influencia de la presión arterial, volemia y flujo sanguíneo renal son, en cambio, prácticamente nulas. Cuando se afecta el sistema tubular es a causa de degeneraciones renales (nefrocalcinosis, eclampsia, Kimmelstier, etc.) que pueden sobrevenir en el curso de las endocrinopatías.

Hay tres hormonas de demostrada acción tubular: la aldosterona, la paratiroidea y la antidiurética. Los cuadros patológicos en que intervienen no parecen alterar notablemente la función tubular excretora, y en cuanto a la absorbente, cada una da lugar a patología propia y conocida, que ya hemos comentado.

De una manera especial podemos obtener aplicaciones de nuestro estudio al caso de la repercusión de la diabetes y del hipotiroidismo sobre el funcionalismo renal:

a) En la diabetes mellitus:

1) Hay aumento de los aclaramientos, debido a la necesidad de excretar glucosa.

2) Cuanto más avanzada se encuentre la arteriosclerosis diabética (lipopletóricos), tanto más disminuyen los clearances.

3) La exploración de la función renal ocupa un lugar primordial en los pacientes diabéticos.

4) En los diabéticos juveniles, acetonémicos, suele haber un superfuncionamiento glomerular. Su decadencia es indicio de complicación y agravación inminente.

5) Es normal la prueba de excreción tubular, realizada mediante el rojo fenol, en estos enfermos.

b) En los hipertiroidismos:

1) Hay un aumento de los aclaramientos, consecutivo al aumento del flujo renal que forma parte del cuadro de la afección.

2) La exploración funcional del riñón en estos pacientes es también de suma importancia, por lo que a la prevención de los accidentes de retención nitrogenada se refiere.

Por consiguiente, bien podemos decir que el riñón, en las enfermedades del sistema endocrino, más que contribuir por su afectación a la agravación del cuadro, contribuye, por sus funciones, a mantener compensada la endocrinopatía. Sin ser tan decisiva su influencia en este terreno como lo es en las enfermedades del aparato circulatorio o del hígado, la exploración y cuidado de las funciones renales constituye hoy día uno de los puntos de vista importantes de la endocrinología.

RESUMÉ

Nous avons fait, moyennant la révisión bibliographique et l'éxperimentation personnel, des études sur la répercusion que les maladies du système endochrine avaient sur la fonction rénale.

Nous avons trouvé que toutes ces actions se réalisent par l'influence des hormones sur la tensión arterielle et le système circulatoire, et après sur le flux rénale du sang et les clearances. Par outre, la fonction tubulaire n'est pas alteré a peine dans les endochrinopaties, sauf le cas d'affecter directement a l'aldosterone, hormone paratyroïdienne ou adiuretine.

Il faut réviser et explorer la fonction rénale, speciallement à la diabetes mellitus et aux hipertiroïdismes, en vue des consequences de la néphrone dans les afections endochrines.

SUMMARY

We have made a revision of chiest aspects pathologic of renal function in endochrine diseases, both with bibliographic and experimentale methods.

Was general rule, these actions are verified by arterial presion influences and posterior repercussion on de clearances. Tubulary function are not disturbed safe pathologic case of aldosterona, parathormone or vasopresine.

We thing it is necessary the exploration of renal function with our endochine patients, specially in diabetic and hypertiroidic persons.

BIBLIOGRAFIA

1. Albeaux Fernet y colaboradores.—«L'année endochrinologique», 1597, 7. París.
2. Albeaux Fernet y colaboradores.—«Corticoïdes et fonction rénale». *Ann. Endochr.*, 42, 1956. París.
3. Andériz, M.—«La exploración funcional del riñón en la práctica clínica». *Arch. Facultad Med. Zaragoza*, XI, 33. 1963.
4. Cachera, R.—«Oedèmes et steroïds séxuels». *Sem. Hôp. París*, 23. 1947 (2.471).
5. Chvostek, J.—«Morbus Basedow und die Hyperthyreosen». *Enzyklopädie D. Inn. Med.*, Springer, ed. 1917.
6. Dahl, L. K.—«Salt intake, adrenocortical function and hypertension». *Nature*, 181, 989. 1958.
7. Dean, A. L.; Abels, J. C., y Taylor, H. C.—«The effects of certain hormones on the renal function of man». *J. Urol.*, 53, 647. 1945.
8. Dusko Jelavic. — «Nefropatías médicas». Monografía «Roche». Madrid, 1963.
9. Friedberg, V.—«Riñón y embarazo». Monografía «Ciba». 1963.
10. Fujimaki, Hildebrandt.—«Uber den einfluss der Thyroïdins auf die Diurese». *Arch. J. Exp. Path. und Pharmac.*, 102, 226. 1924.
11. Gaunt, R., y Birnie, J. H.—«Hormones and body water». Edit. Thomas, Springfield, 1951.
12. Goldman, R., y Luchsinger, E. B.—«Relationship between diurnal variations in urinary volume and the excretion of antidiuretic substances». *Journ. Clin. Endocr.. Metab.*, 28, 34. 1956.
13. Handovsky, H., y Samaan, A.—«Observations on the renal circulation and secretion in the dog, with the special reference to the effect of pituitary extract». *Jour. Physiol.*, 89, 14. 1937.
14. Hatafuku, J.—«Studien über den wasserhanshalt beim hunger...» *Tohok. Journ. Exp. Med.*, 21, 43. 1953.
15. Heidenreich. O.—«Fisiología del riñón». Monografía «Ciba», núm. 2. 1961.

16. HEINBECKER, P.,; ROLF, D.. y WHITE, H. L.—«Effects of extracts of the hypophysis, the thyroid and the adrenal cortex on some renal functions». *Am. Jour. Physiol.*, 139, 543. 1943.
17. LABHART, A.—«Clínica de las secreciones internas». Edit. Científico-Médica, Barcelona. 1958.
18. LEAF, A.; BARTIER, F. C.; SANTOS, R. F., y WRONG, O.—«Evidence in man that urinary electrolyte loss induced by pitresin, is a function of water retention». *J. Clin. Invest.*, 32. 1953.
19. LEGRAIN, M.—«Le rein diabetique». *Actual. Nephrologiques Hôp. Necker*, éd. 1960.
20. LOEB, R. F.—«Adrenal cortex insufficiency». *J. A. M. A.*, 116. 2.495. 1941.
21. LUNDBAEK, K.—«Investigations of some biochemical changes occurring during treatment of hyperthyroidism». *Acta Med. Scand.*, 127, 194. 1947.
22. MARILYN, G., y colaboradores.—«Diabetic glomerulosclerosis: Electron and Light Microscopic studies». *Am. J. Path.*, 35, 721, VII-VIII. 1959.
23. MORROS SARDA, H.—«Estudios sobre la hormona del crecimiento». *Bol. Inst. Patol. Méd.*, 4, 91. Madrid, 1961.
24. NIETH, H.—«Métodos de diagnóstico en las nefropatías». Monogr. «Ciba», núm. 3. 1961.
25. ORSOLA MARTÍ, I.—«Funcionalismo renal normal y patológico». Act. Reun. Cient. C. M. Fac. Policl. Barcelona. 7, 135. 1961.
26. PEDRO-PONS, A., y colaboradores.—«Patología y clínica médicas», primera edición, t. II, 2.ª. Ed. Salvat. Barcelona. 1958.
27. POULEON, L. T.—«Beitrag zur Kenntuis der wirkung des Pituitrins auf die Ionenauss-Cheidung». *Ztschr., f. d. ges. Med.*, 72, 232. 1930.
28. RENZI, A. A.; RENZI, M.; CHART, J. J., y GAUNT, R.—«The effects of aldosterone and other steroids on water intoxication and renal functions». *Acta Endocr.*, 21, 47. 1956.
29. RICHARDS, A. N.—«Urine formation in the amphibian kidney». *Harvey Lect*, 93, 134-45. 1945.
30. ROMERO AGUIRRE, F.—«La intervención del tiroides en la hipertrofia compensadora del riñón». CLÍNICA Y LABORATORIO. 309, 2. Zaragoza, 1951.
31. SALA, G., y LUETSCHER, J. A.—«The effect of sodium retaining corticoid, electrocortin, DOCA and cortisone on renal function...» *Endocrinology*. 55, 516. 1954.
32. SELKURT, E.; TALBOT, L. J., y HOUK, C. R.—«The effects of the administration of estrogens on the mechanism of ascorbic acid excretion in the dog». *Am. J. Physiol.*, 140, 260. 1943.
33. SHANON, J. A.—«The control in the renal excretion of water». *J. Exper. Med.*, 76, 387. 1942.
34. SOSKIN.—«Progresos de endrocrinología clínica». Edit. Científico-Médica, Madrid, 1951.
35. THORN, G. W., y HARROP, G. A.—«Sodium retaining effect of sex hormones». *Science*, 86, 40. 1937.
36. WALKER, A. M., y OLIVER, J.—*Amer. J. Physiol.*, 134, 562. 1941.
37. WARDENER, H. E. DE.—«El riñón. Esquema de su estructura y funciones». Editorial Noguer, Barcelona-Méjico. 1960.
38. WESTON, R. E.; HANENSON, J. B.; GROSSMAN, J.; BERDASCO, G. A., y WOLFMANN, M.—«Natriuresis and chloruresis following pitresin, induced water retention in non edematous patients...» *J. Cl. Invest.*, 32, 611. 1953.
39. WHITE, A. G.—«Diabetes insipidus: Discussion. including re-examination of site, and mode of action of the ADH». *J. Mt. Sinaï Hosp.*, 22, 15-23, V-VI. 1955.
40. WIRZ, H.; HARGITAY, B., y KUHN, W.—«Lokalisation des Konzentrierungsprozesses in der Niere durch direkte Kryoscopie». *Helvet. Physiol. Acta*, 9, 196. 1951.

Dirección: Madre Vedruna, 3. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963

EL HAMBRE, LA PEOR DE LAS ENDEMIAS DE LA HUMANIDAD *

POR EL

DR. JUAN BOSCH MARÍN

MADRID

En su comunicación con motivo del Día Mundial de la Salud, M. G. CANDÁU dice:

«Cuando la gente se enfrentó con la muerte por hambre, sabía demasiado bien lo que le estaba pasando; pero hoy día, millones de personas están enfermas, sin enterarse que la causa de ello se debe a la carencia total o parcial de los elementos necesarios de la alimentación.

Pero las víctimas principales de esta forma insidiosa del hambre son los niños. Millones de ellos enferman y muchos mueren en sus primeros años, simplemente porque no tienen bastantes proteínas en su alimentación, siendo presa fácil de otras enfermedades de la infancia muchos de los que sobreviven.

En el mundo de hoy, el hambre es sin duda enfermedad de millones de seres. La Organización de Alimentación y Agricultura de las Naciones Unidas (F. A. O.) ha dado comienzo a una amplia Campaña de Lucha contra el Hambre, con la que está colaborando sinceramente la Organización Mundial de la Salud. Espera que en este Día Mundial de la Salud las gentes de todas las partes del mundo traten de enfocar este problema del hambre y de la enfermedad y muerte que arrastra consigo. Los remedios se conocen bien; requieren la acción simultánea en los terrenos agrícola, médico y educativo, y para que esta acción tenga éxito es precisa la participación de los Gobiernos y gentes de todos los países ricos y pobres».

Asimismo, podemos afirmar con VAN DE CALSEYDE, también en su informe con motivo del Día Mundial de la Salud:

«La dieta no equilibrada, con los efectos nocivos que la acompañan, es debida a menudo a la ignorancia. Los niños son los primeros en padecer. En toda Europa se están encontrando aún casos de raquitismo, simplemente porque las madres de familia no saben cómo dar a sus hijos una dieta adecuada. La misma situación es la del escorbuto y la anemia, que existen todavía en Europa. Varios países han comunicado casos de mala nutrición y de enfermedades por deficiencia, tales como carencia de proteínas, pelagra y deficiencia de vitamina C y de hierro.

La alta frecuencia de caries dentales en muchos países de la región también

* Sesión celebrada el día 26 de marzo de 1963 en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, con motivo de «El Día Mundial de la Salud».

parece ser debida a errores de dieta y especialmente a consumo excesivo de dulces. Una vez más, en este caso, la falta de instrucción de los padres debe ser vencida por la educación, y el dentista, así como el maestro, tienen un importante papel que representar.

Si la ignorancia es responsable en parte de las enfermedades producidas por la nutrición en Europa, ¿qué habrá que decir de la glotonería y de la pereza? Son a ellas a las que debemos atribuir los numerosos casos de obesidad que preocupan a los médicos y son factores importantes en las enfermedades más serias de Europa: las del corazón y las de los vasos sanguíneos. Hoy día la obesidad es la enfermedad nutricional más extendida en países con altos niveles de vida y tiene más importancia que todas las deficiencias de vitaminas juntas. Es especialmente significativo que en todos los países europeos el exceso de peso en niños y adultos, jóvenes, se está haciendo cada vez más frecuente. Y si la obesidad es peligrosa a cualquier edad, lo es especialmente después de los cuarenta, debido a que, conforme van avanzando los años, hay un aumento de peso producido por el descenso del metabolismo basal y la disminución de la actividad física».

Y, finalmente, añade Van de Calseyde, «también nos preocupan los viejos, porque las personas mayores padecen a menudo de mala nutrición cuando la dieta es deficiente en proteínas y vitaminas. Sin una dieta bien equilibrada y fácilmente asimilable, el organismo viejo está más apto para recibir el mal y la infección.

El mundo, mal alimentado

En un informe de la Organización Mundial de la Salud se dice: «Más de la mitad de la población mundial, considerada actualmente en 3.090 millones, es víctima del hambre o de nutrición inadecuada. En grandes áreas del mundo la dieta habitual de la gente es insuficiente; los niños no toman leche después de ser destetados y la mortalidad infantil entre las edades de uno y cinco años es con frecuencia quince veces mayor que la de países en los que la gente puede conseguir una alimentación más adecuada.

En contraste con ello, a pesar del aumento de población, los países adelantados están siendo mejor alimentados que nunca, por ejemplo, en América del Norte, en donde la población ha aumentado alrededor de un 35 por ciento desde la segunda guerra mundial, la producción se ha elevado en más del 60 por ciento.

Ejemplos particulares harán ver más aún el contraste entre los países desarrollados y los subdesarrollados. En Japón, el rendimiento por hectárea de tierra laborable es aproximadamente de tres a cuatro veces mayor que el rendimiento por hectárea en la India; Europa logra cuatro veces más carne y leche por cabeza de ganado que América del Sur; el Oriente Medio, siete veces más que Africa y diez veces más que el Lejano Oriente».

El hambre y el enfermo

Una de las uniones mejor conocida por el mundo médico es la existente entre el hambre y la enfermedad. La salud de los crónicamente hambrientos es apta para recibir ataques por todas partes. Un determinado número de enfermedades es la consecuencia directa de la carencia de elementos alimenticios particulares —«kwashiorkor», anemia, escorbuto, pelagra, beri-beri—. Otras, tales como sarampión, diarrea, neumonía y tuberculosis, encuentran poca resistencia entre aquellos que están desnutridos desde el tiempo en que son destetados hasta que mueren.

Son inolvidables los ojos penetrantes, el vientre hinchado y las piernas del niño víctima del «kwashiorkor». Es la verdadera imagen del hambre, pudiéndose ver en multitudes en casi todos los continentes. «Kwashiorkor» es el nombre africano de una enfermedad de niños pequeños cuya alimentación contiene pocas o ninguna proteínas. Aunque sus padres generalmente no se dan cuenta de ello, padecen «hambre oculta». Bien es verdad que sólo hace treinta años que un médico inglés, que trabajaba en Africa oriental, descubrió que la causa principal del «kwashiorkor» era una enfermedad por deficiencia de proteínas.

En nuestro mundo moderno, dichas «hambres ocultas» son tan graves como las agudas en lo que respecta a la salud de los niños.

Cien millones de víctimas

Por cada niño que muere de malnutrición en los Estados Unidos, lo hacen trescientos en algunos países de América del Sur. Si la tasa de mortalidad infantil fuera la misma en Iberoamérica que en América del Norte, morirían cada año 250.000 niños menos. La situación es incluso más desgarradora en las vastas extensiones de Africa y Asia.

¿Cuántos niños hay víctimas del «hambre oculta»? Un cálculo modesto da una cifra de cien millones, pacientes todos de lo que los expertos llaman «desnutrición de proteínas y calorías». El nombre de esta enfermedad varía de un país a otro y de uno a otro continente. En Asia puede ser distrofia nutricional; en Europa, edema nutricional o distrofia farinácea; en América, «sugarbaby» o síndrome de deficiencia múltiple; en Africa, «kwashiorkor» o «m'buaki». Hay algunos lugares en los que muy pocos niños, entre uno y cinco años escapan a ella, y sea cualquiera su nombre, la causa es la misma en todo el mundo: necesidad de proteínas, que es la más devastadora e irreversible de las formas del hambre. Es endémica donde quiera que la gente no puede alimentarse de carne, pescado, aves, huevos o leche y no coma bastantes judías, habas u otros alimentos vegetales ricos en proteínas.

Cuando al ser destetado un niño, al año aproximadamente, su dieta se compone sólo de arroz, maíz, plátanos, patatas, etc., y otros alimentos ricos en fécula, es casi seguro que sea un enfermo a los dos años.

Beri-beri. «No puedo»

Beri-beri, en una de las lenguas orientales, es un grito de desesperación que significa «no puedo»; sus víctimas pierden el poder de moverse, se hacen paralíticos y finalmente mueren.

En 1882, un navío japonés emprendió un crucero de nueve meses alrededor del mundo. A su regreso, la tripulación apenas pudo anclarlo, de doscientos setenta y cinco, veinticinco había muerto de beri-beri, siendo arrojados al mar sus cadáveres, y otros ciento sesenta y nueve yacían paralíticos en la bodega.

Takaki, cirujano de la Armada japonesa, se dio cuenta de que en otras Armadas, la británica y la americana, por ejemplo, no padecían beri-beri, preguntándose si esto podría tener una explicación dietética. Persuadió a las autoridades para que repitieran el crucero con el mismo número de hombres, pero esta vez no vivirían exclusivamente de arroz, sino que comerían huevos, hortalizas y frutas, como los marinos occidentales.

Cuando el barco volvió después de doscientos ochenta y siete días, había un pleno completo a bordo y sólo catorce miembros de la tripulación tuvieron beri-beri. Estos últimos, no queriendo romper la tradición, habían comido solamente arroz.

Más tarde se ha sabido que el beri-beri se produce por la carencia de vitamina B_1 que se encuentra en el salvado del arroz que no ha sido manipulado. En el norte de Tailandia, en donde la gente come principalmente un arroz que ha sido muy molido mecánicamente, hay muchos casos de beri-beri; pero hay muy pocos en el sur, donde se encuentra abundante pescado y se comen hortalizas.

La isla que curaba el escorbuto

Hay una explicación sencilla para muchas de esas misteriosas historias de goletas encantadas aparecidas entre las brumas del Atlántico, sin una sola alma viviente a bordo y sin huellas de lucha: la tripulación había muerto de escorbuto, terror mucho mayor que el de las tormentas para los marinos de la Edad Media.

En uno de los viajes de Cristóbal Colón al Nuevo Mundo, algunos de sus marineros, que habían sido atacados de escorbuto, suplicaron al capitán que los dejara en una isla que habían visto: «No nos arrojéis por la borda, para pasto de los peces. Dejadnos morir en tierra, en donde hemos nacido». El capitán accedió.

Meses más tarde, cuando volvían de regreso para Europa, las carabelas pasaron de nuevo cerca de la isla. Los marineros quedaron atónitos al ver hombres en la orilla, haciendo alegres señales; eran los mismos hombres que Colón había dado por muertos, con las encías podridas y las carnes resecas. ¿Por qué milagro habían sobrevivido? Porque se habían alimentado exclusivamente de las frutas y plantas silvestres que crecían en la isla.

Estos marinos llamaron a la isla, en su propia lengua, «cura», llevando dicho nombre hoy, Curaçao, conquistada siete años después, 1949, por Alonso de Ojeda.

Cuando los ingleses descubrieron que las limas contenían un principio antiescorbútico, todos los marineros de la Armada Real recibían diariamente una ración de jugo de lima, adquiriendo con ello la liberación del escorbuto y la denominación de «limeys».

Dicho principio antiescorbútico se conoce hoy día con el nombre de vitamina C.

En el mundo moderno, la causa más común del escorbuto es la dieta hecha principalmente de alimentos de lata y totalmente carente de frutas y hortalizas frescas.

Enfermedad rosa

El hombre puede ser tatuado por el hambre, cubierto de tatuajes en forma de rosas. Estas son el síntoma de lo que se llamaba enfermedad rosa, conocida hoy como pelagra. Se desarrolla una llaga en cada rosa roja, y el paciente muere en un delirio cubierto de rosas.

El bocio y el cretinismo, que pueden acompañarla, son otro azote debido al «hambre oculta»; en este caso, producido por carencia de yodo. «En ciertas provincias del Ecuador —dice Josué de Castro— se ha encontrado bocio en el 70 por ciento de la población, siendo en algunos sitios su frecuencia entre los escolares del 100 por ciento.»

Niños apáticos

Aparte de las enfermedades producidas directamente por carencia de alimentos específicos, tales como las ya señaladas: anemia, «kwashiorkor», raquitismo, escorbuto, pelagra, beri-beri, existen otras, tales como neumonía, tuberculosis, etcétera, que atacan rápidamente cuando las defensas del organismo están debilitadas. Así ocurre con la diarrea, terrible mal de niños desnutridos, y hasta el propio sarampión, entre otros benignos, entre la población infantil bien alimentada.

La mala nutrición, que conduce con frecuencia a diarrea, puede ser corregida suministrando el factor carente (proteínas o vitaminas).

Aún más interesante es el paralelismo existente entre la apatía y negligencia que acompañan a menudo a la desnutrición en los niños, provocando su retraso mental y escolar, y a los hombres, originando un bajísimo rendimiento en el trabajo.

Ello ha justificado en muchos países los programas de alimentación escolar, necesario complemento, especialmente en los suburbios de las grandes poblaciones, en donde la hipoalimentación constituye una verdadera endemia hasta en países desarrollados como el nuestro.

El problema de la infancia española

Si del ambiente internacional o mundial pasamos a estudiar los problemas de nutrición de nuestro pueblo español, podemos afirmar que no existe en nuestro país un grave problema de nutrición colectiva, a excepción del déficit de proteínas en algunas regiones, que dan lugar, especialmente entre la población infantil, a algunos síndromes de distrofia faríngea, y en determinadas zonas del Norte a raquitismo endémico con cuadros generalmente leves de esta carencia.

La rutina en la alimentación de la población infantil de nuestro pueblo y la falta de cultura sanitaria dio lugar en tiempos pasados a un índice excesivamente elevado de mortalidad infantil, motivado muy especialmente por trastornos nutritivos agudos y crónicos de la infancia.

Analizando las causas de mortalidad infantil en nuestro país y recordando que en nuestro argot pediátrico-puericultor las agrupamos en tres grandes grupos, que constituyen los llamados: peligro alimenticio, peligro infeccioso y peligro congénito; podemos observar que era el primero de ellos —el peligro alimenticio— el causante principal de muertes infantiles en el primer año de la vida. Díganlo, si no, las cifras elevadísimas de mortalidad infantil —186 por mil— al comienzo del siglo actual.

La mayor cultura de la mujer, la atención sanitaria del niño pequeño a través de las organizaciones de Puericultura, han hecho descender aquella cifra a la de 32 por mil en los últimos años, debiéndose casi exclusivamente a la disminución notabilísima de trastornos agudos y crónicos, constituyendo el anteriormente señalado peligro alimenticio.

La mayor parte de los pueblos del hemisferio Sur de nuestro planeta, con elevada mortalidad infantil, como puede apreciarse en las cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud a este respecto, tienen todavía la malnutrición y los trastornos agudos como causa primordial de mortalidad infantil.

En ellos, como en el nuestro, a las medidas de Medicina preventiva para combatir seriamente el peligro infeccioso mediante la más estricta aplicación del calendario de inmunizaciones, y el peligro congénito con la eficaz atención al

recién nacido y especialmente al prematuro, hay que seguir combatiendo muy de cerca el peligro alimenticio con la vigilancia sanitaria sistemática del niño para descubrir cualquier desviación en su inicio y con un vasto y continuado sistema de educación sanitaria de la población en todas sus esferas y especialmente la mujer.

Nos permitimos afirmar que, para combatir con eficacia la endemia mundial del hambre, al lado de la maravillosa obra de misericordia que constituye el «dar de comer al hambriento», la supera en eficacia la de «enseñar al que no sabe».

Recordemos a este respecto el proverbio chino, que muy sabiamente dice: «Si haces planes para un año, cultiva arroz; si los haces para diez años, cultiva árboles, y si los haces para cien, educa a la gente.»

También al refranero chino pertenece la sentencia lapidaria que reza: «Dale a un hombre un pez y habrá comido un día. Enséñale a pensar y comerá durante el resto de sus días».

RESUMEN

Se transcribe una síntesis de la conferencia pronunciada con motivo del "Día Mundial de la Salud", en la cual se analizan, en líneas generales, las causas por las que millones de seres humanos enferman por carencia total o parcial de los elementos necesarios de la alimentación, dando lugar a cuadros de avitaminosis o de hambre oculta; y termina exponiendo los problemas alimenticios de la población infantil española.

Dirección: Ayala, 45. Madrid - 1



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

MAGNESEMIA EN HEPATOPATÍAS

POR LA

SRTA. GLADYS BRAVO SOTO

LIMA (PERÚ)

Las investigaciones del metabolismo electrolitémico han proporcionado elementos para desentrañar la fisiopatología de diversos procesos morbosos y para interpretar adecuadamente la actividad de muchas sustancias farmacológicas que para actuar requieren variaciones cuantitativas homeostásicas.

Entre los electrólitos que concitan el interés de los investigadores se encuentra el magnesio, que con las modernas técnicas de cuantificación se están puntualizando sus variaciones cuantitativas sanguíneas en diversas enfermedades y se han comprobado correlaciones bioquímicas que poseen algún significado semiótico, ayudando en el diagnóstico etiogénico.

Su estudio es más importante aún porque se ha demostrado que en los enfermos deshidratados, en donde existe trastorno en el metabolismo del sodio con hipocalemia, existe hipomagnesemia, hallazgo que antes se ignoraba.

Son escasas las investigaciones de magnesemia en hepatópatas, debido a que las técnicas son morosas, siendo la cirrosis hepática la más estudiada porque complica el *delirium tremens* y el alcoholismo crónico, y aunque estas investigaciones han aumentado en los últimos años, todavía no se conocen los mecanismos de las variaciones cuantitativas del magnesio sérico en hepatopatías.

En el Perú estudiaron magnesemia F. GARCÍA, quien en 1945 puntualizó el antagonismo del cloruro de calcio con el sulfato de magnesio; en el mismo año, GEORGINA NAVARRO analizó la influencia de la estrona sobre el magnesio del suero sanguíneo; en 1960, ELSA CASTRO cuantificó magnesemia en sujetos aparentemente sanos; el mismo año, NANCY ROBLES y EDITH NEIRA cuantifican magnesemia en la mujer gestante y en el recién nacido, respectivamente.

En este trabajo estudio las variaciones cuantitativas del magnesio sanguíneo en hepatópatas y lo desarrollo en las siguientes partes: en la primera expongo los conocimientos actuales sobre las variaciones cuantitativas del magnesio en enfermedades del hígado; en la segunda relato las investigaciones efectuadas e interpreto los resultados, para terminar con conclusiones y bibliografía.

Expreso mi agradecimiento al doctor CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de San Marcos, de Lima (Perú), por sugerirme el tema y orientarme en

la búsqueda bibliográfica; al doctor JAVIER FERNÁNDEZ Ñ., por el constante, comprensivo y cordial apoyo que en todo momento me brindó; al doctor FÉLIX CASTILLO, jefe del Laboratorio de Bioquímica del Hospital «Dos de Mayo», por brindarme facilidades para llevar a cabo la parte práctica, y a la Q. F. señorita ADA VILLANUEVA, hemerotecaria de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, por su ayuda en los cálculos estadísticos,

MAGNESEMIA EN ENFERMEDADES DEL HÍGADO

El catión magnesio se ubica principalmente en el llamado espacio intercelular, en especial en músculos y huesos.

El magnesio participa en múltiples procesos enzimáticos, en los que actúa como activador y cofactor. WACKER y VALLEE [40] puntualizaron que interviene en el desdoblamiento y transferencia de grupos fosfáticos, tales como fosfatasas y enzimas, que catalizan las reacciones de transferencia del trifosfato de adenosina al fosfato receptor y que son indispensables en la contracción muscular, síntesis de proteínas, grasas, ácidos nucleicos y coenzimas, utilización de glucosa, transferencia del radical metilo, activación de sulfatos y acetatos y fosforilaciones oxidativas.

MARENZI y DEULOFEU [24] señalan el papel importante que el magnesio desempeña en el metabolismo de hidratos de carbono, actuando como cofactor necesario para la formación de hexafosfatos, recordando NÜPER [28] la participación del ión magnesio en la activación de la descarboxilasa, que ocupa posición principal en el ciclo de los hidratos de carbono, de ácidos aminados y de ácidos grasos.

J. AIKAWA [1] afirma que el metabolismo del magnesio se relaciona con el metabolismo de los carbohidratos y de la insulina, basándose en experimentos realizados en conejos sometidos a tratamiento con solución de magnesio radiactivo e insulina, que incrementa la concentración del magnesio sérico, para luego de unas semanas decrecer, mientras que el magnesio radiactivo no se incrementa mayormente en el hígado. A esta misma conclusión llegó J. SMITH [33] al administrar a ratas, por vía subcutánea, una solución de 0'2 mEq/ml. de magnesio radiactivo.

CORONA [5] sugiere que la hipófisis regula el magnesio de la sangre.

CANNAVÓ e INDOVINA [7] demostraron experimentalmente, en 1932, que las inyecciones del lóbulo anterior de hipófisis determinan aumento de magnesio en el plasma sanguíneo; en cambio, la magnesemia de eritrocitos no experimenta variación o disminuye ligeramente. La reacción se producirá porque el magnesio se moviliza desde los tejidos hacia el plasma. Estas comprobaciones las repitió en el Perú GEORGINA NAVARRO [26] en 1945.

Empero, los estudios del metabolismo global del magnesio han seguido curso lento, debido, sobre todo, a la falta de técnicas simples y exactas de cuantificación y a la concomitancia de alteraciones de otros iones en los procesos morbosos en que existe alteración evidente en el metabolismo del magnesio.

KRUSE [22], en estudios experimentales realizados en ratas sometidas a dietas exentas de magnesio, comprobó síndrome tetánico con vasodilatación, hiperirritabilidad, arritmia cardíaca, espasmos, convulsiones tónicas y clónicas, que desaparecen suministrando a los animales 1'8 partes por millón de magnesio, evitando la muerte.

GREENBERG y TUFTS [16] comprobaron en animales con déficit de magnesio en la alimentación, que al principio se presenta vasodilatación, hiperemia e hiperirritabilidad, y después caquexia y ligera afección renal, con lesión celular evidente.

WALKER [41] dice que el déficit de magnesio produce en el hombre confusión, estupor, temblor y movimientos atetósicos, síntomas que comprobó BARNES [3] al someter a un grupo de mujeres a dieta privada de magnesio.

La sobrecarga de magnesio en animales produce vasodilatación con discreta transpiración, alteración del ritmo cardíaco, bradicardia y, después, arritmia respiratoria. Si mediante la respiración artificial se mantiene con vida al animal, el paro cardíaco no se produce sino cuando las concentraciones de magnesio varían de 25 a 35 mEq/L. Estas cifras son antifisiológicas y exceden en mucho a las encontradas en pacientes con hipermagnesemia.

STEVENS y WOLF [34] administraron a cincuenta sujetos voluntarios, por vía rectal, solución hipertónica saturada de sulfato de magnesio, comprobando alteraciones de la conciencia y sensación de calor, cuando las concentraciones séricas del magnesio pasan de 6 a 7 mEq/L.

En 1941, HAURY [19], utilizando el amarillo de titanio, cuantificó magnesio sérico en pacientes hepáticos con ictericia, en los que encontró cifras por encima de las normales. El mismo autor [20], al año siguiente, confirmó sus investigaciones anteriores, sosteniendo que la hipermagnesemia no es común en los hepatópatas, salvo casos en que exista franca ictericia y que no se produzca cirrosis, dando como explicación de este aumento la obstrucción biliar. BECHER y HAMNAN comprobaron en pacientes con ictericia debida a obstrucción biliar, que el magnesio sérico estaba aumentado.

LUCCHI, en 1927, citado por HAURY [20], afirmó que el magnesio sérico en enfermos hepáticos se halla disminuído, especialmente en los casos de cirrosis hepática.

En 1953, STUTZMAN [35] comprobó, en veintitrés mujeres con cirrosis hepática, que la cifra media de magnesio era de 1'49 mEq/L $\pm$ 0'21; disminución de magnesio sérico que puede estar relacionada con la dieta, con retardo en la absorción gastro-intestinal, con aumento del ión magnesio en los espacios intercelulares y con incremento de excreción urinaria e intestinal.

E. FLINK [14] comprobó en 1954, en casos de *delirium tremens* con cirrosis hepática, que el magnesio sórico se hallaba disminuído a 1'45, 1'47, 1'00 y 1'3 mEq/L. En algunos enfermos con cirrosis hepática, estupor y coma, comprobó hipomagnesemia.

S. SILVERMAN [36], en 1954, utilizando el amarillo de titanio, investigó magnesio sérico en niños con diferentes enfermedades, hepatitis infecciosa, comprobando aumento no significativo del magnesio, si se le compara con las cifras normales.

En 1955, E. FLINK [12] cuantificó magnesio sérico en treinta y cinco casos de cirrosis hepática, hallando como media 1'31 mEq/L $\pm$ 0'15; a estos pacientes es administró cloruro de amonio, como diurético, y presentaron delirio, estupor, tremor y coma.

En 1956, el mismo autor [13] cuantificó magnesio sérico con molibdovanadato, y halló en aparentemente sanos 1'91 mEq/L $\pm$ 0'2, y en casos de cirrosis, cifras menores, por lo que recomendó no administrar sales de amonio, urea y dietas hiperproteicas a estos pacientes, porque les produce tremor, confusión, coma.

En 1957, FLINK [14] encontró como cifra normal de magnesemia 2'27 mEq/ $\pm$ 0'26 utilizando el amarillo de titanio y en cirrosis hepáticas con ictericia y alcoholismo crónico magnesio sérico disminuído, y como hay hipomagnesemia en el aldosteronismo primario, piensa que la hipomagnesemia de los casos de cirrosis se debe a aldosteronismo secundario.

R. SOTO [37], de Santiago de Chile, en 1957, utilizando el amarillo de titanio, estudió magnesemia y depuraciones de magnesio en sujetos sanos y con diversas enfermedades, comprobando en seis casos de cirrosis hepática hipomagneemia.

En 1958, W. WACKER y B. VALLEE [40] estudiaron treinta y cinco alcohólicos, algunos con cirrosis hepática, a la que clasifican de acuerdo con los síntomas que presenta, después de la administración de cloruro de amonio. Las concentraciones que hallaron fueron entre 1'3 a 1'94 mEq/L.

MICHÓN y LARCAN [25], utilizando el amarillo de titanio, cuantificaron magnesio sérico en sesenta y nueve cirróticos, a los que agruparon de acuerdo con la excitabilidad neuromuscular y trastornos psíquicos, hallando cifras normales, inferiores y superiores, sin explicar los motivos de esta variación.

En 1959, M. WINIKE [42] encontró en cirróticos hipomagnesemia.

Al estudiar las variaciones electrolitémicas en pacientes con coma hepático, P. VANEMU [38], en 1960, encuentra que el magnesio tiene tendencia a cifras reducidas y piensa que, como interviene en algunos procesos enzimáticos, se debe administrar soluciones de sulfato de magnesio al 50 por ciento en un litro de solución de glucosa, a pacientes con coma hepático, comprobando que disminuye el temblor.

En 1961, S. HANNA [21], utilizando el fotómetro de llama, encuentra en cirrosis hepática hipomagnesemia, que puede resultar de trastornos gastrointestinales y d la gravedad de la enfermedad.

Estas referencias prueban que el magnesio sanguíneo presenta variaciones cuantitativas en hepatopatías y que el tema no se ha estudiado en el Perú, por lo que merecen publicarse las comprobaciones que he efectuado.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuantifiqué magnesemia en cincuenta y nueve sujetos, de los que once fueron aparentemente sanos, de edades comprendidas entre diecinueve y veintitrés años, miembros del Ejército que concurrían al Banco de Sangre del Hospital «Dos de Mayo», de Lima (Perú), y que sirvieron como control, y cuarenta y ocho enfermos con diferentes hepatopatías, que se asistían en el mismo nosocomio, y en el Hospital «Arzobispo Loayza», de Lima, y Hospital «Daniel A. Carrión», del Callao, cuyas edades fueron de dieciocho a y sesenta y siete años.

El diagnóstico de los pacientes fue el que sigue:

Hepatitis aguda	17 casos
Cirrosis hepática	19 casos
Litiasis vesicular	10 casos

A todos se les apreció el funcionamiento del hígado por medio de diferentes reacciones y por la ictericia conjuntival.

Las determinaciones de magnesemia se hicieron por duplicado, en suero obtenido de sangre extraída en las primeras horas de la mañana, estando el enfermo en ayunas.

Para determinar la magnesemia seguí la técnica de BRIGGS [2], modificada por DENIS [8] y FURIO FRATTINI [10] con ligeras variantes.

Los resultados que obtuve cuantificando magnesemia, van a continuación.

MAGNESEMIA EN SUJETOS APARENTEMENTE SANOS

Núm.	*Nombre*	*Edad*	*Magnesemia*
1	P. S.	19	1'10 mEq/L.
2	J. C.	21	1'46 »
3	A. M.	19	1'75 »
4	T. Y.	23	1'75 »
5	R. D.	20	1'q6 »
6	J. K.	21	1'81 »
7	E. V.	20	1'85 »
8	L. H.	19	1'86 »
9	E. T.	22	1'91 »
1!	M. A.	19	2'15 »
11	A. Z.	20	2'16 »

El análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos en once sujetos aparentemente sanos, fue el siguiente:

	Media ± E. st.	*Desv. st. ± E. st.*	*Coef. var.*	*Cif ext.*
Magnesemia mEq/L.	1'80 ± 0'027	0'09 ± 0'02	5 %	1'10-2'16

MAGNESEMIA EN HEPATITIS AGUDA

Núm.	*Caso*	*Tiempo*	*Diagnóstico*	*Función hepática*	*Magnesemia*
1	21	30 d.	Hepat. infec.	Insuf. acentuada	1'66 mEq/L.
2	22	35 »	Hepat. virós.	Insuf. moderada	1'91 »
3	24	45 »	Hepat. infec.	Sin insuficiencia	2'00 »
4	26	45 »	Hepat. virós.	Con insuficiencia	2'01 »
5	27	45 »	Hepat. virós.	Con insuficiencia	2'06 »
6	28	10 »	Hepat. infec.	Con insuficiencia	2'13 »
7	30	20 »	Hepat. virós.	Con insuficiencia	2'21 »
8	31	21 »	Hepat. virós.	Insuf. moderada	2'33 »
9	37	10 »	Hepat. infec.	Con insuficiencia	2'45 »
10	38	21 »	Hepat. catarr.	Con insuficiencia	2'46 »
11	39	5 »	Hepat. infec.	Sin insuficiencia	2'50 »
12	40	10 »	Hepat. virós.	Con insuficiencia	2'55 »
13	41	21 »	Hepat. infec.	Insuf. moderada	2'55 »
14	42	8 »	Hepat. virós.	Con insuficiencia	2'58 »
15	43	10 »	Hepat. virós.	Sin insuficiencia	2'58 »
16	45	6 »	Hepat. colang.	Sin insuficiencia	2'60 »
17	48	8 »	Hepat. virós	Con insuficiencia	2'66 »

El análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos en diecisiete enfermos con hepatitis aguda, fue el siguiente:

	Media ± E. st.	*Desv. st. ± E. st.*	*Coef. var.*	*Cif ext.*
Magnesemia mEq/L.	2'30 ± 0'072	0'29 ± 0'051	12'6 %	1'66-2'66

MAGNESEMIA EN LITIASIS VESICULAR

Núm.	*Caso*	*Diagnóstico*	*Función hepática*	*Magnesemia*
1	20	Colecist. crónica	Sin insuf. ni ict.	1'61 mEq/L.
2	23	Colecist. aguda	Sin insuf. con ict.	1'96 »
3	29	Colédocolitiasis	Mod. insuf. sin ict.	2'16 »
4	32	Colédocolitiasis	Mod. insuf. sin ict.	2'33 »
5	33	Colecist. infecc.	Sin insuf. con ict.	2'36 »
6	34	Colédocolitiasis	Sin insuf. subict.	2'38 »
7	35	Colédocolitiasis	Mod. insuf. sin ict.	2'38 »
8	44	Colecist. crónica	Sin insuf. subict.	2'58 »
9	46	Colecist. aguda	Sin insuf. con ict.	2'63 »
10	47	Colédocolitiasis	Mod. insuf. sin ict.	2'71 »

El análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos en diez enfermos con litiasis vesicular, fue el que sigue:

	Media ± E. st.	*Desv. st. ± E. st.*	*Coef. var.*	*Cif ext.*
Magnesemia mEq/L.	2'30 ± 0'11	0'33 ± 0'078	14'3 %	1'61-1'71

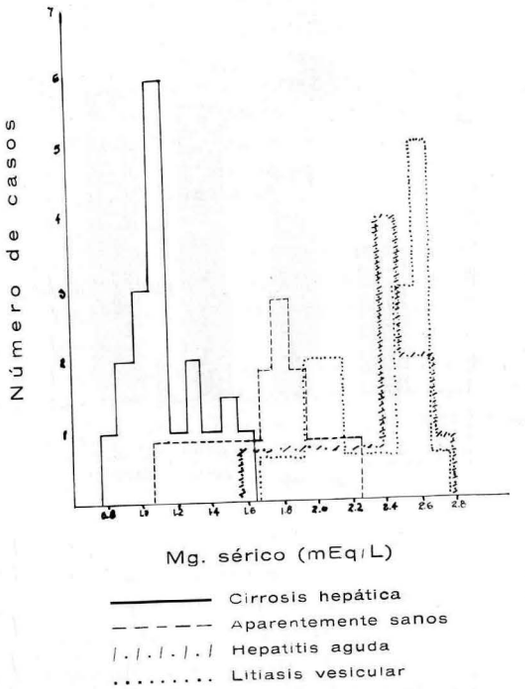
MAGNESEMIA EN CIRROSIS HEPATICA

Núm.	*Caso*	*Diagnóstico*	*Función hepática*	*Magnesemia*
1	1	Cirrosis hepática	Con acen[t]. insuf.	0'83 mEq/L.
2	2	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	0'88 »
3	3	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	0'91 »
4	4	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	0'96 »
5	5	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'01 »
6	6	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'03 »
7	7	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'06 »
8	8	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'10 »
9	9	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'10 »
10	10	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'13 »
11	11	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'13 »
12	12	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'13 »
13	13	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'21 »
14	14	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'30 »
15	15	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'31 »
16	16	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'35 »
17	17	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'46 »
18	18	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'46 »
19	19	Cirrosis hepática	Con insuficiencia	1'61 »

El análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos en diecinueve enfermos con Cirrosis hepática, fue el siguiente:

	Media ± E. st.	*Desv. st. ± E. st.*	*Coef. var.*	*Cif ext.*
Magnesemia mEq/L.	1'15 ± 0'05	0'21 ± 0'035	18'2 %	0'83-1'61

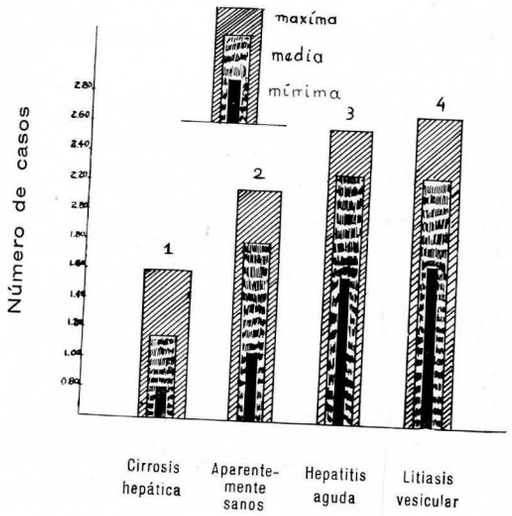
Los histogramas que siguen, corresponden a la frecuencia con que se presentan las cifras de magnesemia en aparentemente sanos, cirrosis hepática, hepatitis aguda y litiasis vesicular.



Van a continuación la comparación de las cifras medias de magnesio sérico que se encontró en personas aparentemente senas y hepatópatas, para apreciar el valor significativo de la diferencia y el porcentaje de probabilidad de error.

Magnesemia	*N.° de casos*	*Media ± E. st.*	*Dif. m. ± E. st.*	T (n+n)—2	P	Porcentaje
Hepatitis	17	2'30 ± 0'07	0'50 ± 0 074	26	Menor 0'001	21'73
Ap. sanos	11	1'80 ± 0'02		6'75		
Cirrosis hepática	19	1'15 ± 0'05	0'65 ± 0'055	28	Menor 0'0001	56'51
Ap. sanos	11	1'80 ± 0'02		11'81		
Litiasis vesicular	10	2'30 ± 0'11	0'50 ± 0'112	19	Menor 0'001	21'73
Ap. sanos	11	1'80 ± 0'02		4'47		

A continuación damos el histograma, que representa en forma gráfica las cifras máxima, media y mínima de magnesemia en aparentemente sanos y en los hepatópatas estudiados.



Antes de intentar explicación adecuada de los resultados que obtuve cuantificando magnesemia en hepatópatas, debo señalar los resultados parciales que encontré, porque permitirán formular inferencias sobre las variaciones de la cantidad de magnesio sanguíneo, según procesos morbosos del hígado.

Las cifras de magnesemia que obtuve en sujetos aparentemente sanos fueron de 1'10 a 2'16 mEq/L de suero, siendo la media de 1'80 mEq/L $\pm$ 0'02 error standard; ellas coinciden con las obtenidas por H. EASTMAN y WERTMAN [9], que halló cifras extremas de 1'50 a 1'83 mEq/L, con molibdovanadato; con las de W. WACKER [39], que con amarillo de titanio encontró de 1'8 a 2'1 mEq/L de magnesemia; con las de S. HANNA [21], que utilizando el fotómetro de llama encontró de 1'5 a 1'8 mEq/L. Estas cifras no coinciden con las que halló E. CASTRO [4], de Lima, quien no obstante seguir la misma técnica que yo, encontró de 2'00 a 4'04 mg. por ciento (1'67 - 3'37 mEq/L), y como media 2'90 mg. por ciento (2'42 mEq/L).

En los casos de cirrosis hepática, las cifras extremas de magnesemia fueron 0'83 a 1'61 mEq/L y como media 1'15 mEq/L $\pm$ 0'05 error standard, similares a las que encontró R. SOTO [37], de Santiago de Chile, quien da como cifras extremas 0'89 a 1'32 mEq/L; E. FLINK [11], que halló 1'00 a 1'94 mEq/L y F. STUTZMAN [35], que halló como cifra media en el mismo proceso morboso hepatopático, 1'49 mEq/L.

En los casos de hepatitis aguda y litiasis vesicular las cifras extremas que encontré fueron 1'66 a 2'66 mEq/L, con promedio de 2'30 mEq/L $\pm$ 0'072 error standard y 1'61 a 2'71 mEq/L y cifra media 2'30 mEq/L $\pm$ 0'11 error standard, respectivamente. No he encontrado en la literatura que consulté datos con que comparar dichas cifras, porque los investigadores se limitan a cuantificar magnesio sérico en hepatitis aguda con ictericia obstructiva, siendo las cifras de magnesio sérico en litiasis vesicular, las primeras que se mencionan.

La explicación del aumento de magnesio sanguíneo en hepatitis vesicular, merece comentarios especiales y cautelosos. Es evidente la hipermagnesemia en los procesos morbosos hepáticos estudiados, pero la causa de las comprobaciones debe buscarse en las alteraciones histofuncionales del hepatocito, que es capaz de condicionar hipermagnesemia en pacientes con hepatitis aguda o litiasis vesicular. Las alteraciones del parénquima hepático en los procesos morbosos agudos, de esta víscera, y su repercusión en el metabolismo general, determinaría alteraciones en la velocidad de intercambio iónico a nivel de la membrana celular, con salida de magnesio intracelular hacia el espacio extracelular. En este sentido, la comprobación de J. SMITH [33], que halló aumento de la actividad del magnesio radioactivo en el hígado lesionado por tóxicos, como tetracloruro de carbono, ricino, turpentina, es muy significativa. ROSENTHAL, citado por SCHWARTZ [32], encontró que la actividad del hígado en los enfermos con «kwakiorker», está aumentada al igual que el magnesio y la fosfatasa sérica. Además, para explicar la hipermagnesemia, se debe pensar en las alteraciones de las vías de eliminación del magnesio, como la bilis, intestinos y riñón, que en estas enfermedades no regularían la concentración del magnesio sérico.

La hipomagnesemia que encontré en los pacientes con cirrosis hepática, la han señalado varios autores, como FLINK [14], HAURY [20], WINIKE [41], STUTZMAN [35], SOTO [37] y VANAMU [38], y debe relacionarse con la profunda alteración que en todos los aspectos del metabolismo se producen en el curso del proceso cirrótico, como se ha comprobado con las proteínas y con la absorción digestiva, según refiere GOLMAN [18].

Las variaciones cuantitativas del metabolismo de los electrolitos en los cirróticos, con deshidratación hipernatremia, hipokalemia, alcalosis y edema generalizado, las explica FLINK [14] como consecuencia de aldosteronismo secundario, que engendraría el conjunto de trastornos en el metabolismo hidrosalino, que se pone en evidencia por la labilidad de los pacientes ante el tratamiento diurético, pues se desencadena a veces el coma hepático. Ya VANAMU [38] ha señalado recientemente hipomagnesemia en el coma hepático, ensayando con éxito el magnesio en el tratamiento de los síntomas neuromusculares.

Se señala como causa fundamental en la etiología de la cirrosis hepática, desnutrición prolongada, que conlleva necesariamente déficit en ingesta de magnesio; aunque, por otro lado, GREENBERG y TUFTS [17] han comprobado lesiones en los túbuli renales que determinarían aumento de excreción de magnesio.

La hipomagnesemia del cirrótico obedece a la falta de ingesta, exceso de excreción, alteraciones metabólicas, perturbaciones del equilibrio hidrosalino, con pérdida del control del volumen de líquido del organismo y su correspondiente concentración iónica.

Debe agregarse, dentro de la interpretación de los resultados, que la hipomagnesemia en cirrosis del hígado, se acompañó de evidente insuficiencia hepática, comprobada por medio de reacciones de laboratorio.

CONCLUSIONES

1. Utilizando la técnica de BRIGGS y DENIS, modificada por FURIO, se cuantificó magnesio sérico en cincuenta y nueve sujetos, de los cuales once fueron aparentemente sanos y cuarenta y ocho hepatópatas.

2. En sujetos aparentemente sanos el promedio de magnesio fue de 1'80 mEq/L $\pm$ 0'027 error standard.

3. En hepatitis aguda la magnesemia aumenta en 21'73 por ciento sobre la cifra de aparentemente sanos. La cifra media fue de 2'30 mEq/L $\pm$ 0'072, con error standard y desviación standard de 0'29 $\pm$ 0'051, P. menor de 0'001.

4. En litiasis vesicular el magnesio sanguíneo aumentó en 21'73 por ciento en relación de las cifras aparentemente sanos, con promedio y desviación standard igual que la hepatitis. P. menor de 0'001.

5. En cirrosis hepática se comprobó hipomagnesemia, con promedio de 1'15 mEq/L $\pm$ 0'05, error standard y desviación standard de 0'21 $\pm$ 0'35. La disminución fue de 56'61 por ciento, si se comparan las cifras obtenidas con las de aparentemente sanos. P. Menor de 0'0001.

RESUMEN

Se estudian las variaciones cuantitativas del magnesio sanguíneo en diversos enfermos afectos de hepatopatías, con vistas a desentrañar su fisiopatología en los distintos cuadros morbosos.

Para ello expone en una primera parte, a modo de introducción, los conocimientos que en la actualidad se tienen sobre las variaciones cuantitativas del magnesio en las enfermedades del hígado. En una segunda parte refiere las investigaciones efectuadas en cincuenta y nueve sujetos, determinando el promedio standard *e interpretando los resultados obtenidos, que en general fueron un incremento en hepatitis agudas y litiasis vesicular; y una disminución en la cirrosis.*

Una abundante bibliografía complementa y avala este trabajo, que ha servido de tesis doctoral.

BIBLIOGRAFIA

1. AIKAWA, J.—«Effect of glucose and insulin in magnesium metabolism in rabbits. A study with Mg_{28}». *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 103: 363, 1960.
2. BRIGGS, A.—«A colorimetric method for the determination of small amount of magnesium». *J. Biol. Chem.*, 52: 349, 1922.
3. BARUES, B.—«Magnesium conservation in the duman being on a low magnesium diet». *J. Clin. Invest.*, 37: 430, 1958.
4. CASTRO, E.—«Magnesemia en sujetos aparentemente sanos». *Laboratorio*, 33: 29, 1962.
5. CORONA, L.—«Química normal y patológica de la sangre». Santiago de Chile, 1948.
6. CANTAROW, A.—«Bioquímica clínica». La Habana, 1953.
7. CANNAVO, L., and INDOVINA, R.—«The magnesium content of blood corpuscles with prolan». *Bioch.*, 250: 405, 1932.
8. DENIS, W.—«Determination of magnesium in blood». *J. Biol. Chem.*, 41: 363. 1920.
9. EASTMAN, H., and WERTMAN, M.—«Clinical studies of magnesium metabolism». *The Med. Clin. North. Amer.*, 36: 1.157, 1952.
10. FURIO FRATTINI, J.—«Valoración de magnesio en sangre». *Rev. San. Mil Arg.*, 55: 183, 1956.
11. FLINK, E.—«Clinical and experimental magnesium deficiency after prolonged fluid, administration and after chronic alcholism complicatel by delirium tremens». *J. Lab. Clin. Med.*, 43: 169, 1954.
12. FLINK, E.—«Association of low serum magnesium concentration and deleterous effects of amonnia in hepatic cirrhosis». *J. Lab. Med.*, 46: 814. 1955.
15. GARCÍA, F.—«Antagonismo cloruro le calcio y sulfato de magnesio». *La Crón. Méd.*, 62: 161, 1945.
16. GREENSERG, M., and TUFTS. E.—«Chemical changes resulting from magnesium deprivation». *J. Biol. Cdem.*, 122: 693, 1938.
17. GREENBERG, M., and TUFTS, E.—«The effect of magnesium deprivation on renal function». *Am. J. Physiol.*, 21: 424, 1958.
18. GOLLMAN, A.—«Clinical Physiology». New York. 1957.
19. HAURY,V.—«Variatons of serum magnesium in 52 normal and 440 pathologie patients». *J. Lab. Clin. Med.*, 27: 616, 1941.
20. HAURY. V.—«Variations in serum magnesium in health and disease». *J. Lab. Clin. Med.*, 27: 1.361, 1942.

21. HANNA, S.—«Plasma magnesium in health and diseases». *J. Clin. Pathology*, 14: 410, 1961.
22. KRUSE, H. O.—«Studies of magnesium deficiency in animals». *J. Biol. Chem.*, 96: 519, 1932.
23. KRUSE. H. O.—«Chemical changers in the blood following magnesium deprivation». *J. Biol. Chem.*, 100: 603, 1933.
24. MARENZI, A. D., y DEULOFEU. V.—«Bioquímica analítica cuantitativa». Buenos Aires, 1957.
25. MICHON. P., et LARCAN, A.—«Interet du dosaje de ion magnesium en pathologie interne. La notion de dysmagnesemie». *Rev. Med. de Nancy*, 83: 273, 1959.
26. NAVARRO GEORGINA.—«Influencia de la estrona sobre el magnesio del suero sanguíneo». *La Crón. Med.*, 62: 226, 1945.
27. NEIRA EDITH.—«Magnesemia en recién nacidos». Tesis de Bachiller en Farmacia y Bioquímica. Lima, 1960.
28. NÜPER. H.—«Bases fisiológicas e identificación de la terapéutica magnésica». *El Monitor de la Farm. y Terap.*, 62: 637, 1956.
29. ROBLES NANCY.—«Magnesemia en mujer gestante». Tesis de Bachiller en Farmacia y Bioquímica. Lima, 1960.
30. RONDALL, R.—«Magnesium depletion in man». *Annals Int. Med.*, 50: 257, 1959.
31. SHINOWARE. G.—«The estimation of serum inorganic phosphatase and acid and alkaline phosphatase activity». *J. Biol. Chem.*, 142: 921, 1942.
32. SCHWARTZ, R.—«Alkaline phosphatase activi'y of serum in kwaskiorker». *J. Clin. Pathology*, 9: 333, 1956.
33. SMITH. J.—«Uptake of radioactive in liver damage». *Nature*, 188: 676, 1960.
34. STEVENS, R., and YOLFF, H.—«Magnesium intoxication». *Arch. Neurol. Psych*, 63: 749, 1950.
35. STUTZMAN, F.—«Blood serum magnesium in portal cirrhosis and diabetes mellitus». *J. Lab. and Clin. Med.*, 41: 215, 1953.
36. SILVERMAN. S.—«Ultrafiltration studies on serum magnesium». *The New England J. Med.*, 250: 22, 1954.
37. SOTO. R.—«Contribución al estudio de la excreción renal de magnesio. Aplicación del método modificado para la determinación del magnesio en líquidos biológicos». *Anales de la Facultad de Química y Farmacia de Chile*, 9: 28, 1957.
38. VANAMU, P.—«Coma hepático». *Clínicas médicas de Norteamérica*. 44: 772, 1960.
39. WACKER. H.—«Anomalías del metabolismo del magnesio» *Clín. Méd. de Norteamérica*, 44: 1.357, 1960.
40. WACKER, W., and VALLEE, B.—«Magnesium metabolism of man». *The New England J. Med.*, 259: 431, 1958.
41. UALKER, B.—«Normal magnesium metabolism». *J. Lab. and Clin. Med.*, 21: 814. 1936.
42. WINIKE, M. B.—«Variations du taux de magnesium en pathologie». *La Rev. Lyonn. de Med.*, 8: 113, 1959.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima (Perú).

CLINICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963

LAS HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES DE ORIGEN NO ULCEROSO

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA SOLDEVILLA

GASTROPATÓLOGO

MADRID

Son tan frecuentes los casos de hematemesis y melena sin lesión ulcerosa gastroduodenal, que nos anima a aclarar, aunque sea brevemente, este problema, todavía un poco confuso.

Lo primero que queremos dejar bien claro es que todo enfermo o enferma que tenga sus paredes abdominales con abundante panículo adiposo no puede ser un ulceroso; y lo contrario: si su abdomen es fláccido, fácilmente depresible y carente de tejido graso, seguramente se tratará de un ulceroso.

Y es que estamos acostumbrados a ver enfermos y, sobre todo, enfermas que han sido laparotomizadas inútilmente, pensando en una hemorragia gástrica de origen ulceroso, y se trataba de enfermos o enfermas obesas, y menos mal si sólo se han limitado a laparotomizar. ¡Cuántas enfermas resecadas de estómago hemos visto que continúan con sus hemorragias gastrointestinales!

¿Por qué sangra un estómago? Por muchas causas; pero la más frecuente, por una hepatopatía crónica: la cirrosis.

Manera sencillísima de averiguar la causa de la hemorragia: descubrir al enfermo, inspeccionar el abdomen y palpar y percutir la zona hepática. Encontraréis una hipertrofia hepática y dolor a la percusión, aunque después de la hemorragia el dolor está atenuado.

Ya sabemos que esta clase de enfermos tienen antecedentes gástricos; pero éstos son muy diferentes a los que tienen los ulcerosos, como vamos a ver a continuación.

También queremos dejar bien aclarado, respecto al ulceroso gástrico o duodenal, que rara vez suele sangrar; es una enfermedad crónica con tendencia a la esclerosis y formación de tejido fibroso, y esto impide la rotura de vasos que puedan sangrar.

El enfermo ulceroso que sangra tendrá los siguientes síntomas: la pérdida de sangre es muy grande, casi siempre acompañada de lipotimia y pérdida del sensorio, tensiones muy bajas, anemia intensa, etc., que requerirá la transfusión de urgencia. Todo lo contrario de lo que ocurre en las hemorragias de origen asténico. En sus antecedentes encontraremos el ciclo clásico de sus brotes de agu-

dización de dolores o ardores de estómago, que siempre han obedecido a los alcalinos o comida, que acostumbra a ir estreñido y que nunca consigue engordar.

Cuando se trate de un cirrótico que sangre, por hipertensión portal, sin detenernos en su etiología, patogenia y tratamiento, la sintomatología será la siguiente: Primero, enfermo o enferma obesa; segundo, antecedentes gástricos vagos, anorexia, náuseas y vómitos matutinos, meteorismo y trastornos intestinales, dolor abdominal que se localiza en hipocondrio derecho y epigastrio; es un dolor sordo, debido al edema hepático y distensión de la cápsula de Glisson. En otras ocasiones se localiza en el lado izquierdo. Tampoco es infrecuente que tome los caracteres de un cólico biliar. La astenia no suele faltar. Las pruebas funcionales hepáticas suelen ser normales, salvo en los casos avanzados. Con estos síntomas se inicia la cirrosis portal, pero no olvidemos que, a veces, el curso es asintomático y sólo la exploración manual y el aspecto voluminoso del abdomen nos debe bastar para el diagnóstico.

La ascitis no siempre suele presentarse y no esperamos a encontrarla para establecer el diagnóstico.

Las varices esofágicas son la consecuencia del aumento de la tensión esplenoportal. Pero la rotura de una variz no es cosa frecuente. El 80 por ciento de los cirróticos con varices no sangran. La hemorragia en forma de melena es lo más frecuente, y la constancia de las mismas es lo que lleva muchas veces al error de pensar en un proceso erosivo del duodeno.

La radiología sólo nos llevará a conclusiones erróneas, porque las cirrosis van acompañadas de periduodenitis y pericolecistitis, dando una imagen radiográfica de falsos nichos del bulbo duodenal.

Las hemorragias de estos enfermos son, generalmente, de pronóstico leve; el hemograma se recupera rápidamente, sin ningún tratamiento, y de momento se encuentran mejorados de sus molestias y dolor.

También la litiasis biliar puede producir hemorragias gastrointestinales. Su frecuencia, sin ser exagerada, es lo suficiente para no considerarla como rareza clínica. También se tratará de enfermos obesos. Clínicamente, unas veces la gastritis es completamente silenciosa y el síndrome está constituído por las crisis dolorosas vesiculares. Otras, sus manifestaciones clínicas son evidentes y adoptan los tipos de las gastritis y entonces el diagnóstico es difícil.

Volvemos a insistir sobre la importancia que tiene la palpación hepática en el diagnóstico, lo mismo en las cirrosis que en las colecistitis. En las afecciones agudas siempre encontraremos dolor localizado y a veces plastrón y defensa muscular; en las crónicas, siempre quedará el dolor.

Mientras un hígado blando habla en favor de una hepatitis aguda, un hígado duro lo hace en favor de una hepatitis crónica.

Como el hígado es la mayor glándula del organismo, por lo que respecta a la circulación sanguínea, hace a modo de esponja intercalada entre la vena porta y la arteria hepática, que aporta sangre, y la vena hepática eferente. Dentro del hígado se mezcla la sangre venosa que procede del bazo, del estómago y del intestino, con la sangre arterial que procede de la arteria hepática. Esta se adosa a la porta y a sus ramificaciones más importantes; los conductos eferentes de la bilis y los linfáticos también están situados junto a las ramificaciones de la vena porta.

Estas estructuras unidas (porta, arteria hepática y conductos biliares) están rodeadas de masas de tejido conjuntivo laxo, por las que discurren los linfáticos. Este tejido conjuntivo, al proliferar en las cirrosis, destruye el tejido hepático, y las

condiciones circulatorias pueden alterarse de tal modo que cuando hay un estasis de la salida sanguínea del hígado se puede llegar al paso inmediato de la sangre a los linfáticos. La sangre no fluye como antes a través del hígado, tanto por el considerable estrechamiento del territorio irrigado como por la disposición alterada de los vasos, lo cual es poco favorable para la escasa presión de la sangre portal. A ello contribuye también el tejido conjuntivo, que va retrayéndose gradualmente. Así se producen estasis en las paredes gastrointestinales, dando origen a las hemorragias.

La finalidad de este trabajo, eminentemente práctico, ha sido aclarar sobre todo las dudas sobre el origen de una hemorragia gástrica o duodenal, y con los consejos de nuestra ya larga experiencia creemos haberlo conseguido de una manera sencilla y al alcance de cualquier médico que no disponga de medios auxiliares de diagnóstico, lo mismo de laboratorio que de rayos X.

Por lo demás, suponemos del dominio general las causas de una hemorragia gastrointestinal; pueden ser de origen gástrico: úlcera, cáncer, gastritis aguda tóxica, traumatismos, distopias (hernias, eventraciones), etc.; o de origen extragástrico: enfermedades del hígado y vías biliares, enfermedades del intestino, insuficiencia circulatoria, hipertensión arterial, enfermedades alérgicas, infecciones y diátesis hemorrágicas, etc. Todas de fácil diagnóstico.

RESUMEN

Constantemente se encuentran en la clínica enfermos que han sido sometidos a una intervención quirúrgica, a veces importante, simplemente por el hecho de haber presentado hemorragias gastrointestinales, que no tenían el origen ulceroso que se les atribuyó en un principio.

El autor pone en guardia contra estos frecuentes errores, dando la pauta a seguir a cualquier médico que no disponga de medios auxiliares, aclarando las dudas que puedan presentársele, basándose para ello en su dilatada experiencia.

Dirección: Atocha, 107, Madrid (12).



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963

DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EXPERIMENTAL

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRO, JR.

ALICANTE

Los términos de leucemia, sublucemia y aleucemia, empleados con cierta frecuencia en la Hematología clínica y en la Patología comparada, como expresión de diversas gradaciones de la enfermedad leucémica, por equívocos, por no ajustarse a la realidad histopatológica, deben desaparecer de la sistemática de esta enfermedad, particularmente en la forma mielógena, en la que los métodos objetivos pueden resolver en definitiva, tanto por lo que se refiere a la leucemia del hombre como a la de los animales (mamíferos y aves), singularmente el de las peroxidasas. Esta técnica, aparte de su extrema sensibilidad demostrada por la intensa coloración de las granulaciones de peroxidasas, las cuales, en las condiciones óptimas, se muestran en mosaico masivo, sobre el que destacan las masas nucleares en rojo brillante, permite un teñido selectivo del substrato metacromático en las mastzellen y las formas inmaduras de las mismas. Mediante este método hemos podido observar en la medula ósea del cobayo la serie de alteraciones patológicas y de atipia del promielocito-mieloblasto-hemocitoblasto, como genuinos representantes del promielocito, ya que los verdaderos blastos del granulocito son las células del retículo mieloide.

Dada la trascendencia del asunto por su relación con la hematopoyesis mielógena de la leucemia, nos permitimos recordar en el presente trabajo que los antibióticos (penicilina amorfa amarilla y sulfapiridina), a dosis hipertóxicas, rápidamente mortales, determinan en la medula ósea la aparición de células granulocíticas inmeduras, ya simplemente patológicas, ya francamente atípicas por su morfología, su talla, su estructura y por su carácter oligogranuloso (granulaciones de peroxidasas) o agranuloso. Estas células inmaduras, exactamente identificables con las de la leucemia mielógena aguda, no obstante su cualidad de alteración patológica o de atipia en los experimentos citados, nunca se movilizaron ni, por tanto, ingresaron en la sangre. Tratábase, pues, de una alteración exclusivamente de localización hematopoyética, producida acaso por una perturbación del metabolismo celular, ejercida selectivamente sobre las células parenquimatosas inmaduras de la medula ósea, sin ulterior trascendencia. Existen paralelas alteraciones de los promielocitos mastzellen, cuyas granulaciones metacromáticas, en casos de extrema alteración de atipia, devenían agranulosos y entonces la sustancia metacromática, en coloración difusa, en la que podía observarse un contenido metacromático fina-

mente granuloso, se polarizaba al estrecho círculo del citoplasma como halo perinuclear rojizo, en torno al núcleo débilmente teñido en rosa pálido. Estas alteraciones metacromáticas eran identificables con las de los promielocitos patológicos o atípicos promastzellen, como se observan también en la leucemia aguda en fase de remisión y en la leucemia igualmente mielógena después de la radioterapia. Las mastzellen de la sangre, así como las de los tejidos, son células de alergia originadas en un metabolismo alterado de la granulocitogénesis de la medula ósea (MAS Y MAGRO).

En la leucemia humana, primero, y posteriormente, en la experimental, exclusivamente en sus formas mieloides de evolución crónica y en las agudas ya en remisión espontánea, se han hallado frecuentemente leucocitos en la sangre referibles a las citadas morfologías. Por su forma y la constancia de las mismas en la leucemia mielógena experimental, ya inaparente, ya en fase de remisión espontánea, su presencia da muchas posibiidades para detectar la positividad de la transmisión en los experimentos de inoculación de la leucemia mielógena humana al cobayo. Tales morfologías, verdaderas formas inmaduras de los granulocitos, ingresan en la sangre y constituyen un hecho de significación leucémica con valor diagnóstico indudable.

MATERIAL Y MÉTODOS

La inoculación de sangre humana desecada durante ocho a veintisiete días, de enfermos de leucemia mielógena crónica, produce constantemente una leucemia mielógena crónica en el cobayo. Se han seleccionado cuarenta cobayos: veinte con leucemia mieloide por sus caracteres hematológicos e histopatológicos (con esplenomegalia característica), pero en avanzada fase de remisión (de treinta y seis a cuarenta y ocho meses después de la inoculación de material humano), y otro lote de veinte cobayos, también inoculados de leucemia mieloide, salvo algunas alteraciones de la sangre, entre ellas leucocitosis de 17.000 a 50.000 por mm. cúbico, y una escasa proporción de mieloblastos.

En estos dos lotes de cobayos, obtenidas las extensiones de sangre, se han tratado por el método de las peroxidasas, que permite revelarlas en color verde oscuro, y el substrato granuloso metacromático o difuso, en color rojo brillante.

INVESTIGACIONES MORFOLÓGICAS

1. *Leucemia mielógena experimental activa en remisión.* — Los cobayos del primer lote, cuya leucemia experimental, por transmisión de la forma mielógena del hombre, pudo constatarse por hiperleucocitosis superior a 100.000 leucocitos por mm. cúbico, por la elevada eosinofilia (entre 70 y 93 eosinófilos por ciento) y la presencia de mieloblastos en una proporción nunca inferior al 2 por ciento, cuando alcanzó un grado de remisión considerable, ya que su hematología era similar a los cobayos del segundo lote, constituído, como ya se ha expuesto, por veinte cobayos con leucemia mielógena inaparente, entonces se realizaron sendas investigaciones en los leucocitos de las extensiones de la sangre, mediante el método de las peroxidasas, cuyos resultados fueron dos estirpes de células granulocíticas inmaduras: una de ellas constituída por promielocitos-mieloblastos con peroxidasas, y por mieloblastos tan atípicos, que se presentan completamente desprovistos de peroxidasas, por lo que su identificación sólo puede realizarse por comparación con leucocitos también inmaduros oligogranulosos de peroxidasas;

la otra se refiere a promielocitos metacromáticos, algunos de ellos con granulaciones de peroxidasas.

a) *Con peroxidasas.* — Los promielocitos-mieloblastos-paramieloblastos, en general, contienen pocas granulaciones de peroxidasas, de una a diez, y a veces alguna más. Estas granulaciones son redondas y de tipo neutrófilo. Se trata de células mieloides patológicas y más o menos atípicas. Queremos insistir en el hecho de que las formas linfoides, de talla media no superior a 10'8 micras, son las verdaderamente características por su significación leucémica, dado que nunca se observan en otras condiciones distintas de la leucemia mielógena. En efecto, el aspecto de linfocito de estos corpúsculos, con la presencia de granulaciones de peroxidasas de tipo neutrófilo, sólo puede referirse a una alteración leucémica de la hematopoyesis de la medula ósea; es tan distinto del monocito del cobayo, aun conteniendo finas granulaciones de peroxidasas, que su confusión es imposible. Por consiguiente, el linfocito de 9'4-11 micras y de núcleo grande y redondo no puede referirse a la linfogénesis, sino a la granulocitogénesis, y, por tanto, se debe identificar como un mieloblasto patológico y atípico. Su presencia es constante en la sangre de la leucemia mielógena experimental de los cobayos del primer lote, todos ellos en remisión muy avanzada.

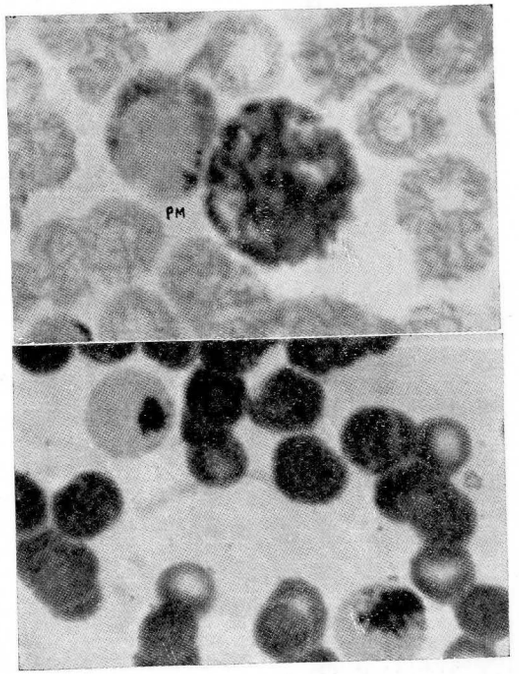


Foto superior. — EXTENSIÓN DE SANGRE. PEROXIDASAS. PM; PROMIELOCITO MASTZELLEN CON GRANULACIONES METACROMÁTICAS Y DE PEROXIDASAS. N: NEUTRÓFILO. AUMENTOS 1,500 X.
Foto inferior. — EXTENSIÓN DE SANGRE. PEROXIDASAS. PROMIELOCITOS ATÍPICOS. AUMENTOS 600 X. MUY AUMENTADA POSTERIORMENTE.

En el segundo lote de cobayos inoculados con sangre desecada de leucemia mielógena crónica del hombre, no obstante el largo período transcurrido entre aquella inoculación y el momento en que se realiza la investigación de la sangre y la vaguedad del cuadro hemático e histopatológico, dicha investigación en sangre puso de manifiesto la presencia de los linfocitos con granulaciones de peroxidasas, también en pequeño número, pero no menos evidentes, coincidiendo su presencia con micromieloblastos, también en pequeño número, pero no menos evidentes, coincidiendo su presencia con micromieloblastos sin granulaciones de peroxidasas. Ahora bien, como en el cobayo en condiciones normales, aun con el empleo de los antibióticos, tales linfocitos con peroxidasas nunca se observaron, hemos de conceder que su presencia sea el efecto de una enfermedad leucémica. Y así es, en efecto, porque tales linfocitos son mieloblastos atípicos.

b) *Con granulaciones metacromáticas.* — Estos leucocitos, completamente in-

maduros, son identificables por su aspecto morfológico con los promielocitos-mieloblastos anteriores, solo que sus dimensiones oscilan entre 14'2 - 20'8 micras. Lo importante es que estos corpúsculos, muy semejantes a los de la medula ósea de los cobayos tratados con antibióticos, se hallan en los que están afectos de leucemia mielógena experimental por transmisión de la misma forma humana. El círculo metacromático se dispone, ya de una manera granulosa, unas veces difusa o distribuída por el círculo de células, dispuesta en la pequeña zona circular del citoplasma que rodea el núcleo; o bien se manifiesta por un delicado teñido del halo citoplástico perinuclear, en rojo delicado, a veces en finísima pulverización. Estos leucocitos inmaduros metacromáticos, según reiteradas investigaciones, constituyen acaso el exponente de la remisión leucémica, y de consiguiente, en la leucemia experimental mielógena en fase avanzada de remisión tienen la significación de la persistencia virásica. Un traumatismo de una de las patas del animal puede detectarla simplemente o convertirse en leucosis aguda de evolución mortal.

2. *Leucemia mielógena experimental inaparente.* — Ocurre en los experimentos de transmisión de la leucemia humana al cobayo que las inoculaciones de sangre desecada, después de un período de incubación de ocho a catorce meses, no se instala el cuadro hematoclínico de leucemia experimental mielógena crónica, sino que se produce una elevación de los leucocitos, siempre inferior a 70.000 por milímetro cuadrado, y una eosinofilia no superior a 40 por ciento, con algunas células linfoides con evidentes granulaciones de peroxidasas. En estos casos, como se ha hecho en algunos cobayos del segundo lote, los tests de la interferencia virásica (nueva inoculación, por escarificación, de otro virus) y del traumatismo de la pata han dado una respuesta positiva. Estos cobayos, pues, están afectos de leucemia inaparente, de forma latente, pero activable por los citados tests. En los animales de este segundo lote se hallan también los mismos leucocitos con peroxidasas y metacromáticos, con aspecto de mieloblastos y, por tanto, inmaduros.

Discusión

¿En la leucemia mielógena crónica en remisión o latente del hombre, se presentan acaso los promielocitos-mieloblastos antes descritos? ¿Con idénticos caracteres a los del cobayo en mielosis crónica experimental en remisión o inaparente? Este aspecto de la cuestión ha sido objeto de previos estudios microscópicos en un extenso material casuístico de leucemia humana, por lo que se deduce, no su semejanza, sino la perfecta identidad morfológica, que nos permite dar a estos corpúsculos inmaduros de la leucemia humana una significación hematológica tal que ofrece grandes posibilidades, no sólo para el diagnóstico de la leucemia mielógena crónica latente de la especie humana, sino también para detectar la existencia de una leucemia mielógena experimental de evolución lenta.

De aquí se deduce que, cualquiera que sea la cifra de los leucocitos, aun subnormal, la presencia de estos corpúsculos, ciertamente inmaduros, afirma la positividad de la transmisión heteróloga de sangre de leucemia humana al cobayo, a condición de realizar la investigación hematológica después de los catorce meses de la inoculación, o sea, después de la incubación, dado que este período preleucémico alcanza gran duración.

RESUMEN

La inoculación de sangre humana desecada durante ocho a veintisiete días produce constantemente una leucemia mielógena crónica en el cobayo.

En todos ellos, obtenidas las extensiones de sangre y tratadas por el médico de las peroxidasas, permite su investigación y estudio, pues resaltan ampliamente en color verde oscuro, y el substrato granuloso metacromático o difuso, en color rojo brillante.

Esto permite dar a los corpúsculos inmaduros de la leucemia humana una significación tal, que ofrece grandes posibilidades, no sólo para el diagnóstico de la leucemia mielógena crónica latente de la especie humana, sino también para detectar la existencia de una leucemia mielógena experimental de evolución lenta.

BIBLIOGRAFIA

1. Mas y Magro, F.—«Les troubles morphologiques et strcturales du promyelocite. I Etude experimental». *Le Sang*, 20, 15. 1949.
2. Mas y Magro, F.—Ibidem. «II. Les promyelocytes atypiques de la moelle osseuse (biobsie) dans la panmyelotisis sulfamidique». *Le Sang*, 20, 152. 1949.
3. Mas y Magro, F.—Ibidem. «IV. Investigations experimentales sur le promyelocyte atypique». *Le Sang*, 20, 306. 1949.
4. Mas y Magro, F.—Ibidem. «V. Le promyelocyte stypique a grains metachromátiques dans la leucemie myeloide chronique». *Le Sang*, 20, 557. 1949.
5. Mas y Magro, F.—«Le systeme hematopoietique». *Le Sang*, 19, 617. 1948.
6. Mas y Magro, F.—«La transmission experimentale heterologue de la leucemie myeloide aigue humaine». *Le Sang*, 22, 756. 1951.
7. Mas y Magro, F.—«Les troubles du sang consecutifs a la transmission experimentale de la leucemie myeloide aigue». *Le Sang*, 22, 760. 1951.
8. Mas y Magro, F.—«Experiencies de transmission de la leucemia myeloide chronique humaine chez le cobaye». *Le Sang*, 25, 166. 1954.
9. Mas y Magro, F.—«Diagnóstico de la leucemia». Edit. Científico-Médica. Barcelona, 1954.
10. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Le diagnostic des leucemies aigues». *Le Sang*, 11, 420. 1937.
11. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Una variante de la coloración de las peroxidasas». *Arch. Med. Exper.*, 16, 47. 1953.
12. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Las leucemias mieloides en latencia y su diagnóstico por el método de las peroxidasas». *Arch. Med. Experimental*, 22, 81. 1959.
13. Mas y Magro, F. (Jr.)—Ibidem. *Clínica y Laboratorio*, 68, 407. 1959.
14. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Sobre la remisión de la leucemia». *Clínica y Lab.*, 70, 102. 1960.
15. Mas y Magro, F. (Jr.) «La leucemia, enfermedad de etiología viral». *Clínica y Laboratorio*, 70. 1960.
16. Mas y Magro, F. (Jr.)—Ibidem. *La Semana Médica* (Buenos Aires), 119, 156. 1961.
17. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Las leucemias mieloides en latencia y su diagnóstico por el
18. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Alteraciones experimentales de la granulocitogénesis». *La Semana Médica* (Buenos Aires), 120, 1.231. 1962.
19. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Reacción del antígeno-virus leucémico en los cobayos inoculados de leucemia mieloide humana». *La Semana Médica* (Buenos Aires), 122, 161. 1963.
20. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Sobre la identificación de las leucemias por el método de las peroxidasas». *Clínica y Laboratorio*, 70. 1960.
21. Mas y Magro, F. (Jr.)—«La forma clamidozoaria del virus de la leucemia». *Laboratorio*. 1962.
22. Mas y Magro, F. (Jr.)—Ibidem. *Galicia Clínica*, 1962.
23. Mas y Magro, F. (Jr.)—«Discriminación de las leucemias por el método de las peroxidasas». *Archivos de Medicina Experimental*, 24, 39. 1961.

Dirección: Plaza Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963

PSICORREGULACIÓN

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

GENERALIDADES

TANTO si por disposición natural, o si por una serie de reflejos condicionados llegamos a un determinado nivel cultural, a ese nivel que caracterizan nuestros sistemas vivenciales occidentales, nuestra mente, en todo caso, pone en juego mecanismos cuya tónica energética es un complejo de mecanismos de regulación en virtud de los cuales nos manifestamos en directrices normales, paranormales o francamente patológicas, según modos y niveles de un intrínseco principio de regulación.

No se trata aquí de una realidad mensurable o numerable, al modo que pueda ser objeto de una verificación experimental, como la observada en los sistemas orto y parasimpáticos, o también entre las distintas glándulas hormonales, cuyas funciones responsabilizan nuestras dinámicas anacatabólicas. Es eso, y algo más que eso, otra cosa distinta, como distinta es en género nuestra operación de pensar, sentir e intuir.

Ahora bien; si no es un principio o, mejor, un elemento material, ¿cómo explicarnos la vida en el universo en su infinita variedad de géneros y formas específicas, donde la materia telúrica deviene en un concreto correctamente individualizado? Es obligado a nuestra razón reconocer que existe un principio de diversificación, que al regir las leyes telúricas o cósmicas opere con arreglo a una inteligencia formal ordenadora, en virtud de la cual cada género, especie, ser o parcela vital cumpla sus leyes de temporalidad finalistas.

Desde los tiempos más remotos, los pensadores y filósofos más ilustres han tratado este tema. Traer a colación sus puntos de vista nos ocuparía tiempo y espacio, de un lado, y de otro, dar a estas notas un carácter historicista que nos desviaría de nuestro asunto.

En esta cuestión en verdad que topamos con una grave dificultad: la derivada de que este mecanismo es una intuición necesaria para fundamentar nuestros conceptos sobre la íntima naturaleza de la vida en el universo; nada más ni nada menos que interpretar esa gran incógnita que es el determinismo fisiológico, en conexión con la función mental con sus propios postulados en sus modos naturales; algo así como la «cosa en sí» kantiana, o la síntesis materia y pensamiento.

Si analogamos nuestros artificiosos sistemas mecánicos como complejo de fuerzas y energías que ponemos en actividad para obtener una finalidad, veremos que

todos ellos llevan inscritos elementos de regulación, en virtud de los cuales se logran sistemas de fuerzas constantes y sistemas de equilibrio funcional como condición necesaria al fin propuesto.

Si el equilibrio funcional es un elemento necesario en la mecánica física, por la misma razón nuestras series anímicas para sus operaciones normales precisan principios que caen dentro del acto psicorregulador, que es la tónica que nos cualifica como seres normales, racionalmente hablando.

El concepto de regulación apunta a un principio de causalidad no sólo de tipo original o genético, sino a otro principio en que se resuelven formas y funciones en el tiempo, en su razón de devenir o desarrollo, para comprometerse en una finalidad. Por este principio moderador de fuerzas y energías intentamos objetivar aquellos factores que lo determinan, por cuanto su conocimiento y valoración es aquello que fundamenta las leyes que rigen las series vitales. Es premisa necesaria el conocer formas y funciones, anatomía y fisiología normal y patológica en sus menores detalles, en la más exhaustiva discriminación referencial; estamos a mitad de camino. Sobre esto que pudiéramos llamar empirismo descriptivo o científico docente, está el «se ipsum movens», la interdependencia de leyes y principios por los cuales la materia se informa y nuestras vivencias se enriquecen de contenidos. Sobre toda descriptiva planea, rauda y solemne, la razón soberana de los principios y las causas, el principio integrador de las cosas, factor no estático, sino dinámico, actos y potencias en solícita actividad temporal, el ser, que es siendo, el mismo y diferente en cada momento, y otro, y otro, en cadena sin fin.

Si para nosotros es importante el principio de determinación genética con sus genes, como condensados de leyes de futuración, causa y efecto en sucesivos movimientos sistólicos y diastólicos, no lo es menos, lo que nos distingue con nuestras potencias psíquicas, cuyo código de futuración alcanza esas magnitudes de los valores y principios sobre lo que son ideas ejemplares, absolutas, infinitas e inconmovibles. Entre unas y otras magnitudes, la vida es transcurso, sucesión, duración... y también razón de intemporalidad con toda la variedad, unida y armonía que podemos concebir.

Es natural y obligado que nuestra mente, con ese fundamento *in re,* saque las consecuencias necesarias para una interpretación adecuada de los mecanismos de regulación en orden a nuestras vivencias psíquicas, a nuestros modos habituales y corrientes de pensar e intuir. Aquí no disponemos de otra realidad antecedente que la proporcionada por la experiencia psíquica, y ésta no la podemos concebir si antes carecemos de la experiencia física, como objeto dado a nuestra mente para una inducción posterior, que es la que en última instancia es conocida por la conciencia, a la cual se atiene por acto reflexivo; por lo tanto, llegamos a términos de correlaciones a series trascendentes entre ambos componentes que biológicamente intercambian tanto estímulos como impulsos energéticos, de cuya cualidad y cantidad diferimos individualmente con los más diversos contenidos anímicos, y con las más diversas voluntades que definen nuestros personalísimos estilos y maneras de pensar, sentir e intuir.

FISIORREGULACIÓN

Aquello que nosotros podemos concebir sobre esta función, no puede tener otro fundamento que aquello fenomenológico que es objeto de nuestros sentidos en un orden material o fisiológico, que será muy distinto de aquella otra fenome-

nología que afecta a nuestras vivencias, sobre todo en ese nivel pensante o racional que nos sitúa ante perspectivas anímicas de la más variada naturaleza.

Esta función, por apuntar a la cosa en sí, o principio de causalidad vital, se presta a las más sutiles consideraciones, puesto que su saber va emparejado con el nivel material y cultural de cada época; por lo tanto, no nos duela el declarar que lo que podemos formular sobre mecanismos de regulación, tan sobrado puede estar de teoricismos como de atisbos intuitivos.

Sea cual fuere la teoría vital de que se parta, lo objetivo es la conformación y la función, el ser individual, el empirismo anatomofisiológico para un saber lógico-interectivo. Y además, otra cosa. ¿Y qué será esa otra cosa? Esa otra cosa, que se escapa a la observación, a los análisis y prácticas más delicadas de los laboratorios, es el principio de causalidad, intuído bajo la especie de mecanismo de regulación físico, desde el punto de vista anatomofisiológico, y otro racional, desde el punto de vista de nuestras vivencias psíquicas racionales y volitivas. Leyes de la materia, de un lado, y leyes del pensamiento, de otro, con sus respectivas objetividades y finalidades.

La ciencia, con sus leyes y principios, con sus experiencias y verificaciones, en fin de cuentas, responde a un objetivo, a una finalidad que se resuelve en intuiciones que intentan penetrar en aquello determinante y causal de las series fenoménicas, que en nuestro caso es la vida como realidad diferenciada material y formal de la misma. Lo que en la vida destacada es tanto sus variedades y polimorfismos, como aquello otro que es su razón funcional, o sea, su mecanismo regulador, aquello que en el tiempo es una síntesis de materia ordenada espacialmente.

Por el mecanismo de regulación podemos penetrar en el inextricable universo funcional, que es el que interesa a la biología, tanto para sus avances sobre genética como todo lo que signifique sus leyes de desarrollo normal y estados patológicos. La ciencia médica más eficiente es, en tesis general, una lucha constante contra distonías disreguladoras entre factores de la más diversa etiología, tóxica, toxínica, hormonal, etc., con sus manifestaciones concomitantes. Lo que corrientemente se llama «ojo clínico» no es otro concepto que el formulado por una discriminación o intuición distintiva de aquella causa que perturba el equilibrio regulador de la función normal; nuestras mayores dificultades diagnósticas residen en el hecho de «saber ver» con la distinción necesaria aquello que parece y aquello que es; o sea, distinguir la causa del efecto, lo sustancial de lo adjetivo, lo directo de lo reflejo, lo objetivo de lo subjetivo, con sus modos, signos y síntomas diferenciales.

Todo eso que la ciencia experimental puede formular en fin de cuentas, tanto desde el punto de vista químico como biológico, se resuelve en estados tensionales, valores de concentración electrolítica, determinantes de fenómenos de oxidación y reducción con los correlatos anacatabólicos, son expresión de intrínseca ley de regulación; el iris, en sus reacciones ante la luz, por causas físicas, las funciones glucogénicas, las interhormonales, las sinergias glandulares del aparato digestivo, las correlativas de las cadenas ortoparasimpáticas, por no citar infinitos ejemplos, estamos ante ese uno vario y armónico que es el individuo, un ser viviente.

Se comprenderá que nuestro saber no puede concretarse a la objetividad real y topográfica, a la función aparente y delimitada, al hecho, al puro fenómeno, al empirismo científico, que informa hasta las más ambiciosas búsquedas de nuestras células piramidales en sus modos sinópticos para inducir sus sistemas de conducción en vista de lo más grande y más noble de nuestra economía. Nuestro saber

es eso y algo más que eso; es, en fin de cuentas, poner en ejercicio nuestros sistemas deductivos, como exponentes de leyes y principios abstraídos por la inducción. Inducir leyes para deducir principios; ésa es la línea del investigador, del hombre que se procura ciencia y sabiduría; en esa línea de principios está el mecanismo de regulación, ese invisible y desconocido, pero real, efectivo y finalista por cuanto constituye la armadura sólida que nos defiende contra el desequilibrio y la enfermedad.

En el ámbito bioquímico, la compensación es la regla; una línea de movimiento equilibradora de fuerzas activas y pasivas, por las que, dentro de ciertos límites, permite el normal funcionamiento del aparato en cuestión. Así hablamos de corazón compensado, de circulación supletoria o vicariante, etc., de compensaciones en órganos y aparatos de toda significación, ya sea orgánica humoral u hormonal, activa o pasivamente, por la compensación, la espontaneidad vital logra alcanzar su finalidad. De tal manera está ligada la compensación a la finalidad, que en todo proceso patológico su signo primero es una disregulación fisiológica que, en el mejor de los casos, arrastra tras sí una alteración anatómica en sentido hipertrófico o en sentido hipotrófico, o atrófico, síntoma de la más clara evidencia del fisiologismo regulador.

Mas esto es muy elemental para los iniciados, y no hay por qué insistir sobre ello. El problema cobra interés en orden a nuestras vivencias anímicas, por cuanto en ellas ocupa este principio un lugar cardinal, tanto que ser culto equivale a tener una mente regulada.

Psicorregulagión

Por la condición activa y pasiva de nuestros contenidos mentales, y siempre respondiendo a factores de conveniencia por razones personales y del medio ambiente, ponemos de modo voluntario, o también de modo automático, nuestros sistemas de regulación, que ocupan un lugar cardinal en orden a nuestros contenidos anímicos.

Como nuestras operaciones mentales comprenden, según hemos dicho anteriormente, una lógica inductiva de clara especificación racional, y otra zona de oscura indeterminación racional o suprarracional, las cuales, por razón de unidad, confluyen en sus modos operacionales, es en esta trascendencia donde los mecanismos reguladores intervienen potencial y actualmente, confiriendo a cada persona su específico carácter psicológico.

Tenemos que admitir en todo proceso mental dos mecanismos activos: uno, el propio o autónomo, que se ejerce por espontaneidad natural o el acto de pensar, producto de una relación entre lo representado, aquello mostrado a la mente y aquello otro, lo explicado, o sea, los componentes que integran el juicio, lo cogitativo y lo excogitativo o expresión intencional. Este mecanismo en sí es una operación regulada, la función racional, cuya íntima naturaleza es inaprehensible, como en realidad lo es la vida en general. Sobre el otro mecanismo heterónomo es el que ejercemos ante las diversas perspectivas mentales que se manifiestan en nuestras relaciones sociales. Afecta a lo humano en todos sus niveles racionales, al primitivo como al más culto y civilizado. ¿Y esto por qué? Porque el primitivo tiene un poder de compensación, producto de sus relaciones más elementales, una función regulada cuya potencialidad le ha evitado el sucumbir o desaparecer en el tiempo, como otras especies animales, a pesar de su mayor masa corporal. Y no digamos del *homo sapiens* actual y civilizado, cuya existencia

es una constante de fuerzas tensionales de cuyas alternativas resulta ese componente abigarrado que constituye el modo personal de la actual civilización con sus leyes orgánicas.

Del juego concertado, y aquí queremos decir juego compensador, entre estímulos elementales o instintivos, los racionales propiamente dichos, y aquellos otros suprarracionales valorativos, los de línea *rectrix* componen lo que entendemos por proyección psíquica en su comprensión genérica; su proceso es de evolución lenta, secular, por requerir un tiempo de desarrollo proporcionado a cada aptitud racial o étnica.

Desde el punto de vista psicológico, nuestras vivencias se caracterizan por una dinámica específica que se conoce con el nombre de acto de represión o de censura, como componente regulador de las mismas, en virtud de la cual nos manifestamos unas veces cargando el acento energético sobre lo potencial vegetativo o elemental primario de nuestros instintos, y otras veces, sobre lo racional intencionado, lo consciente en su ser natural. Como es excepcional el que exista un equilibrio dinámico y expresivo entre las funciones totales, es lógico admitir que nuestros mecanismos censores o represivos regulen nuestros actos y nuestras vivencias de modo perfecto y adecuado. A este respecto, el estado de ataraxia sería un ideal de equilibrio psicosomático que las doctrinas estoicas han reclamado para sí.

En nuestras formas de vida actuales, sea cualquiera la condición del *homo* considerado, late un principio de regulación más o menos ajustado a su condición intencional. Así podemos afirmar que cada individuo es expresión de un natural proceso de regulación con su específico coeficiente sensorial, con su capacidad de reserva mental propia de sus vivencias, por las que podemos definir los tipos psíquicos.

De lo indicado, fácil es sacar consecuencias en los casos en que dicho poder moderador se desvíe o altere clínicamente, tanto por exceso como por defecto. Ello es patognomónico de neurosis por hiperergia, hipoergia o disergia de la mecánica reguladora. La psicopatología nos proporciona casuísticas de dichos trastorno, por los que la conducta y la personalidad muestran las disociaciones más acusadas.

Asimismo, por la represión condicionada en sus formas más correctas y sutiles, regulamos nuestras relaciones sociales, incluso internacionales, calificando a las personas en aquella medida más justa y equilibrada entre impulsos elementales y objetividades racionales. Su «leit motiv» es la esencia de lo diplomático en las prácticas internacionales.

La represión en sí y considerada de modo absoluto, es una fuerza impulsora y directriz como manifestación del curso temporal de las ideas, porque por su virtualidad inmanente regulamos objetos, voluntades, doctrinas, conceptos sobre hombres y cosas, en un componente que es el criterio, como objetividad finalista por antonomasia. El criterio no tiene otra definición que aquella que nos define como sistemas de complejos anímicos en su más concertado equilibrio de estímulos antagónicos.

Dejarse llevar por el alma subracional y también por el alma suprarracional en sus más extremados límites o conclusiones, es el signo que pone al descubierto un espíritu desconcertado, y es síntoma en el que los factores de regulación están desconectados en sus más sutiles ligaduras.

Por lo indicado se llega a la conclusión de que la psicorregulación es un factor dinámico de excepcional importancia en orden a nuestras operaciones racionales y volitivas.

Ahora bien; si por cualquier alteración de dicho mecanismo en sentido de mayor o menor dominancia del componente polar, consciente o inconsciente, racional o telúrico, dichas energéticas, la libido telúrica o la libido *rationalis*, entonces estamos ante cuadros preclínicos o clínicos de manifiesta disociación de los mecanismos psicorreguladores, ante individuos neurósicos, psicósicos o psicópatas con índices graduales de desequilibrio mental, sujetos polarizados en sus reacciones, sin freno autorregulador, a pesar de los casos aparentes de anormalidad en su conducta individual y social. Esta casuística de disonancias afecta mayormente a las sociedades cultas y civilizadas, en donde los conflictos psíquicos constituyen el denominador común, ocasionando esos estados de malestar, con sus correlatos de angustia, ansiedad y demás contrariedades que condicionan un vivir presionado por fórmulas cuyos patrones no están hechos a la medida de cada cual.

Este mecanismo nos define en última instancia como sujetos ponderados razonables o tratables, o sus opuestos intratables, esquinados y resentidos, con sus complejos de superioridad o de inferioridad, o sus expresiones paradójicas.

Donde más se evidencia esta mecánica psicorreguladora es en el mundo suprarracional, el de los sentimientos y creencias, cuyas sutiles estructuras constituyen el motivo de nuestras discusiones capitales, capaces de llevarnos a los más enconados extravíos humanos, según vemos en la Historia. En estos casos de excepción, la mente reacciona con contenidos «ad hoc», con logismos acomodados a aquellos términos en que se debate la polémica histórica del momento en que se vive. Desde este punto de vista, la evolución de las formas de vida es consecuencia de una correlación regulada que nos imponemos, especie de dispositivo concertado, aquello que en buena lógica debe ser producto plebiscitario para establecer fórmulas de coexistencia a pesar de las diferencias de método que pueden inspirarlas.

A cada colectividad o sociedad en su evolución histórica le preside un determinado nivel ambiental o *climax mentalis*, que es producto de sus sistemas específicos de regulación; las ideas clave de cada época histórica responden a formas específicas de valores ideales, en unos casos, y en otros, a valores positivistas, empiristas y pragmáticos; en el fondo no son otra cosa que efecto de un principio teleológico de pura raíz inconsciente, por el que cada sociedad se proyecta ineluctablemente hacia un designio cuyo fin es producto de potencias tendentes todas ellas hacia un futuro más o menos previsible.

El idealismo griego, distinto del positivismo moderno, nos dice bastante en el sentido de que nuestros mecanismos mentales actúan evolutivamente en una medida que es desconocida para el hombre temporal, pero que se hace patente para el hombre histórico, tomado en sus varias perspectivas.

Individual y socialmente, como vemos, participamos en sistemáticas psicorreguladoras. Eso que se ha denominado ciclos históricos, teologicomítico, metafísico y positivo, con sus crisis y soluciones de continuidad, apuntan a nuestras vivencias, cuyos contenidos mentales pugnan por lograr un equilibrio de poderes entre la diversidad de nuestras posibilidades conceptuales, poniendo en juego toda clase de valores físicos y metafísicos. Las revoluciones industriales, políticas, económicas, religiosas, confirman el principio teleológico de los mecanismos de regulación, cuya inconsciencia *a priori* nos arrastran como dóciles instrumentos de un advenir con fases críticas, más o menos pendulares en el tiempo y de cuyas alter-

nativas el hombre no podrá renunciar, ni soslayar, ni evadir, tanto en el campo de la propia salud, ni tampoco en sus dilatadas relaciones colectivas y sociales.

Las crisis disrreguladoras, en cualquier orden físico y psíquico, se anuncian a una analítica de principios, con sus propios signos, sus naturales pródromos, sus profases, que debemos valorar en lo que tienen de patognomónicos; prevenir es mejor que curar; estamos obligados a justipreciar los fenómenos corporales, como nuestras sistemáticas ideológicas y doctrinales, antes que los acontecimientos causen mayores estragos en unos, y en otras, si se aspira a vivir bajo el signo de la evolución creadora, evitando el precipitarse en el caos de la revolución destructora.

Como colofón a lo dicho, añadimos que, desde el punto de vista de las leyes del pensar, no se hace excepción a este mecanismo regulador; según la teoría hegeliana, el proceso ideológico, al contrastar sus conceptos, se realiza en virtud de una línea de movimiento progresivo que comienza con una fórmula inicial o tesis, en cuya estructura se desarrolla su antítesis, o sea, aquello concebido como término conciliador entre ambas distinciones opuestas, que es el componente racional del todo. La síntesis, una vez razonada, lleva en sí de modo implícito, por ley evolutiva, el principio de su descomposición o duplicación, de tesis y antítesis, que se resuelve en otra síntesis, por cuyo efecto de modo sucesivo se repite el proceso indefinidamente en el tiempo. Este proceso mental, en su naturaleza íntima, responde aun principio de psicorregulación como adecuación entre premisas y consecuencias que no son otra cosa que aquello formal y regulado e intencionado de nuestra mente inteligible. Esta ley evolutiva sería imposible si no poseyéramos naturalmente un orden de principios y de fines con intrínseco poder regulador sobre nuestros conceptos.

Calificar con sereno juicio analítico nuestros movimientos íntimos, nuestras ideas y voluntades, en sus diversas especies de contenidos psíquicos, con sus valores anmicos, es querer penetrar en la ley articuladora de lo absoluto y relativo de las cosas, con todos los elementos que la razón nos proporciona, como función de principios y de fines, sin olvidar sus límites precarios, que por interés o por vanidad tratamos de disfrazar para imponernos entre sí con absoluta rotundidad.

RESUMEN

Se exponen en este trabajo unas generales consideraciones sobre mecanismos de regulación, los cuales presiden las sistemáticas fisiopatológicas de las series vitales, haciendo especial referencia al mecanismo psicorregulador por el cual nos definimos como sujetos diferenciados psicotípicamente en nuestros modos de ser y de obrar.

Dirección: General Franco, 66, principal. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

LA NAVEGACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA BIOLOGÍA HUMANA, *por el doctor* SANTIAGO MARTÍNEZ FORNÉS. *Un volumen (13 por 17'5 cm.) de 46 páginas; rústica. Precio: 12 pesetas. Ediciones de C. y E. Av. Generalísimo, 76. Madrid, 1963.*

El doctor Martínez Fornés, prestigioso escritor y colega, ofrece en este atractivo opúsculo una brillante muestra de su oratoria con motivo de unas conferencias pronunciadas en la Cámara de Comercio de Madrid y en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, sobre la navegación marítima y sus influencias sobre la biología humana.

El mar ha ejercido siempre una atracción intensa sobre el hombre en lo que tiene de desconocido y de aventura, influyendo extraordinariamente en su vocación marinera.

En unos certeros trazos que sirven de introducción, Martínez Fornés señala como las primeras formaciones biológicas tuvieron un origen marino antes que terrestre, y analiza la evolución del cosmos y el desarrollo de la vida hasta llegar al hombre y la aparición de los primeros continentes, que fueron los primeros en navegar, y en acertadas frases señala al mar como oeste y ocaso de la vida.

Se refiere después a las primeras navegaciones conocidas; cita los relatos sumerios y las narraciones bíblicas que señalan a Noé como primer navegante epopéyico a partir de cuyo establecimiento en la tierra se reduce notablemente la edad de la vida humana. Pasa después a los grandes viajes de Colón, con sus descubrimientos e informes antropológicos tan valiosos, expresando cómo gracias a la navegación, que intercambió vegetales, llevó animales y transbordó hombres de unos continentes a otros, podemos hablar de biología de nuestro planeta.

Con gran amenidad se refiere a la patología de los navegantes, desde el modesto mareo o mal de mar, al escorbuto, beri beri y otras avitaminosis. Indica cómo marinos, médicos y biólogos han contribuído con sus descubrimientos y observaciones al enriquecimiento de la biología humana, desde Plinio hasta Van Humbolt, Darwin y Alain Bombard, el navegante solitario, ya que ha sido el mar el que ha colocado la fisiología del hombre en situaciones extremas.

Al felicitar a su autor, por el éxito alcanzado por sus charlas, no dudamos en recomendar la lectura de este medio centenar de páginas en que fueron recogidas, pues estamos seguros de que los lectores agradecerán su valor informativo, la certeza de sus orientaciones y la claridad y belleza de su exposición. — RICARDO HORNO LIRIA.

PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. *Dirigido por el doctor* S. DEXEUS. *Vol. VI. Fasc. 1.* Un volumen *(12'5 por 19 cm.) con 200 páginas; rústica. Editorial Praxis, S. A. Barcelona, 1963.*

La interesante publicación que dirige el doctor don Santiago Dexeus, en este sexto volumen —correspondiente al primer cuatrimestre del año actual— comprende, según su habitual disposición, una primera parte con dos notables trabajos originales. Uno, obra de los doctores Dexeus Trías de Bes y González Ruiz, sobre «El uso del Librium en Obstetricia»; otro, de los doctores Tortó, Jorro y Carbonell, sobre «Síndrome de Parkes Weber. Distocia de hombros».

El resto lo constituyen resúmenes amplios y comentados de artículos seleccionados de la bibliografía mundial; otros, más breves, también de la prensa extranjera; y una parte, en la que se resumen los trabajos en lengua castellana y portuguesa de la bibliografía aparecida durante el primer semestre del pasado año, permitiendo así una completa recopilación por materias de la misma.

Como final, en una miscelánea obstétrico-ginecológica, se publica un interesante reportaje informativo sobre el

Hospital Universitario «Maternidad de Shatby», de Alejandría (Egipto), y los resúmenes de las sesiones celebradas por la Asociación de Obstetricia y Ginecología de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona.

Todo ello constituye, como puede apreciarse por este índice, un volumen de variada y atractiva lectura para el ginecólogo.—R. HORNO LIRIA.

DEDEF (Diccionario español de especialidades farmacéuticas). *Boletín suplementario. Primero y segundo trimestres 1963. Dos volúmenes (15 por 23'5 cm.); rústica. Iztueta, 7. San Sebastián, 1963.*

COMO complemento a la nueva edición en dos tomos del DEDEF (Diccionario español de especialidades farmacéuticas), de cuya reciente aparición ya dimos cuenta, y para mantenerlo totalmente al día con todas las especialidades que existen en el mercado, con las variantes de precios y de laboratorios, con información completa de cada una y la relación de las suprimidas, se publican trimestralmente estos volúmenes que aseguran su continuidad.

Además en ellos se publican amenos artículos en relación con la Farmacia y la Literatura y el panorama farmacéutico, comentado por F. del Campo, dando también información y noticias sobre congresos y cursillos. Con ello, tanto el médico como el farmacéutico tienen siempre en su mano una información completísima y actualizada, que le permite resolver cualquier duda que se le ofrezca.

Los años que lleva ya de existencia y el interés creciente de sus ediciones aseguran su valía y utilidad bien probada.—RICARDO HORNO LIRIA.

CUESTIONES BIOLÓGICAS, *por* ADRIÁN ZULUETA, S. I., *profesor en la Universidad Pontificia de Comillas y en la Facultad Filosófica de Loyola. Un volumen (24 por 16 cm.) de 432 páginas, con figuras, cuadros y esquemas. Precio: 185 pesetas; en tela con cubierta, 230. Editorial "Razón y Fe, S. A.". Exclusiva de venta: Ediciones "Fax", Zurbano, 80, Madrid (3). 1963.*

LA Biología es hoy una ciencia en pleno auge. Incluso se registran intentos de incorporar sus aportaciones a un nuevo concepto humanista (Teilhard de Charlin, en Francia). El propósito de este libro es, consecuente con este desarrollo, procurar el conocimiento de los problemas biológicos fundamentales a los que, sin dedicarse a ellos, lo necesiten. Actualmente se va a una especialización profesional muy diferenciada, pero a la vez hacia la ampliación del campo cultural de las gentes, que se entran por lo que ya no es estrictamente lo suyo. Sólo así puede hoy ser una persona tenida por culta.

El libro se sitúa a una sabia equidistancia entre el manual y el tratado. En ese punto que ocupan las buenas iniciaciones a los problemas claves de una ciencia. La biológica, en este caso.

Consta de veintitrés capítulos, cuyos temas es preciso enumerar para definir este bello libro. Si hiciésemos una división por grupos, pondríamos los seis primeros con las ideas claves sobre biometría, microscopios, bioquímica, vitaminas, hormonas y citología.

Luego, otros siete, en los que se explican detalladamente los complejos temas básicos de la genética; teorías sobre la herencia biológica; mutaciones; herencia de los caracteres adquiridos; reproducción y regeneración; ontogenia, y sexualidad.

Con ellos queda preparada la entrada al magno y oscuro problema, pese a ir poco a poco abriéndose a la luz: origen de la vida; virus; teleología, y psicobiología.

Por fin, la evolución de las especies (especies y taxonomía, historia de la vida, evolución, argumentos, teorías) y el vitalismo, que busca explicar la naturaleza misma de la vida, ocupan los seis últimos.

Cada capítulo constituye una laboriosa síntesis de conocimientos. Buena prueba es el copioso y modernísimo aparato bibliográfico, ordenado por materias, que va detrás de cada uno. Muy útil, porque permite al estudioso lector saber el camino que le ampliará cualquier problema concreto por el que se sienta especialmente interesado.

La exposición es clara —el autor tiene gran experiencia pedagógica—, pero apretada y precisa. Ha sido un gran acierto tomar como norma el empleo de la terminología científica. Esto —tras la adecuada explicación del término— da al que estudia claridad de ideas y precisión expresiva. Ambas cosas, absolutamente imprescindibles.

Libro puesto al día. No caben términos medios en libros científicos: son inútiles si antiguos, y valiosos si modernos (antiguo y moderno, no como simples categorías conológicas, claro está). Ejemplos de esta modernidad son los desarrollos de la teoría de Watson y Crick sobre el ADN; o las ideas de Lyssenko sobre vernalización y herencia; o las experiencias teratológicas de Wolff; o las explicaciones de Oparin y Dauvillier sobre el origen de la vida.

La crítica moderada y serena preside siempre el conjunto. Esta ponderación es siempre deseable, pero en cuestiones como estas de la Biología, imprescindible. En el caso concreto, por ejemplo, de la evolución, Zulueta ha sabido mantener un plausible equilibrio al exponer los pros y los contras de las muchas teorías que tratan de explicar el origen de las especies.

Resumiendo: dimensión ajustada al exponer, modernidad, precisión técnica, claridad, hondura y riqueza, hacen de esta obra una valiosa aportación (incluso como texto, desde luego) para el conocimiento de los problemas biológicos.—A.

AUTORES EXTRANJEROS

FINLAY, *por el doctor* CÉSAR RODRÍGUEZ. *Publicación núm. 20 de los Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Un volumen (15 por 22'5 cm.) de 168 páginas; rústica. Ediciones del Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1962.*

LA figura de Finlay, el gran sabio cubano que descubrió el medio de transmisión de la fiebre amarilla, librando a la humanidad de este terrible azote, es tratada con todo detalle y con cordial solicitud en este interesante volumen, debido a la pluma del distinguido Secretario de la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina, doctor Rodríguez Expósito.

Su detalladísimo trabajo, muy bien documentado y expuesto con amenidad y con acierto, fue galardonado con el premio Finlay-Delgado y sirvió de base al actual volumen, en el que una vez más y con tesonera actitud, se honra a esta figura tan representativa de la Medicina cubana y se le enaltece y se reivindica su descubrimiento frente a la actitud injusta y tendenciosa de la Comisión Norteamericana, que al comprobar los trabajos del doctor Carlos J. Finlay, oscureció su labor tratando de apoderarse de una gloria que a él pertenecía por completo. Los médicos cubanos, desde entonces, han luchado por deshacer esa nebulosa que congelaba el nombre y los trabajos de Finlay, aireando su labor y exaltando su figura y el triunfo de su compatriota, que merecidamente ha ido logrando en el mundo entero el renombre y el lugar que le corresponden al librar a la humanidad de esta temible enfermedad antes tan extendida.

El libro del doctor Rodríguez Expósito —claro y minucioso—, es una magnífica y brillante aportación a dejar en su punto, la ya casi olvidada postergación y polémica.—RICARDO HORNO LIRIA.

EL DOCTOR LUIS RAZETTI. *Acta Médica Venezolana, volumen X, núm. 4, julio-septiembre 1962. Caracas.*

NUESTRO colega de prensa «Acta Médica Venezolana», ha querido conmemorar el centenario del nacimiento del doctor *Luis Razetti*, médico genial, hombre ejemplar y sabio, y valor representativo de la Medicina contemporánea en Venezuela.

Para ello ha dedicado un número completo de la revista en elogio de este ilustre médico, humanista destacado, creador en su nación de la Medicina experimental, publicista eximio y profesor en su Universidad, que con su labor admirable en los setenta años de su existencia y con su influjo, dio un gran impulso a la Medicina de su país.

En este número figuran interesantes trabajos redactados por los doctores Zúñiga Cisneros, Villalobos, Risquez y Pérez Carreño, a los que completa la bibliografía y carrera profesional del eminente venezolano. R. HORNO LIRIA.

ENCYCLOPEDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. COEUR-VAISSEAUX. *Un cuaderno de hojas sueltas, para adaptarlas a la encuadernación (28 por 33 cm.) de 125 páginas, con gran profusión de ilustraciones y fichas adicionales. Editado por Enciclopedia Médico Quirúrgica. París, 1963.*

LA colección de Cardiología de esta obra fundamental se ve enriquecida con la aparición del cuaderno correspondiente al primer semestre del año en curso. Los autores que colaboran en este trabajo son: M. Mouquin, que desarrolla el tema estrechez aórtica; P. Yertheimer y A. Bouchet, de Lyon, el primero profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Lyon, y el segundo, profesor

agregado, estudian el tratamiento quirúrgico de las coronaritis; R. Heim de Balsac y Piot, de París, realizan una revisión del sugestivo tema: «Aneurismas parietales del corazón» M. Durand, antiguo jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de París, expone un detenido estudio de las cardiopatías con shunt arteriovenoso; otro artículo de este mismo autor versa sobre comunicaciones interventriculares; finalmente, este mismo investigador analiza la cardiopatía congénita denominada persistencia del canal arterial; M. Poumailloux, médico del Hospital San Antonio, de París, presenta dos capítulos: el primero se refiere a los trastornos cardiovasculares de origen tiroideo, el segundo analiza los traumatismos cerrados del corazón; H. Coumel y P. Coumel, del Hospital Val-de-Crâce, de París, exponen la situación actual del síndrome hipotensión arterial; M. Mouquin, de París, hace una revisión del tema «Arteritis obliterantes»; J. Lovel y C. Frileux, en dos trabajos estudian primeramente la etiología de las trombosis venosas y en el segundo la terapéutica actual.

En hojas adicionales se presentan revisiones de temas de actualidad a modo de resumen. Resúmenes estos que se acompañan de pródiga bibliografía. Así tenemos que P. Nicolay y F. Lasry exponen el tema de las sobrecargas ventriculares. Poumalloux aborda la cuestión de la angina de pecho de forma crónica: Angor coronario, clínica, radiología, electrocardiografía, evolución y pronóstico. También revisa el asunto de las cardiopatías infartoides experimentales determinadas por diversos esteroides. Finalmente, este autor nos plantea el estudio del infarto de miocardio como mal social.

En otra revisión de conjunto, E. Poumailloux nos muestra la situación actual del tratamiento de los bloqueos aurículoventriculares. valorando los diversos medios de terapéutica más al uso, medicamentos aceleradores del ritmo cardíaco, corticoterapia y los estimuladores eléctricos —haciendo referencia a los trabajos de Zoll, que fue en 1952 el que primero los empleó—.

También el autor antes citado presenta la situación actual de la hipotermia profunda en la cirugía cardíaca. Primeramente analiza las diferentes técnicas empleadas, seguidamente desmenuza las repercusiones biológicas de la hipotermia profunda y de la parada del corazón. Por último, nos indica en qué casos debe ser empleada.

La última ficha adicional también hecha por el autor citado, se refiere a la hipertensión arterial motivada por estenosis de la arteria renal. En la primera parte de su trabajo hace referencia al diagnóstico y en la segunda al tratamiento.

Para los habituales lectores de esta obra de Cardiología, estos nuevos capítulos y las fichas adicionales nos llenan de satisfacción plena. Los temas son desarrollados cumpliendo todos los fines previstos. Claridad en la exposición, figuras y fotograbados muy demostrativos, experiencia del autor que los redacta, revisión bibliográfica muy cuidadosamente recogida. Pudiera clasificarse este tratado de Cursos de Cardiología, que constantemente se renuevan y se ponen al día en los diferentes aspectos de este progresar en el estudio de las enfermedades del corazón y vasos.—BOZAL URZAY.

HUMANISMO EUGENÉSICO INTEGRAL, *por el doctor* C. BERNALDO DE QUIRÓS. *Tomo I. Un volumen (16 por 23 cm.) de 273 páginas; rústica. Impreso en Talleres Gráficos Cángaro Aregger y Cía. Buenos Aires, 1963.*

CARLOS Bernaldo de Quirós acomete una empresa gigantesca al satisfacer todo un ideario eugenésico integral inédito y precursor de los más serios avances en la antropología. Su obra expresa: «Ha nacido en el hondón humano para servir la vida objetiva y ética de todos los seres en misión de humanización social, y porque tiene el espíritu vivo de toda dimensión mental infinita (la trascendencia), por contraposición a todo esquema finito que sólo produce mediocres, homínicos, antropomorfos y personajes de feria o de la farsa».

Con fidelidad, profundidad de pensamiento y nobles intenciones a través de una singular claridad de ideas nos analiza al hombre en tres dimensiones: espiritual, mental y corporal.

Entre los muchos valores que caracterizan el tratado «Humanismo eugenésico integral», de Carlos Bernaldo de Quirós, se destaca principalmente la integralidad que fluye de toda la obra, y lo hace con personal originalidad, con un enfoque ecuménico de armoniosa relación entre los deberes y derechos del hombre y su dignidad. Indica con auténtica heroicidad civil, la enorme diferencia entre el hombre común simplemente «homínido» (le falta la estructura fundamental que le dé contenido) y el hombre humanizado o humánido consciente y por ello ibre. Humánido, concepto original de Quirós, «es el producto de la acción y el efecto de humanizarse, vivencial y por sí mismo».

De su lectura, surge espontánea una conclusión insólita, novedosa, revolucionaria, pese a ser esencialmente lógica y científicamente exacta: vemos al hombre como debiera ser, en contraste con lo que actualmente es. Nos lo presenta con todas sus debilidades y potencias, con sus miserias y virtudes, pero con también una «humanización», que es lo que lo jerarquiza y que las generaciones a fuerza de olvido, han llegado a ignorar.

Esta «humanización del humano» es precisamente el núcleo o protón alrededor del cual, como satélites atómicos e integrantes solidarios se agrupan y ordenan según sus órbitas específicas, los conceptos, definiciones, fundamentos, leyes y conocimientos que estructuran esta disciplina completa y superior que desde Quirós, llamamos «Humanismo eugenésico integral», por esta razón su libro es un esfuerzo intelectual ejemplar que honra a la cultura y letras argentinas.

El plan expositivo de este libro —y el primero que sale a luz de una serie, que se espera con impaciencia. ha sido trazado con criterio integral. En los primeros capítulos se pasa revista a los orígenes de la vida y del hombre, para luego ocuparse de la eugenesia, y se estudia el papel de la herencia y del oficiado humano, que inicia al niño en la senda humanística. El capítulo VI expone la planificación humanogógica, es decir, la enseñanza básica para obtener el hombre humanizado (evolucionado y superior) y la administración y utilización de los bienes esenciales del individuo (capítulo VII). Se exponen seguidamente los conceptos fundamentales sobre la Eugenesia negativa, con su recuerdo histórico a través del tiempo y las razones humanogógicas morales, científicas que la rechazan (esterilización, castración, anticoncepcionales, abortos, eutanasia, etc.). Las influencias ambientales (eutenesia), que influyen junto con los factores hereditarios sobre el mejoramiento del hombre, son tratados en el capítuo IX. Los capítulos siguientes desarrollan el tema siempre interesante del humanismo eugenésico integral y los restantes humanismos. Quedando así perfectamente ubicado y comparado con las demás disciplinas de humanización. Por fin, se consideran los derechos humanos, la conducta sexual, los problemas de población y la economía.

Por primera vez en Eugenesia se denuncia un solapado drama que los médicos sufrimos y que consiste en la tecnificación masificante y no social; ensoberbecida y no humana; anárquica y monstruosa y no progresiva ni edificante; como tantas veces lo hemos señalado, está infectando la asistencia médica, y a caballo de la especialización quiere destruir los basamentos de nuestro arte médico. Crudamente expresa Quirós: «Al organizarse la asistencia hospitalaria, se ha socializado reglamentariamente a los enfermos y a los profesionales médicos, como en Inglaterra, Suecia, etc., y se pretende hacerlo aquí, y al organizarse el cooperativismo, se han socializado muchas actividades, y hasta los muertos tienen cementerio y panteón común».

Por último, convalidando la filosofía de nuestro maestro Francisco Romero sobre la persona, el humanismo eugenésico integral exige la libertad «como un estado natural de dignidad total». Con claridad meridiana anatematiza las dictaduras, antieugenésicas por antonomasia, y afirma refiriéndose a un oprobio histórico nuestro: «¿Cómo fueron instruídos y educados esos ciudadasos y ciudadanas adolescentes que pronto se incorporarán como tales, es decir, las otras cinco generaciones formadas por la tiranía que aún no votan? El régimen depuesto no abandonó materialmente la enseñanza primaria como lo hizo el gobierno de Rosas. Por actuar cien años después, en una centuria en que no es posible olvidar deliberadamente el deber estatal de atender a la educación popular, la dictadura no la abandonó, pero la sacrificó a sus designios. A su alrededor hizo un gran despliegue de elementos materiales, menos provechosos que espectaculares, y los hizo servir de cortina de humo para ocultar sus verdaderos propósitos, que no fueron sino los de utilizar las escuelas públicas para sus fines de perpetuación, convirtiéndolas en instituciones para producir, en serie subordinados de su sistema totalitario».

Una educación desde la nascencia bajo una programática educativa y formativa de puro contenido humanístico y eugenésico integral, sería la forma de obtener la superación del hombre y lograr su armoniosa y feliz convivencia. Esto es lo que dice y cree con profunda fe Carlos Bernaldo de Quirós. — Juan Nasio.

COLLOQUE FRANCO - SOVIETIQUE. CANCER, LEUCEMIE ET RADIOBIOLOGIE. Varios autores. *Un volumen (24 por 15 cm.) de 176 páginas, con 49 figuras y 24 tablas. Precio: 3.000 fr. Gauthier-Villars et Cie., Editor. París. 1962.*

ORGANIZADO por el Comité «Cáncer y y Leucemia», de la Delegación General de la Investigación Científica y Téc-

nica de Francia, y por la Academia de Ciencias Médicas de la U. R. S. S., tuvo lugar en París, del 21 al 26 de septiembre de 1961, un trascendental coloquio sobre el tema «Cáncer, leucemia y radiobiología».

A finales de 1962 se publicó este libro, en donde aparecen reproducidas en su totalidad las comunicaciones presentadas y las discusiones suscitadas.

Se expusieron diez comunicaciones, cinco a cargo de científicos rusos (Zedguenidze, Streline, Kozlova, Roussanov, Bogdassarov) y otras cinco a cargo de científicos franceses (Amiel, Mathé, Duplan, Jammet, Gricouroff). Cada una de ellas fue seguida de discusión, en la que participaron las figuras más selectas de la radiobiología de los dos países (Lacassagne, Baclesse, Bessis, Courtial, Tubiana, Mlle. Baud, Latarjet, por el lado francés, y Kostelianz, Soukiassian y las señoras Bogoyalenskaia y Lariotchenko, por el ruso). Es de lamentar que la participación francesa quedara reducida a la parisina, pues dados los títulos de los temas echamos en falta a Paul Lamarque (Montpellier), Jean Reboul (Burdeos), Pierre Marques (Toulouse), Chevalier (Estrasburgo).

Los temas tratados giran fundamentalmente en torno a dos problemas: las lesiones provocadas por los tratamientos röntgen y radiumterapéuticos, tema propuesto por la delegación rusa, y el subyugador problema de las radiaciones ionizantes y los injertos de medula ósea y otras cuestiones afines de inmunidad, insinuado por la comisión francesa, aunque en uno y otro han participado científicos de ambos países.

Dado el carácter de selección de los asistentes, la exposición en todos los temas es sencilla, directa y de gran altura, pero aún mejor y más fructífera es la lectura de las objeciones y discusiones, siempre concretas, que a veces resultan cada una por sí sola una auténtica lección, como, por ejemplo, «Profilaxis de las radiaciones en la radioterapia del cáncer laríngeo por medio de la rejilla», de la señora Lariotchenko, o la «Restauración de tejido tiroideo», de Maurice Tubiana, así como las varias de Lacassagne y Baclesse, tan sólidamente expuestas siempre.

Este libro ha sido publicado bajo el patronazgo de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica. La impresión y presentación es muy bella y agradable, como viene sucediendo últimamente con todos los libros que como este han salido de las tipografías francesas.

En resumen, se trata de un libro que pronto se hará clásico y encuentro justificadas las fatigas por conseguirlo. — SOLSONA.

L'EXPLORATION THYROIDIENNE FONCTIONELLE DYNAMIQUE (à propos de 858 épreuves), *por* MICHEL HARTER *Tesis doctoral Un volumen (20 por 27 cm) de 210 páginas, 80 grabados. Marsella, 1962.*

A pesar de que la anamnesis y el reconocimiento general permiten un buen juicio acerca de la función tiroidea, estamos obligados a recurrir al laboratorio en diversas ocasiones. Unas veces serán dificultades diagnósticas —en la etapa del diagnóstico de orientación o de diagnóstico de ajuste— las que impondrán la necesidad de recurrir a las pruebas complementarias, pero siempre en el diagnóstico de situación para formarnos una idea y unos valores cuantitativos que nos ilustren acerca del «quantum» de «plus» o de «minus» que existe en la afectación funcional de la glándula, sobre todo con vistas a la terapéutica.

Las pruebas complementarias utilizadas corrientemente en el momento actual son de cuatro órdenes: metabolismo basal, yodemia protídica, colesterinemia y las pruebas basadas en la utilización del yodo radiactivo. Por otra parte, se estudian además las variaciones de estas pruebas tras diversos estímulos fisiológicos y farmacológicos que nos informarán de la respuesta tiroidea frente a estos estímulos, lo que es lo mismo, un aspecto más de su función, acaso el más autóctono. Estos estímulos son la hormona tireótropa (T.S.H.), la posthipofisaria, que determinan en algunos casos un aumento de la función tiroidea; las pruebas de frenado con la triyodotironina (T_3), que entrañan en ocasiones una disminución, y el test del sulfocianuro potásico, que puede originar tres tipos de respuesta, todas evocadoras.

Esta exploración dinámica de la función tiroidea, fundamentalmente estudiada por medio del yodo radiactivo, que tanto ha contribuído al conocimiento de la fisiopatología endocrina, ha asumido hoy día una importancia primordial en clínica tiroidea, pues gracias a ella se realiza el diagnóstico de la variedad fisiopatológica del hiper o hipofuncionalismo.

Este ha sido el tema de tesis doctoral de Michel Harter. Elaborada con estructuración muy francesa, comienza con un resumen del tiroides y del metabolismo del yodo, y luego para cada uno de los capítulos hace exposición de los datos clásicos y de sus resultados personales.

La cifra de casos que presenta es altamente significativa: ochocientos cincuenta y ocho, y todos ellos estudiados minuciosamente.

Trabajada y expuesta esta tesis con gran agilidad y viveza que revelan a su autor, se advierte al mismo tiempo el rigor y disciplina exquisitos del director de la tesis, nuestro maestro Henry Roux.

En resumen, Michel Harter ha logrado un documento de gran valor y de consulta obligada para todo aquel interesado en el capítulo de la exploración funcional tiroidea.—SOLSONA.

PRECIS DE TECHNIQUE RADIOLOGIQUE, *por* A. NEGRE y F. ROUQUET. *Cuarta edición. Un volumen (16 por 25 cm.) de 365 páginas, con 243 figuras; rústica. Editado por G. Doin et Cie. 8, place de L'Odeon. París, VI. 1962.*

No es una obra nueva, se trata de la cuarta edición que aparece a los pocos años de haber sido publicada la anterior, lo que nos demuestra la gran difusión que ha tenido dicha publicación. Como dicen sus propios autores, que a pesar de tener una presentación simple tuvieron el honor de ver publicada la primera edición en el «Military Roent-Genology» de la Armada Americana (TM. 8280 30/12/44). En cada una de las ediciones han sido puestos al día los distintos capítulos, y a su vez enriquecidos con las nuevas aportaciones técnicas de reciente introducción en la especialidad.

La primera parte de la obra está escrita por el doctor A. Negre, con la colaboración de Mr. Ives Negre, ingeniero E. S. M. E., estudiando la parte física de la radiología, dividida en dieciséis capítulos, comprendiendo desde las nociones generales y elementales de electricidad, estudiando sus fundamentos electromagnéticos, aparatos de medida, etc., y los aparatos de la especialidad, incluyendo un capítulo en el que trata de las averías, accidentes y forma de evitarlos.

La segunda parte de la obra o parte técnica, escrita por el doctor F. Rouquet, comienza con un capítulo dedicado a las generalidades de técnica, en la que con todo acierto estudia hasta los más mínimos detalles, pasando rápidamente a describir las diversas técnicas del examen radiológico; con un estudio muy completo de las diversas incidencias radiológicas del esqueleto, señalando primeramente las fundamentales y después las complementarias, marcando las indicaciones de cada una de ellas, la definición de las mismas y finalmente la interpretación. En todas las incidencias muestra magistralmente los detalles de colocación del enfermo, centraje, etc., disposición de los aparatos y acompañando esquemas muy demostrativos y elocuentes, de tal valor práctico que por sí solos justifican el consejo de adquirir la obra.

El estudio de los órganos viscerales, a pesar de seguir un ritmo esquemático, se encuentran perfectamente descritos, con completa claridad en todas las técnicas, hasta las de más reciente adquisición.

Son muy elocuentes los capítulos que dedica a la Pediatría y Medicina de urgencia, terminando con un valioso capítulo dedicado a la localización de cuerpos extraños.

Como decíamos, toda la obra se halla acompañada de una gran profusión de esquemas muy demostrativos y elocuentes, de tal valor práctico, que por sí solos aconsejan la adquisición de la obra, tanto a los propios especialistas como a los que quieran iniciarse en la radiología. — A. OLIVER OLIVER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963
REVISTAS

NACIONALES

APARATO RESPIRATORIO

RÍOS MOZO, M., y ZAMORA MADARIA. E. (Sevilla).—«LOS ANTICOAGULANTES EN EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DE LA EMBOLIA DE PULMÓN.» «*Hispalis Médica*», *núm. 230, págs. 449-459, agosto 1963. Sevilla.*

LA embolia pulmonar plantea problemas no sólo diagnósticos, sino también terapéuticos, que adquieren valor teniendo en cuenta su frecuencia. Esta frecuencia es mucho mayor de la que aparentemente se encuentra en los archivos de diagnósticos de muchas clínicas, como lo demuestran plenamente muchos estudios seriados de necropsia. Short, en los hospitales ingleses, afirma que es la causa más frecuente de enfermedad pulmonar aguda; más que la neumonía y el carcinoma bronquial.

En la actualidad, los fármacos fibrinolíticos son la terapéutica de elección, no solo en el tratamiento, sino en la profilaxis de la embolia pulmonar. Las únicas contraindicaciones serán la existencia de grandes hemorragias por causas diferentes o la hipersensibilidad del paciente a estos productos. La eficacia nos la demuestra de forma evidente la serie de trescientos casos con tromboflebitis tratados por Clifton, en los que no hizo aparición la complicación embolígena, y en los sesenta y cinco casos de Ambrus sólo apareció embolia en uno de ellos.

El tratamiento se iniciará inmediatamente, con dosis oscilantes entre 100.000 a 150.000 U. hora, con un tope máximo de 300 000 U. hora (Actase, Trombolisin). La infusión debe continuar dos o tres horas después de haber presentado mejoría definida, con normalización de la presión sanguínea, alivio del dolor y síntomas de disfución pulmonar y cardíaca agudas. En los casos tratados por Clifton esto puede significar de seis a ocho horas de tratamiento. Los días posteriores ha de seguir inyectándose, durante seis horas, una infusión del fármaco fibrinolítico para lograr la disolución de la tromboflebitis causante de la embolia. Los días de duración del tratamiento dependen de la antigüedad del proceso tromboflebítico. Cuando éste es de cinco a siete días de duración, necesita cuatro o cinco días de tratamiento. Para trombosis de más de tres semanas pueden ser necesarios de siete a diez días. Moser utiliza combinadamente los fibrinolíticos y los anticoagulantes, aunque esta combinación no se encuentra, en cuanto a eficacia, totalmente demostrada; parece ser, sin embargo, que tiene cierto interés, ya que los anticoagulantes impedirán la reproducción de fenómenos trombóticos una vez suspendida la infusión del fibrinolítico.—AUTORRESUMEN.

MEDICINA

ROZMAN, C.; CISCAS RÍUS, F., y otros (Barcelona). — «PLASMOCITOMA GANGLIONAR SOLITARIO.» «*Medicina Clínica*», *tomo XL. núm. 4, págs. 255-258, abril 1963. Barcelona.*

SE presenta un caso de plasmocitoma ganglionar aislado en un hombre de veinticinco años, discutiéndose a la luz de los datos bibliográficos existentes. Se resalta la gran rareza de plasmocitomas ganglionares solitarios auténticos, y se insiste sobre la utilidad de la reacción de la adenosintrifosfatasa para el reconocimiento de las células plasmáticas.—AUTORRESUMEN.

BORDAS FELIÚ, J. M.; GRAS RIERA, J.; CAPDEVILA, J., y otros (Barcelona).—«NUCLEOPÉPTIDOS HEPÁTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HEPATOPATÍAS.» «*Medicina Clínica*», *tomo XL, núm. 4, págs. 261-266, abril 1963. Barcelona.*

LOS autores realizan una somera revisión de la terapéutica de las hepatopatías crónicas con extractos hepáticos y con factores lipotrópicos, analizando sus ventajas e inconvenientes.

A continuación, exponen su experiencia en treinta enfermos hepáticos en estado grave, a los que administraron, por

vía endovenosa, una solución de «Nucleopétidos hepáticos de Mulli». Obtuvieron resultados positivos en casi la totalidad de los casos, destacando fundamentalmente la disminución de la retención de bromosulftaleína, en catorce de los quince casos en que daba resultado patológico y el descenso de la urobilinogenuria en el 76 por ciento de los casos, junto a una gran mejoría del estado general.—AUTORRESUMEN.

ENDOCRINOLOGÍA

FUERTES JOVELLAR, A.—«CORRELACIONES TIPOLÓGICAS HUMANAS.» «*Gaceta Médica del Norte. Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas. Vol. XII, núm. 6, diciembre 1962. Bilbao.*

SE trata de un número monográfico de 24 páginas que consta de los siguientes capítulos:

«Introducción», «Biotipología de Krestschmer», «Psicopatología de Jung», «Otras tipologías».

Clasificación neohipocrática con:

«Morfología», «Funciones», «Instintos», «Reacciones emocionales», «Primarias». «Actividad», «Afectividad», «Voluntad», «Facultades mentales», «Tendencias del espíritu» y «Concepto de lo perfecto».

Correlaciones:

«Correlación con las doctrinas de Krestschmer y Jung», «Correlación de los sistemas de Ostwald, Stekfo y Kolodnaja y clínico», «Formas de vida de Spranger», «Otras correlaciones».

Conclusiones y bibliografía.

En las conclusiones afirma que este trabajo no es más que el principio de otros muchos.—J. RIVERA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BEDOYA, J. M., y TORO, J. (Sevilla).—«EL EMPLEO SISTEMÁTICO DE LA VENTOSA OBSTÉTRICA EN EL PARTO; ANÁLISIS COMPARATIVO DE 1.000 CASOS.» «*Hispalis Médica*», *núm. 230, págs. 425-446, agosto 1963. Sevilla.*

SE presentan los resultados de mil aplicaciones de ventosa obstétrica, realizadas de modo sistemático, sin indicación obstétrica, sobre presentaciones en cuarto plano de Hodge y con dilatación completa.

Se comparan estos resultados con los de mil partos por vía vaginal de la época anterior a la ventosa y con cuatrocientas cuarenta y tres aplicaciones de fórceps.

Se observa una menor duración del período expulsivo, menor frecuencia de aplicaciones de ventosa que en el parto vaginal sin ella.

Hay, en cambio, mayor proporción de desgarros perineales en la madre y de cefalohematomas en el feto. No ha habido lesiones importantes en la madre ni en el recién nacido, en los partos con ventosa.

El fórceps fue más lesivo para la madre y el niño que la ventosa.

Creen que es éste el campo de aplicación de la ventosa de utilidad en la clínica. La ventosa no sustituye al fórceps; evita tener que emplear el fórceps porque evita es ancamientos y sufrimientos fetales.—AUTORRESUMEN.

CÓNILL-SERRA, V.; SALAMERO REYMUNDO, F., y ESTEBAN, J. (Barcelona). «NUEVO MÉTODO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECLÍNICO DE LAS HEMORRAGIAS EN GINECOLOGÍA.» «*Medicina Clínica*», *tomo XL. núm. 4, págs. 266-269, abril 1963. Barcelona.*

LAS hemorragias genitales femeninas tienen un extraordinario interés clínico debido a la variedad de causas que las producen, a su frecuencia y a la importancia de su diagnóstico, por ser, en ocasiones, el síntoma principal de numerosas ginecopatías, cuando no el primero que se presenta.

Por ello, la detección de sangre oculta en vagina tiene una utilidad extraordinaria en el diagnóstico de ovulación, amenazas de aborto, placenta previa, mola vesicular, neoplasias genitales malignas, pólipos, lesiones benignas de cuello, vaginitis senil y, en suma, de todas las ginecopatías que cursan con hemorragia.

Los autores consideran altamente interesante utilizar en ginecología un método sencillo, muy conocido en los EE. UU. para la detección de sangre oculta en heces y en orina, denominado Hemoccult test de Schieffelin, cuya técnica de empleo es la siguiente: Se usa un papel de electroforesis especial de extrema pureza, impregnado con resina de guayaco y presentado en forma de rollo suficiente para cien pruebas y un reactivo, ya preparado, consistente en una solución estable de peróxido de hidrógeno, que, por ser fotosensible, está protegido en un estuche *ad hoc*. La técnica es de una gran simplicidad, ya que basta extender sobre el papel de filtro una muestra de contenido vaginal sobre el que se echa una gota de reactivo. En caso positivo se forma una mancha de color azul en quince segundos, dependiendo la intensidad de la

cantidad de sangre contenida. La reacción se considera negativa si no aparece color azul pasados treinta segundos.

El Hemoccult test tienen las siguientes ventajas:

Facilidad de técnica.
Rapidez de lectura.
Ausencia de reacciones falsamente positivas.
Gran sensibilidad. Puede detectarse una dilución de sangre de 1/20.000.
Utilizable en el consultorio e incluso en el domicilio de la paciente.
Extremadamente útil en medios rurales.
Gran estabilidad del reactivo, que sólo requiere estar protegido de la luz y el calor intenso.

Por todas estas propiedades, hemos utilizado el test en treinta y cuatro pacientes no seleccionadas con resultados francamente favorables, que se detallan en el trabajo.

Por lo cual, debido a la facilidad y rapidez de realización y a su evidente fidelidad, consideran que esta prueba debe ser incluída entre las exploraciones sistemáticas en la práctica tocoginecológica. AUTORRESUMEN.

UROLOGÍA

GUIX MELCIOR, J. R. (Barcelona). — «POSIBILIDADES ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE VEJIGA URINARIA.» *«Medicina Clínica», tomo XL, núm. 4, págs. 258-260, abril 1963. Barcelona.*

INDUDABLEMENTE, entre todos los cánceres del aparato urinario el de la vejiga es el más grave, la alta malignidad «in situ», las complicaciones de hematurias incontrolables, la uremia por destrucción de los meatos uretrales y las metástasis hacen que su tratamiento sea siempre incierto, no obstante puede ya afirmarse que con el advenimiento del supervoltaje se ha posibilitado su irradiación externa a dosis esterilizantes, al menos para tumoraciones de extensión no muy avanzada.

Sin embargo, a pesar de los indudables progresos alcanzados, las neoplasias vesicales continúan figurando entre las localizaciones más graves del organismo.

Numerosas publicaciones con cinco años transcurridos desde la irradiación con supervoltaje, nos dan una idea aproximada en lo que se puede esperar de esta terapéutica. Justin, Stein y colaboradores, entre ciento noventa enfermos portadores de tumores infiltrantes de todos los tipos con marcado grado de anaplasia, encuentran en un 22 por ciento de enfermos actualmente curados. Entre un grupo irradiado en 1957, un 40 por ciento se encuentra aliviado y también un 20 por ciento curado.

Mayor precisión en cuanto a los resultados según el grado de evolución tienen los presentados por Brown y Odgen (Hartfort, Connecticut, 1960).

Estadio I.—A los cuatro años, el 100 por ciento sin lesión.

Estadio II.—A los tres años, 62 por ciento sin lesión.

En los otros estadios las cifras de sobrevivencia ya bajan a los uno a tres años de un 14 por ciento a 17 por ciento.

Robert Cox, de Londres, también publica sus resultados con un 60 por ciento de sobrevivencias en las lesiones no infiltrantes y un 24 por ciento en las infiltrantes.

Nuestra experiencia se reduce a veintiocho casos de cánceres de vejiga, el tiempo máximo transcurrido se aproxima a los tres años, pero no nos permite sentar conclusiones de tipo estadístico. Varias tumoraciones de tipo III, a pesar de lo avanzado de sus lesiones, han sorprendido agradablemente por el buen resultado alcanzado.

En las tumoraciones I y II, los resultados son francamente buenos, particularmente en las lesiones alejadas del trígono.

La mitad aproximada de nuestros casos son postoperatorios, después de la cistectomía parcial o total, por lo que se hace particularmente difícil enjuiciar el resultado de los tratamientos.

Si se tiene en cuenta que la cistectomía total ampliada al máximo da un porcentaje de curaciones de tan sólo un 5 por ciento a los cinco años, Cibert y Couvelaires. Es fácilmente comprensible la posición actual de asociación de ambas terapéuticas.—AUTORRESUMEN.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

JIMÉNEZ ESPINOSA, L.; LÓPEZ ROSAÍ, V., y GUARDIOLA PLÁ, J. (Valencia).—«ACCIÓN DEL B-85 SOBRE EL MONGOLISMO Y OTRAS FORMAS DE OLIGOFRENIA.» *«Medicina Española», tomo L, núm. 292, págs. 29-39, julio 1963. Valencia.*

CONOCIDA la acción que el B-85 tiene sobre diversos cuadros neurológicos de la infancia, hemos llevado a cabo un tratamiento con este fármaco en un grupo de oligofrenia, principalmente mongolismos, los cuales han estado sometidos durante un año a la acción sistemática del B-85.

Nuestro interés ha ido encaminado a ver el efecto que esta medicación puede tener en el mongolismo, a través de una administración sistemática prolongada, observando sus efectos sobre el rendimiento escolar, aplicación y conducta, al mismo tiempo que su acción sobre el electroencefalograma (EEG), buscando una posible correlación electroclínica, habida cuenta de la acción que el B-85 tiene sobre el EEG y, especialmente, sobse la actividad paroxística.

De las experiencias obtenidas consideramos que el B-85 actúa: por un lado, activando el EEG y aumentando la sincronía, voltaje e integración de los mismos, y, por otro, aumentando la actividad psíquica del niño, que se traduce en una mayor capacidad de atención, menor fatigabilidad y mayor facilidad en la comprensión, lenguaje y escritura, lo que permite, en suma, mejorar notablemente el rendimiento escolar del alumno. Parece ser, pues, que existe una cierta relación entre la activación del EEG y el rendimiento escolar. No parece, sin embargo, existir tal relación entre la inteligencia y la acción del B-85, pues aunque en el EEG se observe una mayor maduración no se encuentra correlación con el grado de aquélla.

Podemos afirmar que la administración del B-85 produce una maduración bioeléctrica cerebral, que se traduce en un aumento de la frecuencia y voltaje del ri mo alfa o, en su defecto, del ritmo de base, y asimismo por la presencia de una hipersincronización del trazado sin llegar a desintegrarlo (antes bien, resultan mejor integrados), que muestra la presencia de salvas paroxísticas preferentemente theta de 6 c. s. en regiones tempooccipitales.

Todo ello es más evidente en los casos de mongolismo por la peculiaridad de sus EEG, que habitualmente carecen de actividad paroxística.

En resumen, han sido tratados sistemáticamente cincuenta casos de formas diversas de oligofrenia durante un año con 200 mg. diarios de B-85. En un grupo de encefalopatías con ataques se redujo la dosis a 50 mg. diarios. Apenas se observaron dos casos de intolerancia. Los resultados fueron positivos en los cuadros mongólicos (dieciocho casos), que presentaron una mejoría del 75 por ciento. La inteligencia, por el contrario, apenas se aumenta. En el grupo de las encefalopatías (once casos) las mejorías son igualmente elevadas, mejorando ostensiblemente la inteligencia (45'5 por ciento). En otro grupo de oligofrenias, la mejoría manifestó preferentemente en la escolaridad y conducta. El electroencefalograma muestra una evidente mejoría e integración de los ritmos en una gran mayoría de los dos primeros grupos (77'8 y 63'6 por ciento). Por todo ello creemos que puede hablarse de una acción activadora cerebral del B-85 y moderadora de los trastornos de la conducta. — AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

INK, J. «GRIPE O INFLUENZA.» *«La Semana Médica», tomo 117, núm. 12, páginas 431-437, 5 de agosto de 1960. Buenos Aires.*

EL autor nos da la definición de esta enfermedad, cita los distintos agentes causales. Señala el hecho de que produce una inmunidad de alta especificidad, pero muy corta. Expone la patogenia y anatomía patológica y después el cuadro clínico con sus distintos períodos y su inespecificidad y localizaciones.

Considera el diagnóstico con sus síndromes clínico y biológico y la dificultad de diagnóstico diferencial por la gran cantidad de virus aislados y que provocan cuadros muy semejantes y en la misma época estacional.

Al hablar de las complicaciones, señala que sólo se observan en casos de pandemias y epidemias.

El pronóstico condicionado al tipo epidemiológico, forma clínica, edad y estado orgánico del paciente. Sólo es de buen pronóstico la gripe común, endémica.

En el tratamiento deja constancia de la falta de medicamentos de acción sobre el virus gripal. Aconseja reposo en cama, glucocorticoides y ACTH asociados a antihistamínicos y vitamina E, que modifiquen el terreno, completando con analgésicos, antitérmicos, descongestivos y

antisépticos nasales, béquicos, eupnéicos, vitaminas, minerales y proteínas.

Se ocuya finalmente de la epidemiología y profilaxis, señalando que la educación y propaganda sanitarias deben ser los puntales de la profilaxis social.—J. RIVERA.

NASIO, J. — «AFECCIONES POCO FRECUENTES DEL PÁNCREAS.» *«La Semana Médica», tomo 117, núm. 13, págs. 469-476, 8 de agosto de 1960. Buenos Aires.*

DICE que la inclusión de nuevos síndromes patológicos de etiopatogenia desconocida se ha hecho más notoria en lo que respecta a las enfermedades del páncreas por la sensibilidad de éste a los diversos tipos de agresiones internas y externas, su proteiforme anatomía patológica, la dificultad de su semiología física, funcional y radiológica y sus íntimas relaciones con los órganos digestivos.

Describe a continuación: Los disembriomas pancreáticos, tumores de los islotes de Langerhans, síndrome de Zollinger-Ellison, enfermedad fibroquística del páncreas, seudohipertrofia lipomatosa, fístulas pancreáticas, parásitos y cuerpos extraños, infarto, neumatosis y encefalopatía pancreática.

Expone la sintomatología y tratamiento de estas raras afecciones, no considerando algunas como entidades independientes. J. RIVERA.

RAVERDY, P. H. — «LAS ALGIAS CÉRVICO-BRAQUIALES». *(Les algies cervico-brachiales). «Gazette Médicale», vol. 69, número 18, pág. 2.543. París, 1963.*

ALREDEDOR de un setenta y cinco por ciento de sujetos de más de cuarenta años, tienen signos radiológicos de cérvicoartrosis, sin manifestación funcional en muchos de ellos. Inversamente, ciertos individuos sufren cérvicobraquialgias patentes. El diagnóstico puede, pues, ofrecer bastantes dificultades y debe establecerse muy prudentemente y no atribuir una algia cérvicobraquial a una cérvicoatrosis más que por eliminación. Se basará en las características del dolor (frecuentemente intenso, desencadenado por los movimiento de extensión o rotación del raquis cervical o por los movimientos que siguen a una prolongada inmovilización), su topografía (cervical, más o menos extendido en altura, lateralizado con frecuente irradiación interescápulavertebral p braquial) y el examen radiológico. El diagnóstico diferencial, de hecho, no se plantea. Lo que importa es, ante todo, el diagnóstico etiológico.

La causa de las cérvicobraquialgias puede ser una afección intrarraquídea, raquídea o extrarraquídea. Entre las intrarraquídeas figuran los tumores extramedulares (neurinomas, meningiomas), intramedulares o afecciones no tumorales (siringomielia, esclerosis en placas, poliomielitas anterior aguda). Las raquídeas comprenden el mal de Pott cervical, espondilitis infecciosas (estafilocócica, melitocócica), metástasis vertebrales. Entre las extrarraquídeas figuran el cáncer del ápex pulmonar, adenopatías, tumores o esclerosis retráctil del hueco axilar, anomalías ósteomusculares (costilla cervical o síndrome de los escalenos).

Habiendo eliminado estas causas, se impone el diagnóstico de cérvicoartrosis, aunque a veces puede acompañarse de algunos signos neurológicos (disminución de un reflejo, paresia de un músculo, hipoestesia distal) o de otras manifestaciones medulares (síndrome piramidal o signos de afección pluricordonal). En todos los casos, la confrontación ponderada de los signos neurológicos, radiológicos y reumatológicos, encontrará un complemento en el curso evolutivo. En efecto, en pocas semanas, dos meses por término medio, una cérvicobraquialgia por cérvicoartrosis debe curar.—ARAÚJO.

REUMATOLOGÍA

LEBOWITZ, W. B. — «EL CORAZÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO DE SESENTA Y DOS CASOS». *(The reart in rheumatoid arthritis. A clinical and pathological study of sixty-two cases.) «Annals of International Medicine», vol. 58, núm. 1, páginas 102-123, enero 1963.*

EL autor realiza un estudio clínico y anatomopatológico del corazón en sesenta y dos pacientes con artritis reumatoide, el cual fue comparado con un grupo de ciento veinticuatro pacientes de la necropsia general, emparejados con los anteriores por edad y sexo.

El 66 por ciento de los pacientes reumatoides tenían evidencia clínica, y el 82 por ciento, anatomopatológica de afección cardíaca. Esta incidencia fue más alta que en el grupo de control (66 por ciento). Sin embargo, las formas comunes de cardiopatía (cardiopatía hipertensiva, aterosclerosis coronaria, cardiopatía reumática) estuvieron presentes con similar o menor frecuencia, aunque la estenosis calcificada y la esclerosis valvular aórtica no reumática fueron mucho más frecuentes en los pacientes con artritis reumatoide. La diferencia de la incidencia se explica por la afectación del corazón por el proceso reumatoide.

El 55 por ciento de los pacientes reumatoides tenían lesiones cardíacas que no pudieron ser relacionadas con ninguna enfermedad o terapéutica anteriores o intercurrentes. Estas lesiones eran granulomas reumatoides, en dos casos; pericarditis, en dieciocho; miocarditis focal o difusa, en doce; arteritis subaguda o cicatrizal, en trece; fibrosis valvular, en quince, y endocarditis crónica, en cuatro. La incidencia total fue más alta que en el grupo control (5 por ciento).

Todos estos datos apoyan el concepto de una «cardiopatía reumatoide», caracterizada clínica y anatomopatológicamente por manifestaciones proteiformes. — ARAÚJO.

CARDIOLOGÍA

EDITORIAL. — «FIBROSIS MIOCÁRDICA.» *(Myocardial fibrosis.) «Brit. Med. Journ.» 1, 304. 1963. Londres.*

LA prolongada insuficiencia coronaria, con prolongado déficit de aporte de oxígeno al músculo cardíaco (sin oclusión), conduce a una extensa necrosis muscular, dando generalmente un síndrome intermedio entre la angina de pecho de esfuerzo y el infarto, con dolor precordial en reposo, pero sin fiebre, ni elevación de la velocidad de sedimentación ni de las transaminasas, y con alteraciones en la onda T. Aéreas cardíacas de fibrosis con historia anterior de dolores y alteraciones electrocardiográficas, aunque no se encuentren oclusiones coronarias, hablan del origen isquémico de las lesiones, pero cuando falló ese cuadro clínico y en la necropsia no hay oclusiones coronarias, el origen isquémico es más dudoso. Por el tamaño hay dos tipos de necrosis musculares: las grandes (más de 3'6 cm. de largo), que muestran clara relación con las estenosis y oclusiones coronarias, y las pequeñas, que no tienen esa relación y que probablemente pueden ser consecuencia de muchas formas de necrosis y de miocarditis. Otra forma de fibrosis es la intersticial y perivascular, que se encuentra con especial frecuencia en los corazones grandes, y tampoco aparece en relación clara con estenosis coronarias. Parece, pues, que zonas pequeñas de fibrosis miocárdica pueden ser el resultado final de varias formas de necrosis o miocarditis, y no pueden adscribirse sin más a situaciones isquémicas.—CIVEIRA.

DEWAR, H. A.; STEPHENSON, P.; HORLER, A. R.; CASSELLS-SMITH, A. J.; ELLIS, P. A.—«TERAPÉUTICA FIBRINOLÍTICA DE LA TROMBOSIS CORONARIA.» *(Fibrinolytic Therapy of Coronary Thombosis.) «Brit. med. Journ.», 915, 1963. Londres.*

INCLUYEN en este estudio setenta y cinco enfermos de trombosis coronaria aguda, treinta y ocho tratados con un agente fibrinolítico, trombolisina, que ejerce su acción predominantemente por su contenido en plasmina preformada, administrado intravenosamente en infusión a la dosis de 50.000 unidades por hora en un período de doce horas, y los treinta y siete enfermos restantes sirvieron de control y recibieron solamente una solución de glucosa al 5 por ciento. Ambos grupos fueron tratados también en la forma rutinaria con anticoagulantes. Una gran elevación de la actividad fibrinolítica del plasma venoso fue encontrada en los enfermos tratados, en los que no hubo más efecto secundario que una ligera pirexia. La comparación de la marcha clínica y electrocardiográfica y de las curvas de transaminasa no mostraron diferencias entre los dos grupos. A los tres meses del infarto, siete de los tratados y seis de los no tratado habían fallecido. Las necropsias no evidenciaron que los trombos hubieran sido lisados. Concluyen que este esquema de tratamiento ha sido inefectivo.—CIVEIRA.

CIRUGÍA

CORREA-ITURRASPE, M. — «DERMOLIPECTOMÍA VERTICAL DEL ABDOMEN. RESULTADOS ESTÉTICOS.» *«La Semana Médica», tomo 121, núm. 22, págs. 1.071-1.077, 10 de septiembre de 1962. Buenos Aires.*

HACE unas consideraciones sobre valoración de la dermolipectomía desde los puntos de vista terapéutico y estético.

Trata del modelado de la figura corporal, las cicatrices, los efectos de la operación sobre las estrías atróficas de la piel y sobre las cicatrices de operaciones abdominales anteriores, los resultados estéticos en los obesos y en los adelgazados, la persistencia de la corrección, los resultados defectuosos y sus causas, los retoques.

En una recapitulación de las virtudes estéticas de su procedimiento, insiste en

que con él el cirujano dispone de un método que le permite cumplir muy pasablemente con sus ambiciosos objetivos.

En una advertencia final, dice que no condena las otras técnicas, y así aconseja y realiza la transversal en determinados casos.

Dos observaciones con fotografías antes y después del tratamiento ilustran el trabajo.—J. RIVERA.

LAICO, J.—«CIRUGÍA DEL LABIO LEPORINO Y HENDIDURA PALATINA.» (*Surgery of Harelip and Cleft palate.*) «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *vol. 15, núm. 4, págs. 210-219, julio-agosto 1960. Manila.*

EL autor encuentra una alta incilencia de esta malformación en Filipinas y la atribuye a deficiencias de nutrición.

Clasifica estas lesiones, y aconseja operar: 1.° El labio leporino simple de los cinco meses a los dos años. 2.° El labio leporino complicado unilateral, a los dos meses. 3.° El labio leporino complicado bilateral en dos tiempos, el primero a los dos meses y el segundo a los tres.

Estudia las condiciones de la operación, anestesia y método de elección.

Seguidamente se ocupa de la elección de técnica para la operación de la hendidura del paladar.

Señala la necesidad de corregir posteriormente los defectos del lenguaje, cuando existan.

Acompañan al trabajo las fotografías de diecisiete casos antes y después de ser intervenidos.—J. RIVERA.

CARPANELLI, J. B., y otros.—«DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DEL ABDOMEN AGUDO. APORTE CASUÍSTICO.» «*La Semana Médica*», *núm. 41, págs. 1.829-1.834, 15 de noviembre de 1962. Buenos Aires.*

SEÑALAN la importancia del diagnóstico precoz y estiman que la radiología puede ayudar mucho.

Exponen las causas de que no se prodigue este examen, creyendo que en el momento actual es una práctica obligada, si bien no sustituye en modo alguno a la clínica.

Resumen los elementos semiológicos radiográficos que consideran de importancia.

Presentan cinco casos en los que el examen radiológico permitió llegar al diagnóstico rápidamente.—J. RIVERA.

APARATO CIRCULATORIO

CAVALLO, J. — «INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL SEGMENTO ELECTROCARDIOGRÁFICO ST.» «*La Semana Médica*», *núm. 39, páginas 1.651-1.655, 9 de noviembre de 1962. Buenos Aires.*

DEDICA el autor unos capítulos a la definición, configuración normal y fisiopatología, en la que describe la polarización y despolarización y los factores que las modifican.

Seguidamente, estudia las variaciones patológicas: Cualquier causa que ocasione desvitalización de un sector del miocardio provocará el desequilibrio de las fuerzas eléctricas; así ocurre con la semiisquemia, anoxia, isquemia, inflamación, desequilibrio iónico-potásico. «Las corrientes de lesión generadas por un sector desvitalizado del miocardio, dan lugar a la conformación de fuerzas eléctricas neutralizantes, venidas del aparato de electrocardiografía, con el objeto de mantener el potencial a cero y con eso la isoeléctrica; pero al morir las corrientes de lesión con la finalización de la despolarización, aquellas fuerzas no encuentran obstáculos en su camino, con lo que desvirtúan al segmento ST en su normal configuración.»—J. RIVERA.

CICARDO, V. H.—«EL ORIGEN NERVIOSO DE LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL.» «*La Semana Médica*», *tomo 120, núm. 25, páginas 968-980, 7 de mayo de 1962. Buenos Aires.*

DEL resumen del autor extractamos los siguientes puntos: «La hipertensión arterial sería una neurosis cardiovascular determinada por un trauma psíquico, influenciada por factores psicosomáticos, ambientales y raciales».

«La terapia antihipertensiva actúa fundamentalmente sobre el sistema nervioso central o periférico. Así puede diferenciarse: *a*) sedantes del sistema nervioso central, como los barbitúricos, tranquilizantes, reposo mental, sueño prolongado, psicoterapia. La reserpina actuaría sobre el hipotálamo, y los inhibidores de la monoaminooxidasa, como la nialamida y la iproniazida serían hipotensores por la acumulación en los centros nerviosos de catecolaminas destruídas normalmente por la monoaminooxidasa; *b*) ganglioplégicos, que bloquean la vía simpática a nivel de la sinapsis ganglionar; *c*) simpaticolíticos, que neutralizan las catecolaminas, noradrenalina y adrenalina, liberadas por las terminaciones simpáticas y por la medula adrenal, respectivamente, como la guanetidina y la hydergina, y *d*) hipotensores de acción refleja, como el veratrum.»—J. RIVERA.

DERMATOLOGÍA

NORONHA, T., y ALMEIDA. J. C. — «TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CUTÁNEA.» (*O tratamento da tuberculose cutánea.*) «*Arquivo de Patologia*», *volumen XXXIII, núm. 1, págs. 20-45, abril 1961. Lisboa.*

ES afección poco frecuente y se encuentra más en departamentos de Oncología, porque su resistencia al tratamiento y su cronicidad hacen temer al enfermo que se trate de cáncer.

Después de una revisión sumaria de los principales tipos clínicos, los autores estudian los medicamentos específicos y no específicos empleados en esta enfermedad.

Revisan ciento un casos cuyos resultados terapéuticos exponen detalladamente, haciendo observar la distinta respuesta del lupus vulgar y de los tubercúlides. Aconsejan en éstos, aparte del tratamiento focal, mejorar la circulación periférica, tratar de alterar la curva cíclica inmunoalérgica y educarles a defenderse del frío.

Acompañan a este trabajo veintisiete interesantes fotografías y microfotografías. J. RIVERA.

KARMINSKY, A., y otros.—«EMPLEO EN DERMATOLOGÍA DE LA ASOCIACIÓN DEXAMETASONA-METANDROSTENOLONA.» «*La Semana Médica*», *tomo 120, núm. 10, páginas 331-333, 1 de marzo de 1962. Buenos Aires.*

LOS autores se proponen realizar un ensayo clínico a corto plazo sobre la acción terapéutica de un preparado conteniendo dexametasona y metandrostenolona y estudiar la posibilidad de reacciones colaterales.

Hacen un resumen por separado de cada uno de los componentes del preparado.

Lo emplean en doce casos de dermatitis por contacto, en treinta y dos de dermatitis eczópica, en tres de pénfigo vulgar, en uno de dermatosis ampollar penfigoide, en seis de toxidermias diseminadas y en nueve brotes agudos de psoriasis.

En su ensayo a corto plazo encuentran resultados óptimos y con buena tolerancia. Continúa la observación a largo plazo.—J. RIVERA.

ENDOCRINOLOGÍA

DEGOY, A.—«RADIOLOGÍA EN LA PATOLOGÍA DEL TIMO.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 31, págs. 1.457-1.468, 11 de octubre de 1962. Buenos Aires.*

DEFIENDE el término hiperplasia y propone un esquema orientativo.

Expone las relaciones endocrinológicas del timo.

En los síntomas distingue tres grupos: 1.° Suministrados por la clínica. 2.° Obtenidos por la radiografía directa. 3.° Que llama de seguridad, obtenidos por la radiografía o tomografía después de practicar el neumomediastino anterior artificial.

Describe ampliamente estos síntomas y la técnica del neumomediastino anterior, que califica de inocuo.

Como único tratamiento definitivo para reducir la hiperplasia tímica, señala la radioterapia. En el recién nacido utiliza el ACTH gel 5 U. diarias, no más de cinco días.—J. RIVERA.

HEMATOLOGÍA

MEDICAL RESEARCH COUNCIL.—«TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA AGUDA EN LOS ADULTOS: COMPARACIÓN DE LA TERAPÉUTICA CON ESTEROIDES EN DOSIS ALTAS Y BAJAS, UNIDOS CVN 6-MERCAPTOPURINA.» (*Treatement of acute leukemia in adults: comparision of steroid therapy at high and low dosage in conjuntion with 6-mercaptopurine.*) «*Brit. Med. Journ.*», *7. 1963. Londres.*

COMUNICAN los resultados obtenidos en ciento ocho casos de leucemias agudas tratadas en diferentes hospitales de Inglaterra con 2'5 mg. por kilo de peso de mercaptopurina, por lo menos ocho semanas, o hasta que se obtuvo la remisión, unida a la prednisona, en un grupo a la dosis diaria de 40 mg. y en otro a la de 250 mg., y sola en un tercer grupo. No hubo diferencias en la tasa de las remisiones producidas con los tres tratamientos. En cuanto a la supervivencia, no hubo diferencias apreciables entre el grupo con solo 6-mercaptopurina y el que recibió además dosis pequeñas de prednisona, pero los resultados fueron claramente peores en el grupo que recibió dosis altas de prednisona.

En el aspecto citológico, se diagnosticaron de mieloides el 76'6 por ciento; de linfoblásticas, el 17'6 por ciento; de plasmáticas, el 0'9 por ciento, y de indiferenciadas, el 1'9 por ciento.

La tasa de remisión fue el 47 por ciento

en los casos linfoblásticos, y solamente del 1 por ciento en los mieloides.

No hubo diferencias en la tasa de remisión entre los tres tratamientos.—CIVEIRA.

JAMRA, M., y FERREIRA, T.—«FÓRMULA MEGACARIOCITARIA. ESTUDIO MORFOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LOS MEGACARIOCITOS EN LAS PÚRPURAS PLACUETOPÉNICAS.» (*Fórmula megacariocitaria. Estudo morfológico e citoquimico dos megacariocitos nas púrpuras plaquetopenicas.*) «*Revista do Hospital das clinicas*», *vol. XVI, número 4, págs. 274-317, julio-agosto 1961. Sao Paulo (Brasil).*

EN las púrpuras trombocitopénicas crónicas, idiopáticas, encuentran aumento de megacariocitos en medula ósea external en treinta y seis casos y disminución en diez.

En los casos de aumento, éste estaba a cargo de formas basófilas y acidófilas sin gránulos.

Por la reacción de P. A. S. - Schiff fue posible determinar el porcentaje de células sin gránulos positivos, con finos gránulos positivos, y con gránulos groseros.

Once cuadros, dos tablas y una preciosa lámina en colores acompañan este interesante trabajo, además de una bibliografía de setenta y dos citas.—J. RIVERA.

NUTRICIÓN

ROMERO, M. E. — «ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA HIPOTENSIÓN ARTERIAL CON ANABOLIZANTES.» «*La Semana Médica*», *núm. 41, págs. 1.738-1.740, 16 de noviembre de 1962. Buenos Aires.*

HACE una breve historia del síndrome. Describe sus características, señalando la dificultad del tratamiento, que ha de ser sintomático al no conocerse su etiología y patogenia.

Piensa el autor que mejorando el estado general, promoviendo un aumento de peso con aumento de la masa muscular, el aumento del tono muscular facilitaría el retorno venoso, evitando el estancamiento en las venas de los miembros inferiores, factor que considera como una de las causas de la aparición del síndrome.

A tal fin, emplea el preparado metandrostenolona a la dosis de 10 a 15 miligramos diarios durante treinta días, interrumpiéndole un par de días antes de la menstruación y siguiéndole una vez terminada aquélla.

Resume cinco casos así tratados con buenos resultados.—J. RIVERA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CATOLANO, F. — «HEMORRAGIA INTERNA POR ROTURA DE UNA VENA DE CARA POSTERIOR DE ÚTERO.» «*La Semana Médica*», *tomo 119, núm. 21, págs. 826-828, 7 de septiembre de 1961. Buenos Aires.*

ES un motivo poco común de hemorragia interna, sólo hay sesenta casos publicados.

Una circunstancia especial caracteriza este cuadro de hemorragia: todas las enfermas son portadoras de fibromiomas uterinos. Su asiento más frecuente es la cara posterior.

Analiza diversos factores en relación con el mecanismo de producción.

Expone la sintomatología y hace notar la dificultad del diagnóstico diferencial.

El tratamiento quirúrgico varía según las escuelas y la edad de la paciente: ligadura del vaso, histerectomía, miomectomía.

Seguidamente hace la descripción detallada del caso observado.—J. RIVERA.

ALTHABE, O. (padre e hijo).—«LA AMNIOTOMÍA COMO INDUCTORA DEL PARTO.» «*La Semana Médica*», *tomo 121. núm. 24, págs. 1.162-1.163, 17 de septiembre de 1962. Buenos Aires.*

MENCIONAN el origen de la amniotomía con fines de inducción.

Exponen su experiencia personal, no sólo con miras a las indicaciones médicas habituales, sino también en embarazos normales de término.

Para establecer el término del embarazo se guían por el cálculo de Pinard y el estado del cuello.

Resumen ciento noventa y dos observaciones: noventa y nueve primerizas y noventa y tres multíparas. Hacen cinco fórceps en primerizas y once cesáreas.

Encuentran una reducción en el tiempo de duración del parto, que se hizo en menos del 25 por ciento.

Exponen tres gráficos demostrativos. — J. RIVERA.

GERIATRÍA

PEREYRA, C. C. A.—«NUESTRA EXPERIENCIA CON LA NOVOCAÍNA O FACTOR «H» 3 DE ASLAM. COMUNICACIÓN PREVIA.» «*La Semana Médica*», *tomo 121, núm. 28, páginas 1.341-1.349, 1 de octubre de 1962. Buenos Aires.*

DISTINGUE el autor entre la senectud fisiológica y la patológica.

Estudia las bases del tratamiento novocaínico aplicado a la geriatría. Las múltiples experiencias clínicas previas al uso clínico del factor «H» de Parhom y Aslam. El empirismo experimental en el uso de la novocaína y unos casos observados, mostrándose ardiente partidario del empleo de este fármaco en Geriatría. J. RIVERA.

TISIOLOGÍA

ABOGARO, P., y NADIN, A.—«A PROPÓSITO DE LA GÉNESIS DE LOS FENÓMENOS HEMORRÁGICOS EN EL CURSO DE TRATAMIENTO CON HIDRÁZIDA.» (*Sulla genesi dei fenomeni emorragici in corso di trattamento con idrazida.*) «*Archiv. di Tis.*», *9, 457. 1954.*

LA aparición de hemoptisis y alteraciones hemorrágicas en algunos enfermos tratados con hidrázidas movió a los autores, mediante el estudio del test, a la heparina, a ver si la HAI interfería los procesos de la coagulación sanguínea, resumiendo los autores que tal suposición no se pudo comprobar.—SAMITIER.

GIOVA, C., y MARINELLI, N. (Nápoles). «LA INFLUENCIA DE LA ASOCIACIÓN PIRAZINAMIDA-ESTREPTO-HIDRAZIDAS EN LOS TUBERCULOSOS.» (*L'influenza dell'asociazione Piraminamide, Strepto-Hidrazida nei tuberculotici.*) «*Archivi. di Tis. e Mall. Ap. Respir.*», *13, 1.051. 1958.*

SE citan por la pirazinamida alteraciones pigmentarias en la piel y hepáticas. Se trata de una asociación que dio buenos resultados en los enfermos.—SAMITIER.

CURCI. G., y GUIDI, V. (Nápoles).—«LA ACTIVIDAD ANTITUBERCULOSA IN VITRO DE UN NUEVO ANITBIÓTIPO, LA KANAMICINA.» (*L'attivita in vitro di un nuovo antibiotico: La kanamicina.*) «*Archivi. di Tis. e Mal. Ap. Respir.*», *13, 533. 1958.*

ESTE derivado de un estreptomices, descubierto en Nagana por los japoneses, ha demostrado tener una actividad antituberculosa a dosis alcanzables en el organismo, poseer una acción parcialmente bactericida, actividad normal o parcialmente aumentada sobre las prinipales cepas quimiorresistentes, ausencia de antagonismos bacteriológicos con la estreptomicina, HAI y la cicloserina, y una resistencia que no se alcanza prontamente. Tampoco sinergismo con los citados antibióticos ni con la Kanamicina.—SAMITIER.

BUSINELLO, E., y BABOLINI, G. (Nápoles).—«INFLUENCIA DE LA HIDRÁZIDA DEL ÁCIDO ISONICOTÍNICO SOBRE LA ACTIVIDAD LISOZÍMICA DEL SUERO EN EL HOMBRE TUBERCULOSO» (*Influenza della idrazide dell'acido isonicotinico sull'acttivita lisozimica den siero nel'huomo tuberculotico.*) «*Archivi. di Tis. e Mac. Ap. Respir.*», *9, 967. 1954.*

HAY una segura influencia *in vitro* de la actividad lisozímica del suero sobre algunas cepas de M. tuberculosis. El tratamiento hidrazídico aumenta el poder lisozímico del suero. Hay una exaltación de los poderes específicos defensivos, del mimo modo que el índice inmunitario en el campo de la defensa inespecífica se incrementa con el mejoramiento del enfermo tratado, cuando este mejora, disminuyendo con el agravamiento del estado general.—SAMITIER.

DI FILIPO, A. (Nápoles).—«TRATAMIENTO HIDRAZÍDICO EN EMPIEMAS FISTULIZADOS» (*Tratamento hidrazidico in empiemi fistolizzati.*) «*Archivi. di Tis.*», *8, 618. 1953.*

SE refiere el autor a cinco casos de enfermos que tenían un empiema con un neumo terapéutico por fístulas pleuropulmonares, y el tratamiento endopleural curó las fístulas y desapareció el empiema, conservándose el neumotórax selectivo.—SAMITIER.

DI FILIPO, A. (Nápoles).—«ASPECTOS DE PULMÓN PSEUDOPOLIQUÍSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR NODULAR DESPUÉS DE TRATAMIENTO POR HIDRÁZIDAS.» (*Aspetto di polmone pseudo policistico da tbc. polmonare nodolare dopo trai'amento con idrazide.*) «*Archiv. di Tis.*», *8, 558. 1963.*

DESPUÉS de tratar un enfermo con hidrázidas, después de tres meses apareció un pulmón de tipo poliquístico, comprobado radioestratigráficamente, diciendo el autor que tal aspecto no hace más que confirmar lo que se sabe sobre la acción eliminatoria del material caseoso por el fármaco.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ESCUELA DE PATOLOGIA DIGESTIVA GALLART-MONES. SERVICIO MEDICO-QUIRURGICO DE PATOLOGIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS, DE BARCELONA

Director: Dr. A. GALLART-ESQUERDO

SESIÓN DEL DÍA 21 DE FEBRERO DE 1962

ESCUDÉ CASALS, M. — «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ATRESIA ESOFÁGICA.»

PARA lograr éxito en el tratamiento de la atresia del esófago, hemos de valorar ante todo los factores pre y postoperatorios, que son casi siempre causa de fracasos. El diagnóstico clínico precoz la sospecha ante un hidrammios y la exploración cuidadosa del recién nacido son factores dignos de tenerse en cuenta.

Junto a ello, y después de la sospecha o diagnóstico probable. los cuidados del recién nacido deben extremarse. No deben darse alimentos por la boca. Se ha de colocar en posición tal que el reflujo de líquidos gástricos sea mínimo. Se le ha de aspirar discontinuamente la rinofaringe para evitar que se llene de secreciones y se la han de recuperar sus constantes hídricas y electrolíticas, pues la intervención es muy schokante.

Para confirmar el diagnóstico clínico hemos de recurrir a la radiología; está proscrito el uso de papilla baritada, siendo aconsejable el lipiodol, que introducimos por sonda, retirándolo después de la exploración. Nosotros hemos usado muchas veces una sonda opaca sin contraste, la cual se dobla en el fondo de saco esofágico.

Por último, la colocación en una incubadora, en la que seguirá después de la intervención, son medidas necesarias para el éxito de ésta.

En la estadística de Lanman, en 1939, no hay ningún caso salvado. A partir de 1939, gracias a Ladd, Leven Haight y otros, se logran verdaderos éxitos. Haight, en 1941, logra la reconstrucción intratorácica del esófago. En 1945, Swenson publica un caso, y en 1952, Duhamel, otro, empezando así una nueva era para tales niños.

Actualmente, la técnica más aconsejable es la reconstrucción intratorácica en un tiempo por vía transpleural, aunque algunos preconizan la vía extrapleural; la anastomosis se realiza de los dos segmentos previamente disecados, pudiendo ser esta anastomosis término terminal o término lateral.

Quedan algunos casos en los que no existen casi cabos de los segmentos esofágicos, en los que debe recurrirse a la intervención en dos tiempos.

Otro problema que nos encontramos en estas intervenciones son las lesiones pulmonares ocasionadas por la anestesia imperfecta, o por mala técnica en separar el pulmón.

Un último escollo es el postoperatorio. el niño en la incubadora requiere unos cuidados especiales, y el iniciar la alimentación es sumamente delicado.

SESIÓN DEL DÍA 10 DE OCTUBRE DE 1962

SERIÑANA BAYER, J. M. — «MELANOMA HEPÁTICO.»

EL melanoma hepático es secundario a un tumor primitivo melánico que puede asentar en la piel, la coroides, el recto, el cerebro, las meninges o las suprarrenales, siendo las tres primeras localizaciones las más frecuentes del tumor primitivo.

La etiopatogenia de los tumores melánicos primitivos es desconocida. El tumor es generalmente lobulado, múltiple, de color gris humoso, pardo oscuro o negro intenso, debido a la melanina que está presente en el protoplasma de las células tumorales; aquélla es producida por los melanoblastos que transforman un propigmento o cromógeno en melanina, por la acción de un fermento oxidásico que es producido sólo por ellos y se encuentra en su protoplasma. Este fermento se investiga con la doparreacción de Bruno Bloch, empleando la dioxifenilalanina (DOPA), que colorea en pardo oscuro las células tumorales.

La melanina es un pigmento que reduce las sales de plata, basándose en ello el método de Del Río Ortega, al carbonato de plata amoniacal, que colorea en negro intenso las partículas protoplasmáticas pigmentarias.

A partir del tumor primitivo, las vías de propagación pueden ser: directa, linfática o hemática, siendo el hígado el asiento habitual de las metástasis, generalmente de tipo nodular; el órgano está hipertrofiado e invadido por nódulos secundarios, alguno de los cuales puede perforar la cápsula de Glisson y provocar dolores intensos.

La sintomatología se caracteriza por dolor, ictericia e hipertrofia nodular, pudiendo haber ascitis y eliminarse melanina por la orina, siendo este dato patognomónico para el diagnóstico. La evolución de los tumores melánicos del hígado es rápida y fatal. El tratamiento es inoperante.

A continuación se presenta una mujer de setenta y dos años de edad, a la cual le fue enucleado el ojo izquierdo hace un año y medio por un melanosarcoma de la coroides. Hace un mes, presenta ictericia progresiva, con dolor intenso en el hipocondrio derecho, mal estado general y pérdida del apetito y de peso corporal. Ingresa en nuestro servicio hospitalario, presentando el hígado hipertrofiado con múltiples nódulos, alguno de los cuales ha perforado la cápsula de Glisson, ictericia muy intensa, ascitis y melanuria.

Falleció a los tres días de su ingreso.

SESIÓN DEL DÍA 17 DE OCTUBRE DE 1962

GALLART-ESQUERDO, A. — «TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS PANCREOPATÍAS CRÓNICAS.»

LA terapéutica médica de las pancreopatías crónicas está indicada principalmente en los casos en que los síntomas dominantes son los de déficit de las secreciones externa o interna del páncreas, así como en aquellos en que no se encuentra mediante los diversos métodos exploratorios, incluso la laparotomía exploradora, ninguna causa etiopatogénica susceptible de ser tratada quirúrgicamente. En bastantes casos, el tratamiento médico está indicado porque con la operación, el cirujano no obtuvo el éxito que había previsto o daba por descontado. En otros casos aquél será el complemento indispensable de la intervención quirúrgica paliativa practicada anteriormente.

Debe recurrirse sistemáticamente al reposo físico y psíquico, a las aplicaciones de calor húmedo intenso y prolongado sobre la región supraumbilical y a la administración de espasmolíticos y analgésicos. Hemos utilizado con excelentes resultados la inyección endovenosa de novocaína (20 cm.³ de solución de novocaína al 1 por ciento, mezclados con 500 mg. de vitamina C, y luego 1 gramo de novocaína disuelto en suero fisiológico o glucosado isotónicos, gota a gota). La inhibición de la secreción pancreática externa se consigue con el ayuno absoluto (3 - 7 días), la aspiración gástrica continua, la administración del inactivador de la tripsina-calicreína, etc.

El régimen alimentario, en resumen, es semejante al de las afecciones hepatovesiculares.

Los medicamentos estimulantes de la secreción pancreática externa sólo deben emplearse en casos excepcionales. Nosotros nos limitamos a administrar ácido clorhídrico a los pacientes que presentan anaclorhidria histaminorresistente.

La opoterapia pancreática externa comprende la ingestión de páncreas crudo, de jugo pancreático, de polvo de páncreas y de extractos pancreáticos comerciales.

En las pancreopatías crónicas de evolución avanzada que cursan con glucosuria o diabetes sacarina, se debe prescribir insulina a la dosis adecuada para metabolizar los hidratos de carbono, que constituyen la base del régimen alimentario.

En las pancreopatías crónicas con hipoglucemia (excepcionales), además del régimen alimentario, están indicados los corticosteroides y la ACTH por su acción hiperglucemiante.

En ninguno de nuestros casos hemos observado trastornos carenciales. No obstante, administramos vitaminas liposolubles, preparados de calcio, vitamina C y complejo vitamínico B.

Cuando hay anemia hipercroma, macrocitaria, recurrimos a los extractos hepáticos, cuanto menos purificados mejor; si es hipocroma, administramos hierro reducido en fórmula magistral.

SESIÓN DEL DÍA 31 DE OCTUBRE DE 1962

GALLART-ESQUERDO, A.—«ULCERA PÉPTICA POSTOPERATORIA RECIDIVANTE.»

LA historia clínica resumida, es la siguiente:

Victoriano R. A., de 49 años, sacerdote. Su abuelo paterno fue el único gastrópata en la familia.

Desde 1950, síndrome ulceroso tardío, típico. En abril y en octubre-noviembre de 1952, hematemesis y melenas copiosas. Al mes, síndrome de estenosis pilórica acentuada, siendo gastrectomizado (*primera gastrectomía*) Le dijeron tenía úlcera duodenal penetrante en el páncreas.

A los ocho días, reaparece el síndrome ulceroso tardío, sin fases intercalares de bienestar. En noviembre de 1953, regastrectomía (*segunda gastrectomía*) por gran úlcera de la boca anastomótica.

A los 4-5 días, reaparece nuevamente el síndrome ulceroso tardío, a veces con dolores muy intensos. En mayo de 1955, hematemesis roja muy abundante, que requirió varias transfusiones de sangre. El 7 de junio de 1955, nueva regastrectomía (*tercera gastrectomía*) por enorme úlcera de la boca anastomó'ica (doctor De Miguel).

A los seis días, como había sucedido después de las dos gastrectomías anteriores, reaparece el síndrome ulceroso continuo. En septiembre-octubre de 1960 y en septiembre de 1961, nuevas hematemesis y melenas. En noviembre de 1961, regastrectomía (*cuarta gastrectomía*), vaguectomía bilateral, esplenectomía y pancreatectomía distal por úlcera gigante que circundaba toda la boca anastomótica (doctor De Miguel). El cirujano que practicó las dos últimas intervenciones, con muy buen criterio, sospechó pudiese tratarse de un síndrome de Zollinger-Ellison, pero no se pudo objetivar ningún tumor pancreático durante el acto operatorio; el examen histológico del páncreas reveló hiperplasia ligera.

A los cuatro o cinco días, reaparece otra vez el síndrome ulceroso tardío, y pasados cinco días más, hematemesis y melena, que repiten en febrero de 1962.

Desde el 20 de mayo de 1962, además, disfavia para los alimentos sólidos, y desde hace dos semanas también para los líquidos. Ha perdido 20 kilos de peso en un año. Estreñimiento pertinaz.

El 6 de agosto le reconocimos por primera vez. encontrándole una *úlcera péptica del esófago con estenosis casi filiforme de todo su tercio inferior,* y otra *úlcera péptica en la parte proximal del asa yeyunal eferente.*

Con régimen alimentario blando, Fosfoalugel, Ebimar, etc., röntgenoterapia del reducido muñón gástrico (180 r diarias durante un mes) y, una vez desaparecido el nicho del esófago, dilataciones progresivas con bujías (hasta llegar a la número 39), conseguimos la remisión total de la sintomatología clínica y radiológica del enfermo, recuperando 12 kios de peso. Al darle de alta, le aconsejamos repetir las sesiones de röntgenoterapia en septiembre-octubre de 1963. Al cabo de cuatro meses seguía perfectamente.

Sesión clínica del 7 de noviembre de 1962

GALLART-MONÉS, F. †, y BADOSA-GASPAR, J. — «Supervivencia de doce años después de una gastrectomía total por cáncer.»

Este caso, primitivamente estudiado por nuestro llorado maestro Gallart-Monés, que desde el principio hemos podido seguir hasta la actualidad, sugiere demasiados aspectos interesantes para ser tratados en una sola sesión.

Dejamos para ulteriores comentarios su interés desde el punto de vista especulativo estadístico, así como la discusión sobre el aspecto técnico-quirúrgico.

El tema de hoy se ciñe al aspecto clínico-evolutivo, teniendo en cuenta que constituye una rareza poder seguir durante doce años la evolución de una gastrectomía total, y mucho más si ésta ha sido practicada por neoplasia maligna que afectaba todo el antro pilórico, con numerosas adenopatías satélites e incluso supraclaviculares.

Enferma de 37 años. La madre falleció de cáncer gástrico. Historiada en abril de 1950. Durante los cuatro años anteriores, padeció dos brotes de trastornos generales y molestias dispépticas de dos meses de duración cada uno, y en el segundo presentó síntomas de gastrectasia (eructos pútridos). De la exploración clínica, aparte los síntomas generales de depauperación y la resistencia muscular en el epigastrio, cabe destacar la existencia de pequeños ganglios supraclaviculares, muy móviles, predominantes en el lado izquierdo. De los datos analíticos destacamos la hiperglicemia discreta con glucosuria y la presencia de clorhídrico libre casi normal, en el jugo gástrico, en ayunas.

Se diagnosticó neoplasia vegetante-ulcerada del antro pilórico por la exploración radiológica y se confirmó por la laparotomía. Se encontraron numerosos ganglios en ambos omentos, que se extirparon conjun'amente con la pieza patológica.

Se practicó la gastrectomía total, con anastomosis términoterminal, esófagoduodenal (30 de mayo de 1950, doctor Puig-Sureda). Histológicamente: cáncer miqoadenomatoso, coloide (doctor Roca de Viñals).

Curso postoperatorio inmediato, normal. Alta a los once días. La evolución

clínica durante los doce años siguientes, se puede resumir en cuatro etapas de síntomas:

1. *Disfagia.*— Hasta los tres meses y medio de la intervención, la presentó para algunos sólidos, decreciendo luego rápidamente. En la actualidad es sólo esporádica. La exploración a rayos X muestra la normalidad progresiva del calibre de la anastomosis.

2. *Hipoglicemia.*—Al comienzo era muy intensa y frecuente, obligando a reiteradas ingestiones azucaradas. Luego. hasta la actualidad, se evita con frecuentes tomas de alimento.

3. *Síndrome del «dumping» clínico.* — Obligaba a la enferma a estirarse inmediatamente después de ciertas ingestiones.

Estas tres etapas de síntomas han sido superadas pasados los dos primeros años. Luego, los ha sufrido como episodios muy aislados.

4. *Pirosis.* — Desencadenada especialmente por los decúbitos y a la media hora de las comidas, calmando con la ingestión de alimentos. La pirosis la sufre en las épocas de más aitividad física y de preocupaciones, o en los cambios de estación, durante los diez últimos años.

Toda la sintomatología es muy bien soportada por la enferma, que lleva una vida prácticamente normal de ama de casa.

Cabe subrayar que:

a) En general, la enferma tiene poco apetito y no ha recuperado más que cinco kilos de peso en los doce años que lleva de operada.

Los ganglios supraclaviculares no se palpan desde hace años.

Ha desaparecido la glucosuria.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963
SECCIÓN VARIA

MORAL MÉDICA

MEDITEMOS UN POCO EL «DECÁLOGO»

POR EL

DR. ANTONIO CASIELLO

EX PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA DE LA F. DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL LITORAL

ROSARIO (REP. ARGENTINA)

En el Suplemento Informativo de «El Día Médico», del 14 de marzo, se publicó un interesante artículo del doctor EMILIO S. SANMARTINO —de contenido un tanto inusitado en nuestros ambientes—, que llevaba por título: «Oremos mejor el Padrenuestro». Sus atinadas reflexiones, tendientes a hacernos meditar y comprender más acabadamente el alto significado que encierra tal oración, enseñada a sus discípulos por el mismo Jesucristo, nos mueve a «co-laborar» con el colega, proponiendo a la reflexión de los lectores —en apretada síntesis— algunas sugestiones para ahondar en la comprensión, esta vez, del *Decálogo*, es decir, de los preceptos recibidos por Moisés en el Sinaí, de manos del Señor. Se trata, pues, en ambos casos —*Padrenuestro* y *Decálogo*— de enseñanzas que tienen un común origen divino. Bien vale la pena que merezcan —como quiere el autor citado— el debido respeto; y que al memorizarlas se piense atentamente en ellas, en lugar de recitarlas en forma rutinaria, con la mente distraída en otros problemas del todo ajenos o, acaso, contrapuestos a las cosas del espíritu, y entonces con poco o ningún beneficio.

Gráficamente explica un escritor que ello sería lo mismo que tener en la boca un grano entero de uva, chupándolo, sin desmenuzarlo: no se le hallaría sabor. A fin de gustarlo, es fuerza hincar el diente, para paladear su jugosa pulpa. Rezar sin meditar, es algo equivalente: se pierde el tiempo, sin aprovechar todo el bien espiritual y el gozo que una consciente meditación puede y debe producir.

* * *

Y entremos en materia glosando brevemente los Mandamientos.

1.° *Amar a Dios sobre todas las cosas.*

Si realmente llegara a hacerse carne en todos los hombres este primer precepto, todos los demás se cumplirían por añadidura, holgada y fácilmente. La primacía del respeto y del amor a la Divinidad creadora, sobre todas las criaturas y sobre todo lo creado, nos hermanaría a todos, de tal manera que nos permitiera vivir como en una gran familia, en la mayor cordialidad.

2.° *No jurar su santo nombre en vano.*

¡Cuántos testimonios falsos!... Desde los solemnes juramentos de las más altas autoridades —al tomar posesión de sus cargos—, «por Dios y los Santos Evangelios», hasta nuestros certificados «de favor», más o menos inocentes —aunque no siempre—, pasando por la larga gama de compromisos contraídos en todas partes, y no siempre respetados, de carácter financiero, social o afectivo, etc., etc.

3.° *Santificar las fiestas.*

Si sentimos y vivimos el primer mandamiento, es perfectamente lógico y laudable cumplir con el tercero. Dedicar un día en la semana, rompiendo con la rutina de los demás días, para desapegarnos un tanto de las miserias de la tierra, elevando nuestro espíritu hacia la Divinidad, es noble y justo; y saludable para el cuerpo y para el alma.

4.° *Honrar padre y madre.*

La familia —núcleo originario de la sociedad— se bambolea, en nuestros días, al impulso de las pasiones que socaban sus cimientos. Constituídos los hogares sin adecuada formación espiritual y religiosa, y sólo a merced del «appeal-sex», no tardan en producirse, con frecuencia, desavenencias que inciden sobre la educación de los hijos. ¿Cómo, entonces, han de honrar éstos a sus padres? ¡Cuántas veces en el ejercicio de la profesión podemos colaborar, si nos lo proponemos, orientando por la recta vía a hijos descarriados y a esposos mal avenidos, en ocasiones por incomprensión de sus propios y recíprocos problemas biológicos y psíquicos!

5.° *No matar.*

No se circunscribe concretamente al homicidio; comprende todo daño inferido voluntariamente o por negligencia a la persona humana, física o moralmente. Meditemos sobre nuestra grave responsabilidad frente a los pacientes que se nos confían para su asistencia, y cuidémoslos como desearíamos serlo —eventualmente— o como procuramos hacerlo con nuestros seres más queridos. Recordemos por otra parte, que la grave admonición «no matar» conviene tanto al que esgrime un arma homicida contra un hermano, contra un prójimo, como al profesional que empuña, hábil y fríamente, sutiles instrumentos quirúrgicos —¡homicidas también!— para interrumpir un embarazo, cualquiera sea la edad del producto de la concepción, o el móvil que se invoque. Que tanto respeto merece el niño por nacer como el ya nacido... o el adulto. Y es una verdad aseverada que «*el aborto provocado* ya ha dejado de ser un recurso terapéutico» (J. L. MARTINI, *Semana Médica*, 19-IX-1957). Pensemos también que aun el birth-control ahoga y destruye la vida en germen —en acto de rebeldía contra la moral natural y las leyes de la naturaleza—, infringiendo el mandato divino «creced y multiplicaos»... con todas las secuelas biopsicológicas y sociales, fruto de tal egoísmo. Violan además este precepto quienes por motivos «sentimentales o piadosos» provocan la muerte, por ejemplo, de un recién nacido con malformaciones congénitas (amelia o focomelia por talidomida, de nuestros días), o quien acelera el fin de sus días a un enfermo, presumiblemente incurable, que sufre intensos dolores. «...que de la vida de un hombre, no reo de un delito castigable con pena de muerte, sólo es dueño Dios; el médico no tiene derecho a disponer de la vida; su oficio no es destruir la vida, sino salvarla» (Pío XII, discurso 12-XI-1944). Por nuestra parte, hemos abordado

el tema: «Eutanasia», en «*El Día Médico*», 97, 3.061, 1961, y en «*Clínica y Laboratorio*», 436, LXXIV, 1962.

6.º *No fornicar.*

No se limita a su significado estricto: comercio sexual fuera del matrimonio. Va mucho más allá. En el Evangelio de San Mateo (5, 27-28) se lee: «Habéis oído que se dijo a vuestros mayores: No cometerás adulterio. Pero yo (Jesús) os digo: cualquiera que mirare a una mujer con mal deseo hacia ella, ya adulteró en su corazón, con ella». Pensemos en la responsabilidad moral que cargamos en el trato profesional con nuestras enfermas. Un distinguido moralista ha dicho, con razón, a este respecto: «El que se aprovecha de las circunstancias para excitar a una víctima es un infame» (J. M. BLANCO, «*Iatría*», enero 1962). Para defendernos eficazmente, en ocasiones de peligro moral, repitamos las invocaciones finales del Padrenuestro: «...no nos dejes caer en tentación, más líbranos, Señor, de todo mal». O la jaculatoria sugerida por un director espiritual: «Señor, inspiradnos asco, repugnancia y horror por la deshonestidad» (D. GRENÓN, S. J.).

Recapacitemos, por otra parte, en la ligereza con que suele afirmarse, por ejemplo, que la masturbación es un hecho fisiológico..., que las relaciones sexuales entre novios —cuando el noviazgo se prolonga un tanto— son aceptables o, acaso, convenientes o necesarias..., que la castidad es absurda, o que es perjudicial para la salud, etc., etc. En tales casos, recordemos que esos niños, o *esos* y *esas* jóvenes pudieran ser nuestros hijos, o los hijos de nuestros hijos.

7.º *No hurtar.*

Cae en falla así el que a mano armada se apodera de lo ajeno y huye de la justicia —afrontando el riesgo—, como el ladrón «de guante blanco» que, burlando sutilmente las leyes, vive desfachatado en su propio ambiente, en sociedad, enriqueciéndose en pingües «negocios» que, notorios para todos, escapan habitualmente al contralor de «comisiones investigadoras». En menor escala, procuremos cuidarnos en ejercicio de nuestra profesión que, si es sacrificada y mal correspondida en muchos casos, en otros es motivo de tentaciones: visitas o consultas, más de lo debido; ectomías (apéndices, amígdalas) inocentes, honorarios exagerados, etc.

8.º *No levantar falso testimonio ni mentir.*

9.º *No desear la mujer de tu prójimo.*

10. *No codiciar los bienes ajenos.*

Por brevedad nos remitiríamos, respectivamente, al segundo, al sexto y al séptimo mandamiento, con los cuales los tres últimos están estrechamente vinculados. Mas, por la directa atingencia con lo que tratamos, no resistimos al deseo de recordar algunos conceptos de la conocida «Oración del médico», de IVOLINO DE VASCONCELLOS, que, con loable propósito, NASIO ha procurado divulgar entre nosotros («*Orientación Médica*, 426, 1.016, 1960): «...Dadme, Señor, la caridad para que con devoto amor pueda dedicarme al cuidado de los enfermos. (...) Dadme firmeza para que repudie la eutanasia, contraria a la Naturaleza y al sacerdocio médico. (...) Dadme decisión para que abomine el aborto, nefanda acción que me transformaría en asesino de una víctima indefensa. (...) Dadme fuerza contra la lujuria, para que aparte de mí cualquier pensamiento voluptuoso y no me manche nunca en contactos deshonestos que pervertirían mi razón y sentimientos, im-

posibilitando la práctica de mi oficio. (...) Dadme la pureza de espíritu para que sea sereno, justo, recatado y bueno (...) y dadme pureza de cuerpo que deberé mantener íntegra, pues el médico que no sabe cuidar de sí mismo, jamás será digno de tratar a su semejante. (...) Señor, justo castigo para mí, recaiga, si falto a estos ruegos... Amén.» (*Rev. Brasileira de Hist. de Medicina*, 5, 375, 1950).

* * *

El Decálogo termina en una admirable síntesis: «*Estos diez mandamientos se encierran en dos: Servir y amar a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a sí mismo*». Lo cual no ha menester de comentarios. Si viviéramos íntimamente en la presencia de Dios, y amáramos a nuestros hermanos como a nosotros mismos, el contenido, la medula del Decálogo estarían tan consustanciados, en su integridad con nuestro ser, que hasta fuera superflua su discriminación pormenorizada. Pero... pues somos de barro, *y sujetos a caídas* —que no siempre podemos, o sabemos, o queremos evitar— aferrémosnos a los preceptos que el Supremo Legislador nos legara —como áncora de salvación—, no sólo para mantenernos en pie, sino para proyectarnos, en ansias de amor al prójimo, por amor de Dios.

* * *

Meditemos, pues, un poco el Decálogo y procuremos una estricta observancia de sus mandamientos, indefectibles.

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



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 451 - TOMO LXXVI
OCTUBRE 1963
SECCIÓN VARIA

REFRANES DE INTERÉS MÉDICO EN «LA CELESTINA»

POR EL

DR. ANTONIO CASTILLO DE LUCAS

MADRID

LA OBRA Y SU AUTOR

LA *tragicomedia de Calixto y Melibea,* más conocida por el nombre de *La Celestina,* es una de las joyas de la literatura medieval española; fue publicada a finales del siglo XV [1]. Su autor, el bachiller Fernando de Rojas, nacido en la Puebla de Montalbán, obispado de Toledo, en 1465, estudió leyes en Salamanca, donde se graduó de bachiller. Ejerció la abogacía en la ciudad de Talavera de la Reina, en la que desempeñó el cargo de Alcalde Mayor; murió en esa ciudad hacia 1538.

Siempre estuvieron los vecinos de La Puebla orgullosos de que un paisano fuera autor de tan importante libro, y así en las relaciones geográficas que los pueblos de Castilla dieron a Felipe II, que se halla en El Escorial, figura respondiendo a la pregunta de que se especificasen «las personas señaladas en letras, armas o en otras cosas que hay en el dicho pueblo o que hayan nacido o salido de él», dice:[2] «...de la dicha Villa fue natural el bachiller Rojas, que compuso *da "Celestina"*». Hace pocos años, y siendo alcalde el doctor Martín-Aragón de la villa de La Puebla, se descubrieron dos lápidas: una gran placa de azulejos talaveranos pregonando el lugar de nacimiento del bachiller Fernando de Rojas, autor de «La Celestina», y otra viaria, en esta villa [3].

Indispensable es conocer el esquema de su argumento para conocer la función de cada uno de sus personajes:

Entra Calixto en pos de un halcón suyo que se ha metido en la huerta donde está Melibea. Ambos se enamoran, pero por pudor sale despedido y angustiado.

Calixto se lo cuenta a su criado Sempronio, que le endereza a casa de Celestina. Razona Celestina con Calixto y los criados.

Entra Celestina en casa de Melibea y habla con ella despaciosamente.

Celestina va a casa de Calixto y le cuenta lo sucedido con Melibea y ésta está ardiendo en amor por Calixto, el cual envía un mensaje a su amada por Celestina. Calixto premia a Celestina sus buenos oficios. pero los criados de Calixto reclaman la ganancia a Celestina, riñen y la matan. Los criados huyen, son prendidos y juzgados. Las *pupilas* de Celestina quieren vengar la muerte de ésta y la de los criados de Calixto, que son amantes de las mismas.

Va Calixto al huerto de Melibea y allí es muerto por los rufianes que enviaron las criadas. Melibea se mata al ver la tragedia precipitándose desde la torre. El padre de Melibea, anegado en llanto, cuenta a su mujer la muerte de su hija. Así concluye.

Este sencillo argumento es el cañamazo donde está bordado el más rico tapiz de las pasiones humanas: el amor puro y noble, la lujuria, la avaricia, la ira, la envidia y demás bajos apetitos y goces vegetativos. Resaltan virtudes que dignifican el alma y vicios que la encenagan, de ahí que haya juicios tan contradictorios, desde el del Obispo de Mondoñedo, Fray Antonio de Guevara, discretísimo maestro de Luis Vives, que dice que «La Celestina» como libro «es afrenta hasta el nombrarle, y que debería mandarse por justicia que no se imprimiese ni menos se vendiese, porque su doctrina incita la sensualidad a pecar y relaja el espíritu a bienvivir»; opinión contraria es la de Cervantes: «Libro en mi entender divino, si encubriera más lo humano».



PORTADA DE LA EDICIÓN PRÍNCIPE DE «LA CELESTINA». BURGOS, 1499. EN LAS EDICIONES POSTERIORES NO FIGURA ESTE GRABADO NI EL INSULTANTE CALIFICATIVO A CELESTINA. LE CONSIDERA COMO UN LIBRO DE PROVECHOSOS AVISOS «MUY NECESARIOS PARA MANCEBOS, MOSTRÁNDOLES LOS ENGAÑOS QUE ESTÁN ENCERRADOS EN SIRVIENTES Y ALCAHUETAS».

La Celestina es la representación de la alcahueta, que ejerce el oficio de tercería, zurcidora de voluntades, cosedora de virgos, liga y desliga a los amantes según la encarguen, fabrica elixires, ungüentos, brevajes para curar el mal de madre, los desmayos y sobre todo el mal de amor... Conoce las debilidades humanas, para estimular sus instintos amorosos y carnales, mantiene las esperanzas, es astuta, inteligente y gran psicóloga para conocer a los incautos amantes y ganar la confianza de los que solicitan sus oficios.

La Celestina —con mayúscula de nombre propio—, después de la obra de Rojas, pasa a ser celestina —con minúscula—, para ser adjetivo calificativo de las que se dedican a los bajos oficios de correveidile o alcahueta.

Se comprende cuán variados son los aspectos con que puede estudiarse esta obra de «La Celestina», desde los lingüísticos, pasando por el importantísimo de ser la primera obra dialogada y adaptada para teatro, a los moralistas, filosóficos y los de aplicación médica.

LA MEDICINA EN «LA CELESTINA»

En este aspecto destacamos tres ensayos recientes: Martí Ibáñez [4], Martín Aragón [5] y Laza Palacios [6].

Félix Martí Ibáñez se fija especialmente en los remedios y elogia que, para su administración, Celestina haga un diagnóstico individual, es decir, para la persona humana y, como tal, compuesta de cuerpo y alma; de ese modo aplica a cada caso

el remedio especial y, a ser posible, etiológico. Divide estos remedios en tres grupos: unos, quirúrgico-eróticos, como son los empleados para reparar la virginidad suturando el himen con hilo rojo; otros, fármaco-cosméticos, destinados principalmente a embellecer, y, por último, los mágicos sugestivos, que constituyen una auténtica psicoterapia.

Martín Aragón compuso sobre los saberes médicos en «La Celestina» una gran tesis doctoral. Su trabajo lo divide en tres partes: primera, *Antropología*, en la que incluye las observaciones de carácter médico sobre el ambiente, nomenclatura anatómica, fisiología, en especial, de la generación, las edades y sus deberes, psicología, etc. La segunda parte comprende la *Patología*, enfermedades que menciona, diagnóstico diferencial, pronóstico; en general se refieren más a males del alma que del cuerpo, pues alguna enfermedad como el cáncer la hace sinónima de pasión mortal... Por último, en la tercera parte se ocupa de la *Terapéutica*, subdividiendo los productos y remedios que figuran en «La Celestina», según sus efectos, en abortivos, afrodisíacos, analépticos, emolientes, anticonvulsivos, emenagogos, etcétera. Ocúpase también de los remedios físicos y, en particular, de la hidroterapia; y en la sección de remedios psicológicos incluye la multitud de ensalmos, palabras, talismanes, amuletos, etc.

Laza Palacios se ocupa de la parte farmacéutica, pues en el laboratorio de «La Celestina» hay retortas y alambiques para hacer cocimientos, destilaciones, precipitados, cocimientos de hierbas, sustancias minerales y partes vivas y desecadas de animales con las que preparar polvos, bebedizos, ungüentos, jarabes, que no tendrían esas virtudes curativas si no les añadiese el ensalmo que ella sola puede recitar sin equivocarse; la invocación oral y manual u otra forma de sincretismo, diabólica, pagana y cristiana; las prácticas, más que de ritos ancestrales y de valor etnológico, son muy personales, pues, como mujer inteligente y astuta, no se resigna a la servil rutina, sino que, por el contrario, considerándose como experta maestra, prepara remedios que ella sola conoce.

No es de creer que Celestina asistiera a las aulas, como opinan algunos autores; pero sí que aprendiese de las conversaciones con estudiantes y gentes de todas clases y... ¡quién sabe si de su relación con médicos! aprendió a dar valor a la historia del enfermo a base de un completo interrogatorio y estudio del ambiente antes de la exploración física.

Laín Entralgo [7] pondera la historia clínica con frases de Marañón: «Si me diesen a elegir, para conocer a un enfermo, entre los antecedentes y la exploración, yo elegiría aquéllos...; la exploración del enfermo requiere, ante todo, una rigurosa historia, no sólo clínica, sino biológica, del paciente». Y recuerda la aguda y profunda respuesta de Marañón cuando dijo: «La silla es el aparato que más ha contribuído al progreso de la Medicina».

En la conferencia inaugural del cursillo que dio Laín Entralgo sobre «La relación entre el médico y el enfermo», señaló que esta relación está en crisis por dos causas: de un lado, la *socialización* de la Medicina, que resta contacto moral y amistoso; y segundo, por la *mecanización* empleando métodos exploratorios, análisis, etc., que limitan el contacto físico con el enfermo y, por ambos motivos, la mutua convivencia y fe.

Esta necesidad de conocer la historia de la enfermedad y del enfermo la condensaba la Medicina clásica en tres preguntas, que alcanzamos a ver impresas en las historias clínicas del servicio del doctor Salamanca: ¿Qué aqueja? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? No andaba muy lejos Celestina cuando es consultada para poner remedio al mal que afecta a Melibea.

Dice Celestina: «Gran parte de la salud es desearla, por lo cual creo menos peligroso ser tu dolor. Pero para yo dar, mediante Dios, congrua e saludable melecina, es necesario saber de ti tres cosas. La primera, a qué parte de tu cuerpo más declina e aquexa el sentimiento. Otra, si es nuevamente por ti sentido, porque más presto se curan las tiernas enfermedades en sus principios que cuando han hecho curso en la perseveración de su oficio... La tercera, si procede de algún cruel pensamiento, que asentó en aquel lugar.»

Responde Melibea: «Mi mal es de corazón; la izquierda teta es su aposentamiento; tiende sus rayos a todas partes. Lo segundo, es nuevamente nacido en mi cuerpo. Que no pensé jamás que podía dolor privar el seso, como éste hace. Túrbame la cara, quítame el comer, no puedo dormir, ningún género de risa querría ver. La causa o pensamiento, que es la final cosa por ti preguntada en mi mal, ésta no sabré decir. Porque ni muerte de deudo, ni pérdida de temporales bienes, ni sobresalto de visión, ni sueño desvariado, ni otra cosa, puedo sentir, que fuese salvo la alteración que tú me causaste con la demanda, que sospeché de parte de aquel caballero Calixto...

Paremiología

En «La Celestina», los dichos, sentencias, adagios y refranes escritos, y los que están por escribir, pues, se adivina el origen popular de una frase, y en otros —y esto es lo admirable—, el de que aquella idea merece que el pueblo la haga refrán y perviva a través del tiempo, están en el texto de esta obra tan mezclados, que son difíciles de extraer unos y otros, a pesar de que está empedrado de los mismos, pues Fernando de Rojas se inspiró mucho en el Arcipreste de Hita, que está cuajado de refranes, y en el Marqués de Santillana, que fue el primer recopilador «...de los refranes que dicen las viejas tras el fuego». Valga como prueba este párrafo (1.º-38-3): «Asad es señal mortal no querer sanar. Con todo quiérole dexar un poco desbrave y madure; que oído he decir que es peligroso abrir o apremiar las postemas duras, porque más se enconan. Esto en poco, dexemos llorar al que dolor tiene. Que lágrimas e sospiros mucho desenconan el corazón dolorido...»

Los refranes escritos

Atendiendo a la definición de Rodríguez Marín: «El refrán es un dicho popular, sentencioso y breve... [8], generalmente simbólico y expuesto en forma breve y poética, que contiene una regla de conducta u otra cualquiera enseñanza», y que además, como hecho folklórico, es anónimo, tradicional y con carácter de universalidad, son pocos los que, propiamente dichos, figuran en «La Celestina», pues el ingenio, la agudeza y la personalidad de la protagonista de esta novela, hacen que no se ajuste literalmente a este módulo y los modifique, según su personal criterio; de aquí que no haya refranes de terapéutica, porque los remedios que ella aplicaba eran propios, aunque los compusiera con hierbas de virtudes conocidas, pero que ella asociaba a otras y siempre, además, a ensalmos, conjuros y otras supersticiones que sólo ella sabía y que creía eran verdaderas panaceas. Tampoco hay refranes de patología, pues los males de que nos hablan estos adagios se refieren más a males del alma que a los del cuerpo. Predominan, dentro de los antropológicos, los de psicología, pues ella era maestra consumada en conocer las pasiones del alma humana. Esta es la razón por la que vamos a men-

cionarlos por orden alfabético del tema fundamental para lo que se aplican, y a cada uno le haremos una breve glosa.

Apasionamiento: *Hay ojos que de legañas se agradan* (2.º-31-11). El adagio usual dice *se enamoran*. En verdad que sobre gustos no hay nada escrito. Existen coplas ponderando detalles que a otros ofenderían:

Pecosita de viruela,
a ti no te dé cuidado,
que con estrellas el cielo
está muy bien alumbrado.

Audición: *No terna cera en el oído* (2.º-97-14). Indica la diferencia entre oír y escuchar; muchas veces, el sordo, por la atención que pone, se entera mejor que el que oye y no escucha, pues lo hace como el que «oye llover». Celestina se hace la sorda a la petición de los regalos que le hizo Calixto, cuando sus criados reclaman una parte, diciéndole ese adagio.

Compañía: *El placer no comunicado, no es placer* (2.º-9-4). Bien dice otro adagio: *Triste del solo, que lo que sufre, lo sufre solo*, que concuerda más con este otro, similar al celestinesco: *Riqueza sin compañía, no es alegría.*

Compensación: *Con lo que sana el hígado, enferma la bolsa* (2.º-29-14). En la vida todo tiene su parte grata y envés desagradable. Hay otros adagios similares, de incompatibilidades medicamentosas, buenas para un órgano y perjudiciales para otro. Aquí está dicho en sentido humorístico respecto a los honorarios médicos tras de una asistencia con curación del enfermo. *Tres caras tiene el médico: de hombre, de ángel y de demonio.* A éste se aplica el refrán cuando pasa la cuenta.

Conformidad: *Viva la gallina con su pepita* (1.º-165-11). Muy aplicado a las personas que tienen que ser intervenidas, y se trata de disuadirlas por su edad o circunstancias. La *pepita* es una especie de tumor fibroso que nace debajo de la lengua en la gallina y que no le permite comer bien, siendo mortal su extirpación, por edema de glotis e infección.

Conformidad: *Si me quebré el pie, fue por mi bien* (1.º1245-6). Conocemos un exvoto en que la enferma da las gracias a la Virgen porque no se rompió las dos piernas. Rojas le da análogo sentido conformista.

Costumbres: *Un solo acto no hace hábito.* Perverso consejo celestinesco para inducir a pecar. Bien sabía ella que es difícil refrenar las pasiones una vez gozadas, pues la flaqueza humana creará la costumbre si aquella primera acción es gustosa; de ahí el picaresco adagio: *No es malo un beso, si quedara en eso.*

Deshabituarse: *Mudar costumbre es a par de muerte* (2.º-143-8). La costumbre es una segunda naturaleza y es muy difícil desprenderse de ella, unas veces por estar muy arraigada, y otras por la edad y adaptación orgánica. Así opinaba el doctor Sorapán de Rieros, al glosar el refrán: *Al viejo, múdale el aire y darte ha el pellejo.*

Disconformidad: *Da Dios habas a quien no tiene quixadas* (1.º-106-9). Es irreverente en sentido literal, no con ironía, de desaprovechar las oportunidades. La palabra quixada ha figurado en las obras de Medicina hasta bien entrado el siglo XVIII, en vez de maxilares.

Edades y costumbres: *Múdanse costumbres con la mudanza del cabello e variación* (1.º-232-12). Fisiológicamente van evolucionando con la edad todos los

órganos. Las glándulas endocrinas determinan esencialmente los cambios somáticos y psicológicos, según la edad del individuo. Iníciase con la pubertad la atracción sexual; la plétora vital, en la juventud; en la madurez domina la reflexión, y es obligada la quietud en la vejez.

Evolución: *Los días no se van en balde* (1.º-170-17). La edad impone un desgaste fisiológico al organismo, que la Medicina, evidentemente, retrasa, dominando hoy la agerasia a la decrepitud. Marañón sintetiza el deber de las edades diciendo que la niñez debe ser obediente; la juventud, noblemente rebelde; austera y reflesiva, la madurez, y adaptable con agrado, la vejez [12].

Experiencia: *Es más cierto médico el experimentado que el letrado* (2.º-67-1). Varios adagios aluden a esta idea: *Más vale la práctica que la gramática. Médico, con barbas* (por la experiencia); *cirujano, sin ellas* (por la firmeza del pulso).

Ingratitud: *A dineros pagados, brazos quebrados* (1.º-127-11). Indica que no debe pagarse por adelantado, dada la ingratitud humana. Lo citamos por el sentido metafórico de brazos quebrados, es decir, fracturados y, por tanto, inmóviles.

Insensible: *Un alma sola, ni canta ni llora* (255-15). Lo aplica Celestina como consejo para buscar compañía amorosa, para disfrutar de la vida. El hombre huye de la soledad por miedo y busca como remedio la compañía. La soledad en un espíritu selecto es fecunda, pues el hombre está consigo mismo y meditando. Hay otra soledad voluntaria y pecaminosa, para realizar malas acciones. Por eso dice el refranero: *Deseos de soledad, o mucha virtud, o mucha maldad.*

Instinto sexual: *Dígole que se vaya, y abáxase las bragas* (2.º-101-5). Irónico al querer reprimir una cosa y atrayéndole por los gestos para lo contrario.

Inutilidad: *Sacar aradores a pala e açadón* (96-17). El propio Rojas lo aplica a la idea de pretender hacer las cosas violentamente sin resultado. La sarna, ya entonces se curaba con fricciones y baños, y tanto en las casas como en la misteriosa noche de San Juan, rascándose contra un árbol y bañándose después, o revolcándose en el suelo impregnado de rocío, a falta de río donde sumergirse.

Monotonía: *Un manjar sólo continuo, presto pone hastío* (1.º-256-3). La Celestina lo aplica en sentido inmoral de variar de amores; hay un punto picaresco. Literal y científicamente, debe aplicarse a los alimentos: la monotonía alimenticia determina la avitaminosis y la desgana.

Optimismo: *Gran parte de la salud es deseable* (X-184-21). *Es señal mortal no querer sanar*, dice en otro lugar. La influencia psíquica está bien demostrada en la práctica médica, tanto por parte del enfermo como por la del médico. *Salud es para el enfermo la alegre cara del médico. No es buen médico el que desahucia.*

Prudencia: *Aquel va más sano que anda por lo llano* (2.º-75-4). Es una regla de profilaxis. Aconseja ir por el buen camino en la vida, moral y físicamente, pues, como dice otro adagio, *No hay atajo sin trabajo.*

Psicoanálisis: *Decir el sueño y la soltura* (1.º-133-21). Equivale a decir todo, aun lo más íntimo. Siempre fue preocupación humana la interpretación de los sueños; actualmente es la base del psicoanálisis. El vulgo, íntimamente, duda del acierto de estas adivinaciones oníricas: *De los sueños, cree los menos, lo mismo malos que buenos.*

Psicológicos: *A los flacos coraçones, el dolor los arguye* (2.º-190-3). Las emociones psíquicas influyen somáticamente en todo el organismo, en especial en el

corazón, determinando alteraciones de ritmo, intensidad, etc., que pueden ser fatales para un corazón delicado.

Psicológico: *Comer el pan con corteza* (140-15). Este dicho indica en metáfora que en la vida hay que tomar las cosas como son, con sus partes blandas o agradables y duras. Literalmente es una regla de urbanidad rústica... *No hagas del pan San Bartolomé*, pues sabido es que a este Santo les despellejaron. Desde el punto de vista nutritivo, la miga es muy rica en hidratos de carbono, y la corteza, por el gluten, en principios nitrogenados.

Psicoterapia: *El duro adversario enturbia, la ira e saña* (2.ª-103-12). Es uno de tantos consejos para tratar a las personas según su condición y temperamento.

Psicológicos: *Lágrimas e sospiros, mucho desenconan el corazón dolorido* (38-8). Es una forma de catarsis psicoterapéutica, por la descarga afectiva del llanto, que tranquiliza el espíritu y el propio corazón.

Psicoterapia: *Quien no tiene muel en la orça, téngala en la boca* (166-14). *Si no tienes dinero en la bolsa, ten miel en la boca*, diríamos hoy. Se refiere a extremar la cortesía y buenos modos, que tanto ayudan a triunfar a falta de otros valores efectivos de competencia.

Psiquiatría: *De los locos es estimar a todos los otros de su calidad* (180-14). Gran consejo para conocer la psicología de los hombres, es no juzgarlos por igual, cada uno tiene sus sentimientos propios, según su educación, principios, etc., equivale al que dice: *Piensa el ladrón que todos son de su condición.*

Psiquiatría: *El seso al calcañar* (125-6). Se aplica a los que no tienen talento ni inteligencia (emplea dos palabras hoy vulgares, que antaño figuraban en las obras de los médicos de la época).

Psiquiatría: *Si la locura fuese dolores, en cada casa habría voces* (2.ª-10-22). Se refiere a la frecuencia de los trastornos mentales, pues en verdad no se conoce dónde se inicia la anormalidad y en qué aspecto o sentimiento de la vida.

Psiquiatría: *El loco, por la pena es cuerdo* (2.ª-107-16). Antiguamente, y en todos los países, creíase que los locos eran endemoniados y que a fuerza de golpes expulsarían los malos espíritus de su cuerpo. San Juan de Dios (segunda mitad del siglo VI) sufrió estas torturas en el Hospital Real de Granada, pues le tomaron por loco, y cuando salió redimido, se consagró a asistir a los locos con todo cariño, considerándoles como enfermos de la mente.

Salud y virtud: *Mocedad ociosa, acarrea la vejez arrepentida y trabajosa* (262-3). Copiosa glosa refraneada tiene este adagio: *La ociosidad es la madre de todos los vicios. Ocioso, vicioso. Pereza, pobreza*, etc.

Sentidos: *Al sabor, y no al olor.* Preferencia al sentido del gusto, que es además de consecuencias nutritivas, al del olfato como mero placer.

Sentidos: *El gusto dañado, muchas veces juzga por dulce lo amargo* (2.ª-33-10). En ciertas psicosis es un síntoma (pica, malacia, etc.). En sentido figurado dícese por lo que no aprecian las cosas reales, por estar apasionados.

Similitud: *Un clavo con otro se expele, e un dolor con otro se calma* (2.ª-58-14). Recuerda los viejos aforismos de la medicina hipocrática. *Similia, similibus curantur*, y el opuesto de emplear medios contrarios (antídotos, contravenenos, etc., *contraria, contrari...*

Superstición: *Malo es esperar salud, en muerte agena* (39-1). Esperanza absurda y aun opuesta según adagio: *Muerte deseada, muerte prolongada.*

Tutela: *Quien a buen árbol se arrima* (2.ª-15-4). Antaño se creía que la sombra de una persona era la expresión de su alma, y acogiéndose a ella, es decir, estando muy cerca, se lograban las gracias y favores de la misma. En metáfora se extiende a la sombra del árbol.

Vegetativo: *Pan e vino andan camino, que no moço garrido* (174-6). La buena alimentación es la que vale para nutrirse, vivir y triunfar, no los halagos y palabrerías.

Los refranes por escribir

Muchas de las enseñanzas médicas de «La Celestina», expuestas con la prosa inmarcesible por su lozanía y viveza, podrían glosarse con refranes; se adivina que Fernando de Rojas se inspiró en ellos en algunos casos, en otros, y esto es de admirar, como hemos indicado, germen de adagios que perviven; todo ello requeriría una seria labor de investigación histórico-médica y paremiológica.

Vamos a limitarnos a glosar algunos párrafos significativos del saber médico de «La Celestina».

Caracteres sexuales

Las mamas. «Unas tetas tiene para ser doncella, como si tres veces hubiese parido... no parecen sino dos grandes calabazas. El vientre no se le he visto, pero juzgando por otro, creo que no le tiene tan flojo como una vieja de cincuenta años» (IV-168-22).

No hay duda que se refiere a ese signo tan característico en las mamas de las preñadas, en las que además del aumento de volumen, tienen pigmentación en los pezones y muy salientes los tubérculos de Montgomery, por eso dice el refrán: *La preñez, antes se conoce en los pechos que en la barriga.* Sabido es que la estética de los pechos en la doncella es *tetas, las que en la mano quepan.* Algún autor también se refiere a la buena criadora, pues las mamas con hipertrofia de grasa no son de buenas nodrizas. Celestina también pondera las mamas pequeñas y prietas.

Cirugía y cirujanos

«Digo que me alegro de estas nuevas, como los cirujanos de los descalabrados» (I-39-18).

«¿Quién sino mi espada hace ricos a los cirujanos de esta tierra?» (XVIII-232-17).

«La cura del lastimero médico deja mayor señal, con su gran lástima, con sus dolorosas hablas y sensibles meneos, pueden producir enojo y alteración, y ésta puede alterar la mano y regir sin orden la aguja» (X-187-10).

Sobre el buen pulso del cirujano, aconseja el refranero que éste sea joven y además no compasivo: *Cirujano moxo, boticario rico, viego el doctor, esto es lo mejor. Cirujano lastimero, gran señal deja en el cuero. Médico cobarde, o no cura o cura tarde. Más ama el cirujano las llagas, que la raposa los engaños*, etc.

Dolores morales

«Mas si te placiera, padre mío, manda traer algún instrumento de cuerda con que se sufra mi dolor o tañendo o cantando» (XX-287-27).

«...y el mayor remedio que tiene es tomar una vihuela y tañer tantas canciones» (IV-98).

Es cierto que la influencia psíquica contribuye a disminuir el dolor y las preocupaciones, bien dice por eso el adagio que *El que canta, sus males espanta.* El dolor físico, siendo intenso, no admite la sugestión: *El dolor de muelas, no lo cura la vihuela.*

Edades de la vida

La vejez. «Aquel arrugar la cara, aquel mudar de cabellos, su primera y fresca color, aquel poco oír, aquel debilitado ver, puestos los ojos a la sombra, aquel hundimiento de boca, aquel caer de dientes, aquel carecer de fuerza, aquel flaco andar...» (IV-86-18).

Signos de senilidad que condensa este refrán, entre otros: *Canas y dientes, son accidentes. Arrugas y arrastrar los pies, eso es vejez.*

Fe en la medicina y en los médicos

«Si tú me cuentas tu mal, luego serás remediado; que ni faltan medicinas, ni médicos, ni mi vida para buscar tu salud, ahora consiste en yerbas o en piedras o en palabras o esté secreto en cuerpo de animales» (XX-287-4).

Y añade después: «Cumple que al médico como al confesor se hable toda verdad abiertamente».

Glosada esta idea anteriormente, ponderando un buen interrogatorio, añadiríamos la forma refraneada del pensamiento sobre la fe y la confianza entre médico y enfermo: *Al médico, confesor y letrado, no le tengas en engaño.*

Lengua

«Paréceme que veo mi corazón entre tus manos, hecho pedazos, el cual, si tú quisieras, con muy poco trabajo juntarías con la virtud de tu lengua» (X-184-11).

«La lengua es el más pecador miembro del mal hombre o mujer» (IV-92-3).

Tantos daños puede hacer una mala lengua que con razón se dice: *Más mata la lengua que la espada. La lengua no tiene huesos, pero rompe huesos. No hay cosa más amarga ni más dulce que la lengua.*

Pubertad

Dice Celestina al joven Parmeno: «Llégate acá, que no sabes nada del mundo ni de sus deleites... que la voz tienes ronca, las barbas te apuntan. Mal sosegadilla tienes que tener la punta de la barriga» (I-95-15).

En la colección de Rodríguez Marín, figura este adagio típico de la atracción sexual, al aparecer estos caracteres puberales: *Moza, guárdate del mozo cuando le sale el bozo.* También en la mujer cambia la voz con la evolución genital. El Padre Feijoo lo observó y comenta, una copla lo confirma: Por el canto se sabe —la que está virgen, —pues lo tiene delgado, —con dejo triste.

Sueño

«Más me engordará un buen sueño sin temor que cuantos tesoros hay en Venecia» (VII-150-2).

«Que el dormir no quiere prisa» (XIV-245-1).

«Pasar la vida sin envidia, el sueño sin sobresaltos» (I-54-19).

«Que buen sueño, que sosiego y descanso acarrea la sana alegría o el trabajo corporal, y mejor aún los dos juntos» (XIII-228-4).

En síntesis: *Con paz y alegría se duerme de noche y se trabaja de día. El buen sueño es media vida, y la otra media la comida.*

Vejez y enfermedades

«Los viejos con mil especies de enfermedades pelean» (Prólogo, 16-15).

«La vejez no es sino mesón de enfermedades, llaga incurable, vecina de la muerte, ¿quién te pudiera contar, señora, sus daños, sus inconvenientes, sus fatigas, sus cuidados, sus enfermedades...» (IV-85-15).

Ello equivale a *Basta ser viejo para ser enfermo. Ancianidad, hermana es de enfermedad. Para enfermedad de años, no hay medicina.*

Vino

«Este —por el vino— me calienta la sangre, quita la tristeza del corazón, pone color al descolorido, conforta los cerebros, sana el vientre, quita el hedor del aliento, hace potentes los fríos... en invierno no hay tal calentador» (IX-166-20).

El refranero tiene copiosos ejemplos sobre cada una de estas propiedades y en conjunto. *Beber buen vino, no es desatino. Dijo el sabio Salomón, que el buen vino alegra el corazón. El vino limpia el diente, da color y sana el vientre. Carne, cría carne, y el vino, sangre. Abrigo contra el frío, estar bien bebido. Más abrigan malas copas, que buenas ropas. El vino, es pan y medio.* Esta es una notable valoración calorífica.

Vocabulario.—El doctor Martín Aragón [5] hace un resumen de más de dos centenares de palabras médicas, la mayoría corresponden a términos anatómicos hoy anticuados y que emplea todavía el vulgo (barriga, calcañar, hijares, anca, tetas, etcétera), así como de patología y de terapéutica, casi limitada ésta a la vegetal. La inmensa mayoría de estos términos figuran en refranes: *Barriga llena, corazón contento. Niño de un año, saca la leche del calcaño. Dolor de anca, hija al cabo,* etcétera.

Conclusiones

1.ª «La Celestina», de Fernando de Rojas, es una obra clásica de la literatura medieval española que contiene, entre otras enseñanzas, un rico tesoro folklórico, tanto en ideas populares sobre el modo de pensar, sentir, creer, obrar y vivir del hombre, expresadas unas en forma de refranes, como en ideas refraneriles, aunque con variantes a través del tiempo y del espacio.

2.ª Limitándonos a la medicina popular (folkmedicina), encontramos ideas médicas referentes a morfología, psicología, patología, terapéutica, higiene, moral profesional, etc.

3.ª Predominan las observaciones, más que de antropología médica, de psicología humana. En la patología, más que describir enfermedades del cuerpo, se refiere a los males del alma, y en la terapéutica e higiene predominan los remedios morales a los físicos.

4.ª Proporciona un amplio horizonte de investigaciones para otros campos del saber y de la cultura humana.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

1. Se considera edición príncipe, la de Burgos, 1499. En esta primera edición dice: Libro de Calixto... y añade un despectivo calificativo para Celestina. En las ediciones posteriores, por ejemplo, Zaragoza, 1545, dice: Califto, y ya en las actuales Calisto. También suprimen la denominación ofensiva a Celestina, sustituído por esta advertencia sobre su contenido, «de muchas sentencias filosofales y avisos muy necesarios para mancebos, mostrándoles los engaños que están encerrados en servientes y alcahuetas».
2. Cita de Cejador (Julio). «Historia de la Lengua y Literatura Castellana», tomo I, Madrid, 1915. Este dato no figura en Ortega y Rubio, Madrid, 1918, que transcribe estas *Relaciones topográficas de los pueblos de España*, quizá porque prescinda de copiar muchas respuestas que no se refieren a datos geográficos e históricos.
3. En «Ecos de la Puebla», enero 1963, figuran detalles referentes a los descubrimientos de estas lápidas. Una dice: «Aquí señala la tradición la casa en que nació y vivió el bachiller Fernando de Rojas, autor de "La Celestina"...»; la otra lápida rotula una calle de la Puebla.
4. MARTÍ IBÁÑEZ, F.—«El arte médico en "La Celestina"». Actas del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Madrid, 1935. Amplio resumen en número extraordinario de «Siglo Médico», 27-VII-1935.
5. MARTÍN ARAGÓN, J.—«Los saberes médicos en "La Celestina"». Tesis doctoral. Toledo, 1962.
6. LAZA PALACIOS.—«El laboratorio de "La Celestina"». Málaga, 1958.
7. LAÍN ENTRALGO, P.—«Gregorio Marañón. Médico.» Archivos H. A. Historia de la Medicina, vol. XII, 1960.
8. RODRÍGUEZ MARÍN, F.—«Los refranes». Discurso de ingreso en la Real Academia de Buenas Letras. Sevilla, 1895.
9. CEJADOR, J.—«La Celestina». Edición Clásicos Castellanos. Espasa Calpe Madrid, 1958. (Existen varias ediciones.) La nota se refiere a tomo, página y línea (las tres cifras en números arábigos).
10. CRIADO DEL VAL, M.—«Tragicomedia de Calixto y Melibea. Libro también llamado de "La Celestina"». Edición Consejo S. Inves. Cient. Madrid, 1958. La notación es acto (en número romano). página y línea. Esta advertencia de notaciones se hace general a todas las que figuran en este ensayo.
11. SORAPÁN DE RIEROS.—«Medicina española contenida en proverbios vulgares». Refrán XLI. Pág. 433. Edic. Biblioteca Clásica R. A. N. M. Madrid, 1949.
12. MARAÑÓN, G.—«El deber de las edades». Segundo artículo de Ensayos Liberales. Colec. Austral. Madrid.

Dirección: Marqués de Cubas, 9, 2.°. Madrid - 14.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963

PARO CARDÍACO Y RESUCITACIÓN

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMANN

MEXICO

PRELIMINAR

La historia de la resucitación (resurrección) cardíaca es emocionante y señala un recorrido cuya iniciación científica tiene algo más de un siglo, estando ligada al descubrimiento y evolución de la anestesia para intervenciones quirúrgicas [3 14 22 25 31 43]. El final del camino está lejos todavía, pero lo alcanzado es valioso, útil. Esta *síntesis* se refiere al estado actual, la etapa presente, que está permitiendo salvar vidas que en épocas pretéritas se hubieran perdido.

Advertimos que en varios de los asuntos del *paro cardíaco* y de la *resucitación* no existe uniformidad de criterio entre los autores y que es difícil colocarse en el sitio real, el que represente lo mejor y verdadero, sobre todo si se toma en cuenta que la experiencia personal de otros y la nuestra es de muy pocos casos de paro cardíaco.

ALGUNOS CONCEPTOS

El *paro cardíaco*, la *parada cardíaca*, es la suspensión de la contracción eficaz del corazón, es la supresión del funcionamiento útil del corazón.

El haber anotado lo de funcionamiento útil se refiere a que la víscera cardíaca puede tener movimientos leves o desordenados que no movilicen la sangre o que lo hagan tan escasamente que el estado circulatorio, es decir, el bombeo sanguíneo se realice muy lentamente o esté suprimido.

Las posibilidades en realidad son tres:

1. — Paro total (cesación completa de la actividad del corazón).
2. — Actividad cardíaca muy débil sin bombeo sanguíneo.
3. — Fibrilación ventricular que igualmente no produce movilización de la sangre.

Para muchos debe agregarse que el paro sea brusco [1 7 8 19 21 25 34 35 36 43] y no asistolia relacionada con padecimiento cardíaco o extracardíaco que trajera la pérdida de la contracción cardíaca, pudiera decirse, paulatinamente.

Es muy de anotarse, respecto a la brusquedad del paro cardíaco, especialmente el *operatorio*, que en muchas ocasiones no es tan repentino, sino final de estados que lo favorecen y que no fueron debidamente apreciados.

Debemos anotar que aquí nos referiremos particularmente al *paro cardíaco operatorio*, el que acontece en la sala de operaciones, pudiendo observarse la parada cardíaca en diversas circunstancias:

1. Al iniciar el procedimiento anestésico.
2. Excepcionalmente, estando el enfermo en la mesa de operaciones, pero antes de la aplicación del procedimiento anestésico.
3. En plena intervención quirúrgica.
4. Al terminar la anestesia.
5. Durante el traslado a su cama.
6. Postoperatoriamente, en el cuarto de recuperación.
7. Al efectuarse exploraciones diversas, como: sondeos vasculocardíacos, arteriogramas, broncogramas, examen ano-rectal, etc.
8. Al hacerse maniobras intratorácicas, intraabdominales o intracraneanas, como punciones, endoscopias, etc.
9. Por choque eléctrico.

Esto sin referirnos a los casos experimentales intencionalmente producidos y a los relacionados con el uso de fármacos que pueden producir paro cardíaco: potasio, etc.[15 27 45].

Debemos agregar que:

Actualmente, paro cardíaco ya no es sinónimo de muerte (definitiva).

La resucitación, resurrección, reanimación cardíaca, permite volver a la vida (durable, útil) a personas que hubieran sufrido paro cardíaco.

Lo anterior refiriéndose a la cesación brusca de contracción eficaz del corazón sin lesión avanzada y extensa de esta víscera.

Frecuencia y factores etiológicos

La *frecuencia* es considerada por los autores[1 8 9 13 19 22 26 31 35 41] como muy variable, desde uno por quinientos hasta uno por veinte mil, dominando las estadísticas con promedio de uno por mil trescientos a uno por cinco mil. A este respecto debe tomarse en cuenta el estado general del paciente, la categoría mayor, mediana o menor de las intervenciones quirúrgicas, el tipo de anestesia, la edad de los pacientes, etc.

En la cirugía intratorácica es indudable su menor rareza y corresponde precisamente a cirugía cardíaca y de vasos cercanos, la proporción mayor de casos de paro cardíaco. En algunas estadísticas[8 19] la proporción de paro cardíaco en cirugía cardiovascular central sube a cifras tan altas como uno por cuarenta o uno por cincuenta operaciones quirúrgicas.

Con respecto a la *edad*, la producción de paro cardíaco es mayor en cirugía pediátrica y especialmente en los ocho primeros años de la vida[7 19 20 26]. Algo especial es que la posibilidad de paro cardíaco aumenta igualmente, pero en menos proporción, en cirugía geriátrica, sobre todo después de los setenta y cinco años.

El paro cardíaco no sólo se observa en enfermos clasificados como graves riesgos quirúrgicos (por el conjunto de datos clínicos, de laboratorio, etc.), sino en otros de cirugía mediana o menor, por no cumplirse las precauciones indispensables; además, en operaciones de larga duración, en operados de urgencia, sobre todo en casos de traumatizados intensos. Algo especial es que las estadísticas muestran alguna mayor frecuencia en el *sexo* masculino[26].

Con respecto a la *topografía quirúrgica*, la incidencia decrece en el siguiente orden: cirugía intratorácica, abdominal alta, cirugía del sistema nervioso autónomo (simpático), del sistema nervioso central, sobre todo en la base del cerebro y en la región bulbar, después las demás.

En relación con los *agentes anestésicos* en los cuales se presenta más el paro cardíaco, se cita el ciclopropano[26]. Inútil es insistir que la «hiperdosis» anestésica puede ocasionar el detenimiento del corazón.

Con respecto a la *posición* en la mesa de operaciones, es el decúbito prono (ventral) la considerada como más peligrosa.

Otros factores que pueden favorecer aparición de paro cardíaco en el acto operatorio, son:

Alteraciones cardíacas o respiratorias que no se apreciaron antes de la intervención quirúrgica, que no se pudieron corregir o que se presentaron o acentuaron durante el acto operatorio.

Anemia intensa.

Gran desnutrición.

Hipoxia de cualquier origen.

Hipercapnia («hipercarbia»), que puede estar relacionada con el uso de cal sodada que no retenga el bióxido de carbono,

Hiperpotasemia, en relación con excesiva administración de sales de potasio, insuficiencia suprarrenal, etc.

Estado de choque.

Ansiedad, miedo grande.

Fiebre muy alta.

Acentuada hipotermia.

Ictericia intensa.

Algunas medicaciones han sido consideradas como favorecedoras del paro cardíaco, como las sales de potasio, de calcio, digitálicos, neostigmina, reserpina, derivados de la fenotiazina, etc.[1 3 13], sobre todo en dosis excesivas y en determinadas circunstancias.

Consideraciones clínicas

Es de buena clínica y obedece a la necesaria deontología, no llevar a la mesa de operaciones a persona alguna sin detallado examen que no solamente fundamente la necesidad terapéutica, sino valore la tolerancia al acto quirúrgico. Además es indispensable que la indicación anestésica sea hecha por el equipo médico (cirujano, cardiólogo, etc.), siendo primordial el dictamen del anestesiólogo.

Cumpliendo lo anterior, lo referente a preparación es trascendente, y entre los procedimientos deben anotarse:

La corrección de alteraciones hemáticas, metabólicas, etc.

La psicoterapia, para despertar confianza en el paciente y evitar miedo, siempre nocivo.

En seguida la medicación condicionada al procedimiento anestésico que se vaya a utilizar y a la intervención quirúrgica, sin olvidar que frecuentemente el uso de sustancias que moderen los reflejos vagales, como atropina y similares, es aconsejable.

Ya hemos anotado condiciones y factores que deben combatirse para prevenir en lo posible el paro, y sería inútil insistir en el empleo de soluciones salinas, glucosadas, transfusiones de sangre, etc., en sus propias indicaciones y dosis.

Ya en la mesa de operaciones, lo referente a temperatura, posición, vendaje, debe ser tomado en cuenta y toda movilización realizarse con suavidad.

El procedimiento anestésico no deberá iniciarse sin la presencia del cirujano o ayudantes en el quirófano para actuar de inmediato y de acuerdo con el anestesiólogo, en caso de parada circulatoria.

Se sabe que es el momento de la inducción anestésica uno de aquellos en que suelen presentarse accidentes, lo mismo que al hacer la intubación laringotraqueal.

Conviene recordar, antes de proseguir, que no debe efectuarse operación quirúrgica si no se sabe realizar resucitación cardíaca y no se cuenta con los recursos para cumplir maniobras y medicación.

Si a pesar de todo lo anterior la parada cardíaca aconteciera, lo más urgente es ratificar inmediatamente por el cirujano y por el anestesiólogo la existencia del gravísimo e inesperado accidente y actuar, sin pérdida alguna de tiempo [1 2 7 10 11 13 16 17 19 21 22 24 28 30 34 36 37 46 48].

Datos fundamentales para afirmar paro cardíaco son: ausencia de pulso, de latido cardíaco y de tensión arterial, presencia de dilatación pupilar y abolición del sangrado operatorio.

Incuestionablemente si se cuenta con monitores (aparatos para registro de funciones circulatorias, etc.), éstos son medios para apreciar el trastorno.

Lo inmediato es comprimir el tórax con las dos manos, del cirujano o del anestesiólogo, en la mitad inferior de la región esternal, colocado el paciente sobre un plano resistente en el que apoya su espalda. La compresión rítmica, sesenta o setenta por minuto, así realizada, determina a su vez compresión del corazón, que estando en diástole ocupa gran parte del espacio comprendido entre esternón y cuerpos vertebrales, y lateralmente está detenido por la parte correspondiente del pericardio, pleura y pulmones.

Este «masaje externo del corazón», que se hace a favor de compresión, aplastamiento antero posterior del tórax, es el *primer procedimiento*, y la fuerza para realizarlo debe graduarse de acuerdo con la edad, sexo y constitución de la persona que sufre la parada cardíaca.

Mientras esto se realiza casi siempre por el cirujano, el anestesiólogo atiende diligentemente la oxigenación, pues lo primordial es bombear sangre oxigenada y que ésta llegue sobre todo a los centros nerviosos que como regla no toleran anoxias de más de cuatro a cinco minutos, sin sufrir graves y aun irreparables alteraciones.

Además de asegurar ventilación pulmonar, el mismo anestesiólogo u otro de los integrantes del equipo médico vigilará la existencia de latido arterial, sobre todo carotídeo, y además lo referente a tensión arterial, que deberá recuperarse si las maniobras tienen éxito.

A pesar de que se relatan casos de recuperación cardíaca (resucitación) con una sola compresión torácica, con introducir una aguja al corazón o sin inyección de sustancia alguna, esto no deberá ser esperado, sino continuar la compresión antero-posterior del tórax y vigilar resultados [12 17 48].

El hecho de que la maniobra pueda determinar a veces fractura costal, esternal y muy raramente hematoma hepático o hemotórax, no debe frenar su realización, pues lo que se está defendiendo con ello es la vida misma [22 25].

Si con este procedimiento se obtiene resultado positivo: latido carotídeo, etc., se debe continuar hasta la recuperación del mecanismo autónomo cardíaco.

Pero si después de uno o dos minutos de efectuar la maniobra con tórax cerrado, no se obtienen manifestaciones circulatorias evidentes, debe procederse a la abertura del tórax haciendo incisión horizontal en el cuarto espacio intercostal izquierdo, del borde del esternón, a la línea axilar anterior, con sección de los cartílagos costales o de las costillas y en seguida «masaje interno», lo que es afirmar compresión cardíaca intratorácica, extrapericárdica, y en caso de no observar a muy breve plazo sistoles cardíacas, abrir el pericardio y hacer la compresión directa del corazón con una o dos manos, de acuerdo con el tamaño del corazón y de la mano del cirujano.

Asepsia, hemostasis y colocación del separador costal son procederes útiles, buenos, pero no necesarios, pues lo extraordinariamente urgente es la compresión rítmica —sesenta veces por minuto— del corazón. Esta compresión debe ser cuidadosa, sin encajar pulgar u otros dedos, lo que es inadecuado y trae casi siempre lesión de la víscera.

Si a pesar del masaje interno, intrapericárdico, se observa persistencia de la flaccidez muscular cardíaca, podrá utilizarse inyección intraventricular de solución al 10 por ciento de cloruro de calcio o de gluconato de calcio, a la dosis de 5 a 10 ml. (cm.^{3}) [4 12 36 38 48]; esta inyección debe hacerse mezclando la sustancia con sangre aspirada. Igualmente y en ausencia de fibrilación ventricular podrá usarse adrenalina (epinefrina) 1 a 2 ml. (cm.^{3}) de solución al 1 por diez mil, intraventricular, aunque a este último procedimiento se le acusa de poder determinar a veces aparición de fibrilación ventricular. Se han recomendado otras drogas de acción parecida, como el cloruro de isoproterenol (isuprel), con menor tendencia a causar fibrilación.

En caso de presentarse fibrilación manifestada por movimiento vermicular, tremulante, como masa de gusanos [9 22 43], se preconiza la inyección de procaína, 5 a 10 ml. (cm.^{3}) al 2 por cien. Además la inyección de cloruro de potasio, 5 a 10 ml. (cm.^{3}) de solución que contiene en 20 ml. (cm.^{3}) 20 mEq (miliequivalentes), lo que es igual a 1'49 gr. Este proceder tiene el inconveniente de poder producir paro, que sería combatido por el masaje (compresión) cardíaco. Si se cuenta con desfibrilador eléctrico, su aplicación se realizará de acuerdo con el instructivo de cada aparato, siendo lo habitual que una vez colocados los dos electrodos, uno en cada pared del corazón, se realice el paso de la corriente en fracción de segundo; lo más recomendado es la corriente de 110 a 220 voltios [6 9 11 24 33 38 44], pero algunos anotan hasta 440 voltios [3].

La frecuencia con que se presenta fibrilación en caso de paro cardíaco es diversamente valorada por los autores, siendo para varios del tercio de los casos y para otros más elevada o más baja [16 22 25 26 32].

Cuando se cuente, como debe contar todo quirófano para cirugía media o mayor, con equipo eléctrico completo (de exploración, de tratamiento) se realizarán estudios electrocardiográficos, la desfibrilación en caso requerido y además se podrá usar el excitador cardíaco, cardio-regulador (marcapaso), si después de varios minutos no se logra reanudación normal de la contracción cardíaca [11 42 43].

En *síntesis*, la conducta en presencia de paro cardíaco es masaje (compresión) rítmico del corazón, primeramente *externo*, sin abertura del tórax, y luego, si no se obtiene éxito, *interno*, abriendo el tórax y haciendo masaje extrapericárdico, y en caso de no apreciarse respuesta, abrir el pericardio y realizar el masaje directo del corazón.

Al mismo tiempo debe hacerse oxigenación pulmonar con vía libre, con sonda endotraqueal de preferencia, o por medio de la mascarilla y aun por traqueotomía. La respiración de boca a boca sólo deberá emplearse a falta de los otros medios de ventilación respiratoria.

Los demás procedimientos anotados son sólo complementarios de la *compresión cardíaca* y de la oxigenación pulmonar, que son los básicos, los fundamentales, para la resucitación.

Como medida agregada y de acuerdo con las condiciones del paciente, se repondrá la pérdida sanguínea, sobre todo si ésta es cuantiosa (usando inclusive, a veces, la vía intra-arterial); se suministrarán soluciones glucosada, clorurada, lactato de sodio, etc. Además se aconseja si la baja tensional lo requiere, la inyección endovenosa de levarterenol, corticoesteroides, etc.

El uso de la posición de Trendelenburg, vendaje de miembros inferiores, compresión de aorta descendente, son medidas útiles para aumentar el aflujo sanguíneo cerebral [6 41].

Es inútil o de utilidad muy discutible el uso de sustancias como metrazol, niquetamida, hexetona, que son estimulantes de los centros nerviosos, y lo mismo puede decirse de la cafeína, desde el punto de vista de su acción excitadora cardíaca. Tómese en cuenta que nos estamos refiriendo fundamentalmente al paro cardíaco en sí mismo.

Los autores difieren en sus estadísticas sobre el resultado de las maniobras para tratar paros cardíacos y no debe olvidarse que muchos de estos accidentes no son dados a conocer, lo mismo en caso de fracaso que de éxito [1 5 18 22 24 25 29 39 47].

Resucitada la persona, la vigilancia posterior debe ser asidua, dada la posibilidad de nuevo paro cardíaco, y es también necesario contar con estudios electrocardiográficos para la mencionada vigilancia [23 40].

En las horas y aun días posteriores, se ha recomendado, sobre todo después de paro cardíaco de varios minutos, mantener al paciente en hipotermia (32° a 33° rectal), y además para evitar edema cerebral inyectar por vía endovenosa urea al 30 por ciento en solución de glucosa al 10 por ciento [21].

Con respecto a persistencia de maniobras, es decir, duración del trabajo que procura resucitación, a pesar de no obtener latido cardíaco, si las maniobras originan latido arterial y existe apropiada oxigenación, éstas deben proseguir a pesar de no obtenerse la vuelta de la contracción propia del corazón y no deberán suspenderse sino complementarse, en caso necesario, con los demás procedimientos que procuran la reanudación de la sístole. El marca-paso, es decir, el excitador eléctrico cardíaco, es preconizado para esos casos de larga duración.

Si las maniobras no han producido resultado, es decir, circulación de sangre oxigenada, sobre todo a la cabeza, y el tiempo transcurrido es mayor de doce a quince minutos, es discutible la continuación de las maniobras, pues la persona ha quedado descerebrada.

El hecho fundamental, sin embargo, es que los trabajos de resucitación no deben suspenderse sino después de largo tiempo, habitualmente no menos de una hora, y que se tomarán en cuenta para suspenderlos, los datos que hagan afirmar estado de muerte real: no recuperación de los mecanismos automáticos circulatorio y respiratorio, dilatación pupilar persistente y al máximo, supresión del reflejo corneano, hundimiento del globo ocular, existencia de livideces.

Atención del paro cardíaco en el quirófano

A. *Equipo y materiales necesarios*

I. *Cuéntese con los equipos*:

1. Para oxigenación: aparato de anestesia con equipo de intubación traqueal, resucitador (ventilador pulmonar).
2. De aspiración.
3. Para venoclisis.
4. De medición de tensión arterial y fonendoscopio.
5. Desfibrilador y cardio-regulador (marca-paso).
6. Equipo estéril denominado de la «compresa roja», que contiene: bisturí, tijera, cuatro piezas de hemostasia, separador costal y las fundas de los electrodos o éstos mismos, del desfibrilador y del cardio-regulador.
7. Equipo de traqueotomía.

II. *Ténganse los siguientes materiales*:

1. Sangre.
2. Frascos de soluciones normales glucosada, clorurada, de lactato de sodio.
3. Ampolletas de solución de cloruro de calcio al 10 por ciento o de gluconato de calcio al 10 por ciento.
4. Ampolletas de solución de adrenalina al 1 por mil.
5. Ampolletas de solución de procaína al 2 por ciento.
6. Ampolletas de solución de cloruro de potasio (ampolletas con 20 mEq).
7. Ampolleta de solución de atropina.
8. Drogas hipertensoras: bitartrato de levarterenol, corticoides (succinato sódico de hidrocortisona, succinato sódico de prednisolona, fosfato sódico de dexametasona).

B. *Medidas preventivas*

I. Evítense las posiciones forzadas, las compresiones sobre caja torácica y los cambios bruscos de posición.

II. Manténgase oxigenación adecuada en todo momento, evitando tubos muy largos de conducción de los gases (espacios muertos).

III. Usese cal sodada en perfectas condiciones.

IV. Auméntese la vigilancia de las condiciones respiratorias y circulatorias:

1. Durante la inducción.
2. En la intubación.
3. Durante aspiración de secreciones de líquido o sólido de vómito.
4. En los cambios de posición.
5. En las maniobras operatorias intensas.
6. En relación con grandes sangrados.
7. En anestesias muy profundas o muy prolongadas.
8. Al desentubar.
9. Al pasar al enfermo de la mesa de operaciones a la camilla, a la cama.

C. *Diagnóstico*

Cirujano

1. Ausencia de latido en los grandes vasos a su alcance.
2. Supresión del sangrado operatorio.

Anestesiólogo

1. Ausencia de ruidos cardíacos.
2. Ausencia de pulso.
3. Ausencia de tensión arterial.

No esperar confirmación electrocardiográfica ni de ninguna otra especie.

D. *Lo que no debe hacerse.*

1. Perder tiempo en consultas a otros.
2. Punción al corazón.
3. Hacer sólo maniobras de respiración artificial.
4. Inyectar cafeína, metrazol, etc.

E. *Lo que debe hacerse*

Efectuar el diagnóstico cierto del paro cardíaco y actuar de inmediato.

Compresión fuerte (con ambas manos) de la mitad inferior de la región esternal contra plano resistente sobre el cual esté colocada la espalda del enfermo; sesenta compresiones por minuto. La maniobra dura uno o dos minutos, y en caso de no obtenerse resucitación se pasará al *masaje cardíaco interno.*

F. *Pasos sucesivos*

Cirujano:

1. Abrir el tórax (lado izquierdo) entre cuarto y quinto espacio intercostal, del borde esternal a la línea axilar anterior. No es indispensable asepsia de piel y uso de guantes estériles. El bisturí es el único instrumento necesario. Lo mejor es tener el equipo de la «compresa roja».

2. Realizar de inmediato masaje (expresión cardíaca) con frecuencia de sesenta por minuto, por fuera del pericardio.

3. Colóquese el separador costal existente en el equipo denominado «compresa roja» sin dejar de realizar el masaje.

4. En caso de no obtener latido cardíaco, ábrase el pericardio y dése masaje directo al corazón, utilizando una o las dos manos; hacerlo en forma no brusca y sin encajar el dedo pulgar.

5. En caso de atonía cardíaca (corazón fláccido), inyéctese intraventricularmente 5 a 10 ml. (cm.^{3}) de solución de cloruro de calcio al 10 por ciento o de gluconato de calcio al 10 por ciento. Si no hay respuesta, inyéctese 1 ó 2 ml. (cm.^{3}) de solución de adrenalina al 1 por diez mil (disolver en 10 ml. de suero fisiológico una ampolleta de 1 ml. de solución de adrenalina al 1 por mil).

6. En caso de fibrilación ventricular, apreciada por ausencia de contracción y presencia de movimientos ondulares (sensación de movimiento vermiforme), continuar el masaje cardíaco y realizar desfibrilación colocando los electrodos forrados del desfibrilador (en caso posible, con sus fundas asépticas) en partes opuestas del corazón. Princípiese por el mínimo de duración y por el mínimo de voltaje, y, en caso de no obtener respuesta, auméntese primeramente el voltaje y posteriormente la duración.

7. En caso de no contar con desfibrilador inyéctese intraventricularmente 5 a 10 ml. (cm.^{3}) de solución de clorhidrato de procaína al 2 por ciento ó 5 a 10 ml. de solución de cloruro de potasio (agregar a una ampolleta de 10 ml. con 20 mEq de KCI, 20 ml. de suero glucosado al 5 por ciento).

8. Si no hay contracción espontánea después de veinte minutos de masaje y maniobras y no hay fibrilación, se ha recomendado el uso del cardio-regulador de acuerdo con el ritmo cardíaco anterior del paciente.

9. En caso posible comprímase aorta descendente torácica o abdominal en bien del aflujo sanguíneo al cerebro.

Anestesiólogo:

1. Oxigenación al 100 por ciento y suspensión de todo agente anestésico.
2. En caso de no existir intubación laringo-traqueal, procúrese hacerla con la mayor rapidez posible.
3. Palpación constante de las carótidas para comprobar si hay latido que señale efectividad del masaje cardíaco.
4. Posición en ligero Trendelenburg, evitando cualquier posición que dificulte la realización de las maniobras de reanimación.
5. Aplíquese vendaje compresivo a extremidades inferiores.
6. Cuéntese el tiempo transcurrido a partir de la iniciación del paro.
7. Aplíquese sangre o suero glucosado o clorurado, fisiológicos.

Recomendaciones

La Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, después de cuidadosos exámenes del problema del *Paro Cardíaco en el Quirófano,* hace presentes los siguientes conceptos y recomendaciones:

I. El paro cardíaco durante el acto operatorio es poco frecuente, pero es indispensable estar preparado para atenderlo inmediatamente.

II. La responsabilidad del diagnóstico es del anestesiólogo, y la confirmación, del cirujano.

III. La cianosis, el oscurecimiento de la sangre, la hipotensión arterial severa y los cambios de frecuencia y ritmo cardíaco, principalmente bradicardia, son datos que hacen pensar en la inminencia del paro y deben ser tratados prontamente; es de recordarse que existen paros cardíacos sin estas alteraciones premonitorias.

IV. El anestesiólogo hace el diagnóstico por la ausencia del pulso arterial, de latidos cardíacos, de tensión arterial y la muy frecuente presencia de dilatación pupilar.

V. El cirujano lo confirma por la ausencia de latidos en los grandes vasos a su alcance y la supresión del sangrado operatorio.

VI. No esperar confirmación electrocardiográfica ni de ninguna otra especie. No perder tiempo en consultar a otros. No hacer punción del corazón.

VII. Efectuar el diagnóstico cierto de paro cardíaco e iniciar de inmediato el tratamiento. Para obtener recuperación apropiada, el paro circulatorio no debe durar más de cuatro minutos.

VIII. El anestesiólogo debe suspender todo agente anestésico y mantener la vía aérea libre, de preferencia con enfermo intubado, para suministrar oxígeno puro. Además, anotará el tiempo transcurrido a partir de la iniciación del paro.

IX. El cirujano, establecido el diagnóstico de paro cardíaco, realizará masaje externo, comprimiendo con ambas manos la mitad inferior de la región esternal, con el paciente en decúbito supino sobre un plano resistente, haciendo aproximadamente sesenta compresiones por minuto, apreciándose el resultado positivo por el latido carotídeo.

X. Asegurada la ventilación pulmonar y con resultado negativo del masaje externo, después de uno o dos minutos de maniobras debe realizarse abertura del tórax y compresión rítmica del corazón (masaje cardíaco interno). Abrase el tórax en el cuarto o quinto espacio intercostal; sección̈ense cartílagos costales. No es indispensable asepsia de la piel ni uso de guantes estériles. El bisturí es lo único estrictamente necesario. Si se cuenta con el «equipo de compresa roja», utilícese inmediatamente.

XI. Lo fundamental en el paro cardíaco es el masaje cardíaco, que puede ser extrapericárdico o intrapericárdico. Realícese con una o dos manos, con ritmo aproximado de sesenta por minuto, sin encajar los dedos, hasta que reaparezcan contracciones cardíacas efectivas.

XII. El anestesiólogo medirá la tensión arterial y palpará carótidas para comprobar latido arterial que indique efectividad del masaje cardíaco.

XIII. Como procedimientos complementarios al masaje cardíaco, se cuenta con la inyección intraventricular de 5 a 10 ml. (cm^3) de solución de cloruro de calcio al 10 por ciento. Si no se obtiene resultado satisfactorio, puede inyectarse intraventricularmente 1 a 2 ml. (cm^3) de solución de adrenalina al 1 por diez mil (1 ml. de solución de adrenalina al 1 por mil, en 10 ml. de suero fisiológico), siempre que no exista fibrilación ventricular.

XIV. En caso de fibrilación ventricular (movimientos ondulantes, anárquicos, inútiles) deberá usarse el desfibrilador; si no se cuenta con él, podrá inyectarse intraventricularmente 5 a 10 ml. de solución de procaína al 2 por ciento, ó 5 a 10 ml. de solución de cloruro de potasio. (Agregar a una ampolleta de 10 ml. de KCl con 1'49 g., 20 mEq. 20 ml. de suero glucosado o fisiológico.)

XV. En ausencia de contracción cardíaca espontánea, después de realizarse el masaje cardíaco, podrá usarse el marca-paso (cardio-regulador) a frecuencia de sesenta excitaciones por minuto, si la contracción que se produce es eficaz.

XVI. Es de recomendarse la posición de Trendelenburg a 15° y la compresión de la aorta torácica o abdominal, para procurar mayor aflujo sanguíneo al sistema nervioso central.

XVII. Las maniobras de resucitación (sea por masaje cardíaco externo o el interno) terminarán, no importa el tiempo transcurrido, cuando se afirme recuperación completa de la contracción cardíaca o se haga el diagnóstico de muerte real.

RESUMEN

Se analiza el concepto de paro cardíaco y se estudian las causas que pueden motivar este grave accidente, siempre emocionante y temible, en el curso de las intervenciones quirúrgicas. y se recuerdan las normas preventivas, diagnósticas y de asistencia inmediata, que hoy día permiten, con su sistemática, volver a la vida a muchos paciente cuyas existencias se hubieran perdido en otro tiempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta Ysais, J., y Acosta Ysais, P.—«Actualización sobre el paro cardíaco en la sala de operaciones.» *Revista de Cirugía*, t. XV, II época, núm. 97, págs. 124 a 129, abril 1962. Méjico, D. F.
2. Alvarez Silva, F.—«Paro cardíaco. Diagnóstico oportuno.» *Asambleas*, t. III, núm. 5, págs. 151 a 152, septiembre-octubre de 1961. Méjico, D. F.
3. Artusio, J. F., y Mazzia, V. D. B.—«Practical anesthesiology», págs. 280 a 284. The C. V. Mosby Co., S. Luis, Mis., U. S. A.
4. Benavides, P.—«Paro cardíaco en cirugía de tórax». *Asambleas*, t. III, núm. 5, páginas 142 y 143, septiembre-octubre de 1961. Méjico. D. F.

5. Brofman, B. L., y Pérez Alvarez, J. J.—«Successful treatment of cardiac arrest. Mitral valvulotomy as the first step in resuscitation of the heart». *A. M. A. Archives of Surgery*, vol. 69, núm. 1, págs. 12 a 17, julio 1954. Chicago, Ill., U. S. A.
6. Bujosa, C. M.—«Paro cardíaco. Tratamiento quirúrgico con éxito». *Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana*. t. LI. núm. 1-6, págs. 15 a 24, enero-diciembre de 1958. La Habana, Cuba.
7. Cárdenas Varela, S.—«Resucitación cardíaca en anestesia». *Revista de Cirugía*, t. XV. III época, núm. 94, págs. 19 a 21, enero 1962. Méjico, D. F.
8. Cardoso de Castro, J.; Santos, P. S.; Brauniger, J. G.; Murgel, L.; Medina, A. L.; Gonçalves, B.; Monteiro Gonçalves, G., y Rodrigues, H.—«Rutina de tratamiento da parada cardíaca em cirurgia». *Revista Médica Municipal*. vol. 26, núm. 3, págs. 191 a 200, julio-septiembre 1959. Río de Janeiro, Brasil.
9. Carnicero Peña, A.—«Estado actual del tratamiento del paro cardíaco y de la fibrilación ventricular. *Medicamenta*, año XVI, núm. 333, págs. 346 a 349, 13 diciembre de 1958. Madrid. España.
10. Carnicero Peña, A.—«Amenaza de paro cardíaco». *Medicamenta*, año XVII, núm. 336, págs. 123 y 124, 14 febrero 1959. Madrid, España.
11. Carnicero Peña, A.—«Misión y funcionamiento de un servicio de reactivación eléctrica del corazón». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXIX, núm 12, págs. 368 a 372, diciembre 1961. Méjico, D. F.
12. Castro Villagrana, B.; Palma, S. Carmona, J. M., y Márquez, L. A.—«Tratamiento del paro cardíaco por masaje externo». *Revista Médica del Hospital General*, volumen XXV, núm. 5, págs. 177 a 183, mayo de 1962. Méjico, D. F.
13. Cavanagh, D.; De Cenzo, J. A., y Ferguson, J. H.—«Cardiac arrest and the obstetrician-gynecologist». *Obstetrics and Gynecology*, vol. 22, núm. 1, págs. 56 a 67, julio 1963. New York, U. S. A.
14. Contreras, D.—«Paro cardíaco. Historia. Nomenclatura. Causas generales (siglo XVI)». *Asambleas*, t. III, núm. 5, págs. 133 a 138, septiembre-octubre 1961. Méjico, D. F.
15. Esperanza García, C.—«Paro cardíaco inducido por una solución libre de electrólitos en perfusión coronaria», *Asambleas*, t. IV, núms. 5 y 6, págs. 133 a 141, diciembre 1962. Méjico, D. F.
16. Fell, E. F.; Peterson, L. F., y Chun, N.—«Cardiac arrest». *Archives of Surgery*, vol. 67, núm. 3, págs. 312 a 316, septiembre 1953. Chicago, Ill., U. S. A.
17. Fernández Cano, O.—«Paro cardíaco en el curso de las intervenciones quirúrgicas». *Archivos del Hospital Universitario*, vol. XI, núm. 6, págs. 402 a 408, noviembre-diciembre 1959. La Habana, Cuba.
18. Fleming, W. B.; Hueston, J. T., y Stubbe, J. L.—«Two episodes of carciac arrest in one week. Full recovery after cardiac masage». *British Medical Journal*, págs. 157 a 160, 16 enero 1960. Londres, Inglaterra.
19. Frank, H. A.—«Tratamiento del paro cardíaco». Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. «Complicaciones quirúrgicas y su tratamiento». Traducción. Págs. 703 a 714. Junio de 1963. Editorial Interamericana, S. A. Méjico, D. F.
20. Greenberg, H. B., y Roberts. W. E.—«Detención cardíaca en niños anestesiados». *América Clínica*, vol. XLII, núm. 2, págs. 98 a 102, febrero 1963. New York, U. S. A.
21. Holcwade, G. R.—«Tratamiento del paro cardíaco». Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. «Sistema circulatorio en cirugía». Traducción. Págs. 315 a 321, abril de 1961. Editorial Interamericana, S. A. Méjico, D. F.
22. Hosler, R. M.—«A manual on cardiac resuscitation». Charles C. Thomas. editor, 1954. Springfield, Ill., U. S. A.
23. Hulsz Suárez, E.—«Comentario al trabajo *Un paro cardíaco con descerebración y sobrevida prolongada*». *Revista Mexicana de Anestesiología*, t. X, núm. 52, págs 23 y 24, enero-febrero de 1961. Méjico, D. F.
24. Hurst, J. W.—«Cardiac resuscitation». Charles C. Thomas. editor, 1960. Springfield, Ill., U. S. A.
25. Jude, J. R.; Kouwenhoven, W. M., y Knickerbocker, G. G.—«Cardiac arrest». *Journal American Medical Ass.*. vol. 178, núm. 11, págs. 1.063 a 1.070, 16 de diciembre de 1961. Chicago, Ill., U. S. A.
26. Keating, V.—«Anaesthetic accidents. The complications of general and regional anaesthesia», págs. 37 a 60. The Year Book Publishers Inc., 1961. Chicago, Ill.. U. S. A.
27. Maldonado, F.; Hervella, L.; Gómez Lepe, A., y Mercado. E.—«Paro cardíaco transitorio y regulado a voluntad». *Revista Médica del Hospital Español*, vol. XI, números 1, 2, 3 y 4; págs. 25 a 40, enero-diciembre 1961. Méjico. D. F.

28 MAQUIVAR, A. M.—«Papel del médico anestesiólogo en la prevención, diagnóstico y tratamiento del paro cardíaco operatorio». Emergencias médico-quirúrgicas. Academia Nacional de Medicina. *Memoria de las VIII Jornadas Médicas Nacionales*, del 18 al 23 de febrero de 1963. Págs. 117 a 119. Méjico, D. F.

29. MARTÍNEZ, H.—«Paro cardíaco. Secuelas neurológicas». *Asambleas*, t. III, núm. 5, págs. 149 a 151, septiembre-octubre 1961. Méjico, D. F.

30. MATA, G. F.—«Breves consideraciones sobre el paro cardíaco». *Boletín del Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz*, t. XII, año XX, núm. 35, segunda época, págs. 165 a 168, octubre, noviembre y diciembre de 1959. Méjico, D. F.

31. MERAZ ESPINOSA, A.—«El paro cardíaco operatorio y su tratamiento. Concepto actual». *Acta Médica Hidalguense*, año XIII, vol. XV, núm. 74, págs. 122 a 150. julio-agosto de 1960. Pachuca, Hgo., Méjico.

32. MONROY, J. R.—«Aspectos médicos del paro cardíaco». Emergencias médico-quirúrgicas. Academia Nacional de Medicina. *Memoria de las VIII Jornadas Médicas Nacionales*, del 18 al 23 de febrero de 1963. Págs. 106 a 117. Méjico, D. F.

33. MORALES ROCHA, J.; GANIER DOYEUX, M., y ZUBILLAGA, R.—«Paralización cardíaca. Desfibrilación ventricular». *Revista de la Policlínica Caracas*, vol. XXII, núm. 129, págs. 93 a 106, abril-junio. Caracas, Venezuela.

34. OLLERVIDES, D.; TORRES, O. A.; RODRÍGUEZ, L. R.; ESTRAQA, M. A.; GARCÍA. S., y GIL ZAYAS, R.—«Paro cardíaco. Resucitación cardíaca con tórax abierto y cerrado». *El Médico*, año 12, núm. 5, págs. 55 a 60, agosto 1962. Méjico, D. F.

35. FALMA GARCÍA, S., y COELLO, R.—«Prevención del paro cardíaco». *Revista Médica del Hispital General*, vol. XXIV, núms. 5 y 6, págs 279 a 296, mayo y junio de 1961. Méjico, D. F.

36. PEGO BUSTOS, A.—«Parada cardíaca». *Cirugía, Ginecología y Urología*, vol. X, número 4. págs. 266 a 270, julio-agosto 1956. Madrid, España.

37. PÉREZ ALVAREZ, J. J.—«Paro cardíaco. Prevención y tratamiento». *Asambleas*, t. III, núm. 5, págs. 144 a 149, septiembre-octubre de 1961. Méjico, D. F.

38. PLIEGO, J.—«Tratamiento del paro cardíaco». Emergencias médico-quirúrgicas. Academia Nacional de Medicina. *Memoria de las VIII Jornadas Médicas Nacionales*, del 18 al 23 de febrero de 1963. Págs. 120 a 125. Méjico, D. F.

39. PORTAL, R. W.; DAVIES, J. G.; ROBINSON, B. F., y LEATHAM, A. G.—«Notes on cardiac resuscitation, including external cardiac massage». *British Medical Journal*, núm 5.331, págs. 636 a 641, 9 marzo 1963. Londres. Inglaterra.

40. REYES RETANA, H.—«Un caso de paro cardíaco con descerebración y sobrevida prolongada». *Revista Mexicana de Anestesiología*, t. X, núm. 52, págs. 19 a 22. enero-febrero 1961. Méjico, D. F.

41. ROBLES, C.—«Prevención y tratamiento del paro cardíaco. Introducción al tema y patología». Emergencias médico-quirúrgicas. Academia Nacional de Medicina. *Memoria de las VIII Jornadas Médicas Nacionales*, del 18 al 23 de febrero de 1963. Págs. 103 a 106. Méjico. D. F.

42. SOL, C. J.—«Paro cardíaco». Aspectos médicos». *Asambleas*, t. III, núm. 5, págs. 152 a 154, septiembre-octubre de 1961. Méjico, D. F.

43. STEPHENSON, Jr., H. E.—«Cardiac arrest and resuscitation». The C. V. Mosby Co.. 1958. S. Luis, Mis., U. S. A.

44. SUÁREZ Y MUÑOZ LEDO, A.—«Paro cardíaco». *Boletín del Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz*, t. XII, año XX, núm. 35, segunda época, págs. 155 a 164, octubre, noviembre y diciembre de 1959. Méjico, D. F.

45. TU WU-HAO. y CROCKETT, J. E.—«Treatment of cardiac arrest due to acute potassium intoxication». *Journal American Medical Ass.*, vol. 165, núm. 15. págs. 1.953 a 1.955, 14 diciembre 1957. Chicago, Ill., U. S. A.

46. VERGARA SOTO, M.—«Paro cardíaco en cirugía general». *Asambleas*, t. III, núm. 5, págs. 139 a 142, septiembre-octubre de 1961. Méjico.

47. WALTON, R. S.—«Successful cardiac massage for cardiac arrest following coronary thrombosis». *British Medical Journal*, págs. 155 a 157, 16 enero 1960. Londres. Inglaterra.

48. WIEMERS, K., y KERN, E.—«Las complicaciones precoces postoperatorias». Traducción. Págs. 68 a 71. Editorial Alhambra, S. A., 1959. Madrid, España.

Dirección: Marsella, 11. Méjico, D. F.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LUMBARTROSIS CON CIÁTICA IRRITATIVA

POR EL

DR. MAURICIO RIOSALIDO

CIRUJANO ORTOPÉDICO

MADRID

MUCHAS veces nos hemos encontrado desarmados ante la contumacia de los fenómenos dolorosos rebeldes, en un paciente con ciática irritativa y nos hemos preguntado qué podríamos hacer para aliviar al enfermo de su ciática y poder realizar nuestra misión de curar a ese doliente.

Y cuando ya hemos agotado todos los medios conservadores que están a nuestro alcance, y cuando ya el enfermo ha recorrido un largo calvario de médico en médico o de servicio en servicio, buscando un alivio a su ciática que no mejora con nada, nos hemos preguntado si no sería, como en muchos casos, la cirugía la que tendría que venir a poner fin a aquel estado de cosas.

Si a un paciente así, perdida su moral, se le indica de pronto como solución una intervención quirúrgica, su cara de asombro es infinita, duda de nosotros igual que ya le ha hecho dudar de los demás el no curarse, aunque haya recorrido infinidad de consultorios, y entonces es menester una persuasión y una fe tan absoluta, unida al convencimiento, por parte del cirujano, de que aquel estado de cosas va, por fin, a cambiar.

Si no hubiera sido por la fe de los primeros no podría nunca llegarse a la consecución de resultados y tampoco a la seguridad de las intervenciones que en este artículo vamos a reseñar.

Vamos a recordar brevemente algunos conceptos que todos seguramente conocen, pero que ayudarán a comprender mejor el porqué el tratamiento quirúrgico de las lumbartrosis, sean del origen que sean, con fenómenos de compresión o de irritación de la raíz, puede ser eficaz y sobre todo puede ser radical y hacer desaparecer los fenómenos dolorosos para siempre, evitando esas crisis más o menos frecuentes que, a pesar del éxito de los tratamientos conservadores, se presentan más pronto o más tarde en casi todos los pacientes.

Las afecciones degenerativas del raquis lumbar pueden tener su origen en las articulaciones posteriores, las intervertebrales, o bien comenzar por lesiones del propio disco intervertebral, las llamadas discartrosis.

Y todas ellas influir en el comportamiento de los músculos, ligamentos y nervios, que dando lugar a una sintomatología muy compleja hacen difícil, no el

diagnóstico, sino el origen, la evolución y, por tanto, el tratamiento de estas lesiones.

A nadie es necesario encarecer la importancia de los discos en la mecánica del espinazo, y menos aún en el tramo lumbar donde se asienta, no la base de sustentación de la columna, que esto es muy discutible, sino el centro de la movilidad amortiguadora de las cargas y de las presiones de todo el raquis suprayacente.

El cartílago hialino y el substrato de los meniscos tiene muy poco riego sanguíneo, está dotado de escaso poder regenerador y, por tanto, expuesto a una degeneración precoz en las personas de edad media. Está, pues, justificado que cuando la estática o dinámica lumbar esté modificada, las pequeñas articulaciones sufrirán cargas de apoyo alterado y anormales, habrá una artropatía mecánico-funcional y el disco que comienza a degenerar no ejercerá ya su función amortiguadora, las presiones entre los cuerpos vertebrales se harán más intensas y más directa y comenzarán a aparecer las exostosis marginales en las caras anterior y laterales de las vértebras.

Por eso puede ocurrir que existan ya signos radiográficos en pacientes aparentemente sanos, sin lumbalgia, casi siempre cargadores y trabajadores rudos, que no tuvieron dolor, que no acudieron al médico y que cuando por otra causa cualquiera son radiografiados de su tramo lumbar observamos ya los trastornos degenerativos del raquis.

Pero en las lumbartrosis puras falta el álgico toxiinfeccioso, carecen por completo de sintomatología en sangre y son fácilmente diferenciables de las espondilastritis inflamatorias.

Veamos ahora lo que ocurre en los procesos discartrósicos.

Los mecanismos de resistencia a la carga se centran en el núcleo pulposo del disco intervertebral, higroscópico, flúido, como una almohadilla de agua, que es imprescindible, pero que cambia enormemente de forma, aplastándose y desparramándose y siendo limitada esta movilidad por el anillo fibroso que lo rodea.

Ahí está precisamente el antagonismo entre el núcleo, que por su expansión tiende a separar los cuerpos vertebrales, y el anillo, que por su rigidez tiende a juntarlos. Y es esta precisamente la misión amortiguante a las cargas y a las presiones tan tremendas que soportan los elementos vertebrales y a las cargas y a las presiones que con mayor motivo soporta el tramo lumbar.

Mientras el disco está intacto, y no ha degenerado, el exceso de presiones, la estática alterada o la hipermovilidad brusca de la columna lumbar pueden dar lugar a una hernia discal pura, con una sintomatología demasiado conocida para que la repitamos aquí.

Los pequeños traumas repetidos que se producen a nivel del anillo discal pueden dar lugar a la irritación del hueso subyacente. Incluso el anillo resiste, pero a la larga aparecerán exostosis marginales que pueden hacer pensar en una lumbartrosis establecida, cuando en realidad esos signos no son más que el reflejo de irritaciones a nivel del propio anillo fibroso discal. Son las espondilosis traumáticas de origen discal, sin discartrosis, consecuencia no de un solo trauma, sino de pequeños traumas repetidos.

Puede ser indudable que estos pequeños traumas repetidos aceleren el proceso de degeneración del propio disco, y ello se traduce por fisuras del revestimiento cartilaginoso de los cuerpos vertebrales seguidas de irregularidades de los cuerpos, las hernias intraesponjosas. También esos pequeños traumas así repetidos y continuados pueden dar lugar a esas exostosis finas, expresión radiográfica

del sufrimiento por parte del disco, que no producen sintomatología clínica y que son casi siempre el resultado de un hallazgo radiográfico casual.

Pero si el disco, por las razones que sea: presiones, cargas exageradas, estática alterada, traumatismos repetidos, una anomalía vertebral, etc., comienza más pronto su degeneración, se hace más rígido, pierde su movilidad primero, su característica higroscópica desaparece, amarillea, se estrecha y se calcifica.

¿Qué sucede entonces? Pierde su poder amortiguador, las cuerpos vertebrales más juntos comienzan un roce entre sí y sufren los golpeteos directamente sin la protección de la almohadilla discal. Todo el tramo lumbar se hace doloroso. Hay una contractura de defensa de los músculos de canales vertebrales y de cuadrado lumbar que tratan de fijar el tramo raquídeo. Poco a poco las pequeñas articulaciones aproximan también sus carillas y comienza el proceso degenerador del cartílago tal y como se ve en las grandes articulaciones. La cortical de los cuerpos vertebrales se estimula y aparecen las exostosis marginales en los puntos de máxima carga. Sólo mucho más adelante la aparente soldadura vertebral obliga a la calcificación de los ligamentos intervertebrales y a la aparición de los puentes óseos de unión entre los cuerpos vertebrales.

En ese momento ha pasado ya la discartrosis de comienzo a convertirse en una verdadera lumbartrosis con lesiones entremezcladas: discales, óseas, ligamentarias, músculo-tendinosas.

Pero la movilidad lumbar aparentemente anulada se conserva a pesar de todo, pues calmando la algia, la contractura cede y comprobamos que existe una muy aceptable movilidad del raquis lumbar.

Es lo contrario de lo que sucede en las espondilartritis anquilosantes de marcha ascendente, o en la artropatía ocronótica lumbar, consecutiva a una enfermedad general, la alcaptonuria, caracterizada por la eliminación por la orina de un ácido derivado de la tirosina, el homogentisínico. En estas dos afecciones, y más aún en la ocronótica, asistimos a la anquilosis, sin gran dolor en un tiempo breve, y todo el tramo lumbar se convierte en una masa rígida, en un bloque compacto, visible en la radiografía y contrastando la calcificación discal con la ósteoporosis de los cuerpos vertebrales.

He aquí, resumido en unos pocos párrafos todo el proceso discal óseo de la degeneración lumbar.

Los pacientes acuden a nosotros por su algia lumbar en primer término. Hay un dolor lumbar, una ciática, un dolor «de riñones». Es este un dolor muy diferente del producido por las hernias discales lumbares puras, tan agudo y tan espectacular, esa sensación de puñalada brusca en la espalda baja, en el punto de la protusión discal. No es así el dolor de la lumbartrosis, sea ésta del origen que sea. Este es un dolor sordo que se arrastra durante años, con días buenos y malos; con temporadas de una total salud y épocas de una total incapacidad, por su ciática, para moverse y manejarse.

Los dolores primitivos son los propios de la afección, pero en seguida se asocian a ellos los de las irritaciones articulares, musculares y nerviosas. El paciente se contractura. Está envarado de su tramo lumbar. En los momentos agudos apenas puede moverse y cualquier movimiento le produce dolor. El reposo lo calma, pero al movilizarse de nuevo los dolores se exacerban. Al levantarse de la cama por la mañana, el movilizar su raquis lumbar es muy difícil y doloroso; asimismo si permanecen mucho tiempo sentados, sobre todo en butacas bajas y cómodas. El raquis lumbar pierde su lordosis fisiológica, es más recto, más erguido y aparentemente parece estar tan rígido que no deba poderse explorar. Pero calmando

el algia y la contractura músculotendinosa, comprobamos, como antes mencionábamos, que no existe en realidad tal rigidez del tramo vertebral.

Los puntos dolorosos de presión correspondientes a las zonas irritadas pertenecen a las transversas de cuarta y quinta vértebras lumbares por la propia irritación de la raíz respectiva. Los trastornos motores, si los hay, no corresponden casi nunca con los hallazgos radiográficos, como casi nunca corresponden con la sintomatología clínica del paciente, los osteofitos, las deformaciones en diábolo, la vértebra de pez, incluso las propias planificaciones interapofisarias, signo evidente del roce entre sí al ocurrir la aproximación vertebral.

Pero vayamos aún más allá. Ya tenemos a nuestro enfermo con su cuadro de algia, con su ciática irritativa, con sus signos radiográficos de la artrosis lumbar.

Debemos ser muy cuidadosos en la observación de las radiografías. Apoyémonos siempre en la clínica para diagnosticar, incluso sin ayuda de la radiografía. Lo que hará la radiografía es venir en nuestra ayuda después, para marcarnos el origen, la causa de la artropatía y, por ende, su posible solución.

¿Pueden todas las anomalías que se encuentran frecuentemente en pacientes lumbartrósicos con ciática irritativa, tales como sacralizaciones o lumbalizaciones, espinas bífidas, espóndilolistesis, apófisis transversas en ala de mariposa, escoliosis antiguas con torsión vertebral, etc., ser causa de la discopatía, de la discartrosis primero y de la espóndilartrosis con irritación de la raíz nerviosa después? Pues, sí, pueden serlo.

Si existe una sacralización de quinta, el disco entre ésta y el sacro, en el niño, es prácticamente decimilimétrico, apenas posee núcleo pulposo y rápidamente se hace rígido, degenera en edad muy temprana y cuando llega a nosotros ese niño, convertido en adulto ya, hubo la discartrosis y ese disco no es más que un recuerdo que ha desaparecido de nuestra vista. Pero la quinta lumbar se ha hundido más en pelvis, sus apófisis transversas se han ensanchado, rozan con ilíaco y redúcese en grado extremo la salida de la raíz nerviosa por el agujero de conjunción.

Como inmediata consecuencia: dolor lumbar bajo (el «low back pain» de los anglosajones), escoliosis de defensa en los músculos lumbares, una irritación del tronco ciático a la salida, que no se extiende al territorio anatómico del nervio, cuya exploración en los puntos clave, isquión, pliegue glúteo, cabeza y maléolo peroneo, es siempre completamente negativa, lo que la diferencia de la ciática neurítica pura.

Si la anomalía vertebral se reduce a una hemisacralización o a una pseudosacralización, la quinta lumbar no se altera, pero lo hacen por cargas oblicuas la cuarta, la tercera y a veces hasta la segunda lumbares. Es entonces cuando los signos radiográficos de la artrosis lumbar son más intensos, y es lógico que ello suceda así, pues los discos entre estas lumbares son anchos, grandes, y si degeneran, se estrechan, todo el tramo lumbar pierde en altura, se hace más corto y más hundido en la pelvis. Ocurre entonces la aproximación de los cuerpos vertebrales y aparecen los osteofitos marginales.

En las radiografías puede ser factible la diferenciación entre el osteofito, que, como apéndice óseo neoformado, posee cortical, estructura trabecular y emerge de un punto que está siempre debajo del revestimiento cartilaginoso del cuerpo vertebral, y el sindesmofito, que no posee estructura y que, correspondiendo a una calcificación ligamentaria, se origina siempre en la inserción del ligamento intervertebral. El osteofito es característico de las espóndilartrosis degenerativas. El sindesmofito lo es de las espondilopatías inflamatorias.

Entre esos grandes cuerpos vertebrales lumbares así aproximados y con exóstosis, a la larga, al fallar la amortiguación discal, las vértebras, sin esta protección, se aplastan, y las típicas formas de diábolo aparecen.

Pero es entonces cuando las pequeñas articulaciones intervertebrales, obligadas a una aproximación de sus carillas, comienzan a sufrir también unas cargas más intensas, no sólo en cantidad, sino en dirección al hacerse más oblicuas artificialmente. Ello produce como añadido una nueva contractura de los ligamentos interespinosos y de los laterales.

La lumbalgia se acentúa entonces; pero en vez de ser localizada, es más difusa, y todo el dolor de lomos se hace clásico y típico. El paciente se sujeta con sus manos la baja espalda, y para acostarse o levantarse realiza las más difíciles posturas, que, por más que se proponga, son todas ellas dolorosas.

La lumbalización de la primera sacra no suele producir, en la mayoría de los casos, grandes procesos artrósicos o irritaciones de raíces. Solamente las unilaterales son causa de discopatías o irritaciones, que están siempre por encima del punto donde existe la anomalía, y ello a causa de la inclinación de pelvis con respecto a raquis lumbar.

La espina bífida no suele tampoco ser causa de artropatías lumbares; sí solamente de algias lumbares. Lo que es más frecuente es que llegue a nosotros un sujeto adulto con fenómenos lumbartrósicos por otras razones, y en el cual, al hacer radiografía, vemos también una espina bífida, pero que nunca produjo sintomatología alguna y que tampoco es ahora la causa de su lumbartrosis con ciática irritativa, lo que nos obligará a ser extremadamente cuidadosos en buscar el verdadero origen de sus trastornos.

Lo que sí es mucho más frecuente es la presencia, en nuestras consultas, de mujeres obesas con espóndilolistesis y con fenómenos consecutivos lumbartrósicos e irritativos de raíz de una gran intensidad. Se comprende que el basculamiento de la quinta y el sacro produzca una discartrosis, primero, y una espóndilartrosis, después, seguido a continuación de una ligamentitis posterior y de una artrosis de las pequeñas articulaciones intervertebrales. Pero como el algia es tolerable aunque precoz, y la paciente no le da gran importancia, porque se le calma acostándose de lado con las piernas en flexión, cuando acude al médico ya hay una gran cantidad de signos radiográficos evidentes de su artrosis y ya hay una ciática rebelde que ha sido generalmente tratada por muy diversos métodos y en muy diferentes clínicas. Son generalmente mujeres cuya estática y dinámica lumbar está siempre alterada desde hace mucho tiempo en todo su conjunto pelviano.

Los grados de trastorno artropático, discal y ligamentario que pueden verse en esas escoliosis que ocurrieron en el tramo lumbar en edad juvenil y que llegan a nosotros en el sujeto ya adulto con torsión vertebral y fenómenos de algias lumbares con irritación del tronco ciático, son, como se comprende, tan dispares como numerosos.

Después de haber pasado esta rápida revista a los orígenes de comienzo de las discopatías lumbares, a sus causas y a sus consecuencias en cuanto a lo procesos articulares y musculares y a las irritaciones de los troncos nerviosos, tenemos ya una base amplia para poder comprender la pauta lógica del tratamiento a seguir, según los casos, y ver el modo de aliviar, primero, y de curar, después, a estos sufridos pacientes.

¿Cuáles deben ser las premisas de este tratamiento? Calmar, primero, el dolor, la algia lumbar, sea cual sea su origen. Detener la marcha del proceso artrósico,

en segundo término, pues si lo abandonamos a sí mismo, el proceso seguirá su rumbo sin que haya forma humana de pararlo más adelante. Y en tercer término, procurar, si ello es posible, conservar cuanto más mejor de la movilidad del tramo raquídeo lumbar. Muchas veces no son posibles todas y cada una de estas premisas. Si ello fuera así, habríamos alcanzado la meta de la perfección, y ello, entre los humanos, no es posible. Pero concediendo preferencia a alguna de ellas sobre la otra, sin por eso abandonar ninguna, sí lograremos una meta muy importante: la vuelta a la salud y a la actividad del paciente que acude a nosotros con su fe y su deseo de curarse.

Naturalmente que eliminaremos aquí el tratamiento de las algias ciáticas por hernia discal pura, sin signo alguno de discartrosis. El tratamiento de ellas se ha hecho siempre de un modo conservador mientras la protusión discal no es fija; es decir: el núcleo pulposo vuelve a su sitio. Quirúrgico, si hay fenómenos de compresión de la raíz por la que pudiéramos mal llamar estrangulación herniaria.

Se han extirpado demasiados discos intervertebrales catalogados como hernia en conducto. La realidad era que cuando operábamos no hallábamos ya tal hernia, la protusión se habían reducido, la sintomatología aguda y alarmante había pasado y el enfermo se curaba. Se hubiera curado igual si en vez de la traumatizante intervención de extirpación discal hubiésemos realizado una artrodesis intervertebral de dos cuerpos, mucho más sencilla y mucho menos peligrosa. Esta es, en realidad, la tendencia actual, en la que, pasada la moda, se vuelve a la moderación.

Habremos, pues, de considerar para el tratamiento de las lumbartrosis no solamente la sintomatología clínica, sino también los hallazgos radiográficos. Y precisamente los hallazgos radiográficos porque podemos encontrarnos ante dos casos completamente diferentes: Uno, el de la lumbartrosis típica ya establecida, pero sin aparente causa desencadenante. Otro, el de aquellos enfermos en los que claramente se ve que la causa de la discopatía, primero, y de la espondilartrosis, después, con todo su cuadro de ciáticas irritativas, sólo es una consecuencia de una alteración, de una anomalía, de un complejo mecánico-funcional, de un complejo estático-dinámico.

Si nos encontramos con un paciente con lumbartrosis establecida con toda la sintomatología clínica ya repetidas veces mencionada, con todos los signos radiográficos de la artrosis lumbar, pero que observando y estudiando minuciosamente las radiografías practicadas en diversas proyecciones, antero-posteriores, laterales y doblemente oblicuas, no encontramos ninguna causa que haya podido, aunque leve, ser el comienzo de una discopatía. Si está claro también que la degeneración discal sólo ha ocurrido por alteraciones originadas en el propio disco, sin que cargas alteradas, estática modificada, etc., hayan podido, ni aun en su origen, influir en una degeneración más precoz del substrato meniscal. Si claramente se comprende que la antigüedad de las lesiones que encontramos no es escalonada, es decir, todos los meniscos alterados lo son de una misma etapa, detalle evidente de que no estamos en presencia de un proceso de marcha continuada que ha ido alterando poco a poco, primero las vértebras y los discos bajos, luego las altas. últimamente las carillas de las pequeñas articulaciones, puede con toda seguridad considerarse a esa lumbartrosis como establecida, como enfermedad degeneradora, no como consecuencia de alteraciones, anomalías o deformidades, congénitas ni adquiridas.

El tratamiento en ese caso debe ser exclusivamente conservador. Y conservador a ultranza, sin desmayos, hasta conseguir una mejoría que con constancia se consigue siempre.

Y escribo esto precisamente para los cirujanos. Porque antes que cirujanos debemos ser siempre médicos. Y como médicos nuestra misión es curar, siempre con los medios que el diagnóstico correcto y la correcta indicación están a nuestro alcance, aunque estos medios no sean siempre quirúrgicos.

Debe, pues, hacerse un tratamiento primero para calmar el algia lumbar y el algia del ciático simplemente con calor, reposo, anticontracturantes. Basta a veces el simple reposo en cama rígida con las piernas en flexión primero, luego en extensión cuando ha pasado ya el primer estadío doloroso. Puede, si el algia es muy intensa y rebelde, hacerse una cama enyesada postural durante algunos días. No aconsejamos el empleo del corsé enyesado, porque si momentáneamente es eficaz, al retirarle demuestra su inutilidad. Sólo hizo que descargar el raquis, descomprimir los discos; por eso calmó la algia, y esto lo hubiéramos conseguido también con el simple reposo en cama dura.

Las inyecciones epidurales de anestésico han estado en entredicho. Primero, porque es difícil hacerlas en el sitio preciso. Después, porque el anestésico se diluye y no llega a la concentración debida a los puntos irritados. Es mucho más eficaz el bloqueo local, llegando lo más cerca posible de las raíces o de las zonas irritadas.

Las fajas ortopédicas y los lumbostatos no son más que un ir tirando. Si la edad del paciente o su limitada actividad lo aconsejan, no habrá más remedio que utilizarlos.

La radioterapia, que ha demostrado ser muy eficaz para calmar las algias debidas a la radiculitis, ha demostrado también que a la larga acelera el proceso discartrósico, eso sin contar con que a veces puede producir pequeñas hemorragias paquimeníngeas.

Calmado el estado agudo, vendrá el tratamiento en mesa extensible, que es mucho más eficaz cuanto más edad tiene el paciente y más antigua es también su lumbartrosis.

En realidad todo este plan, que debe hacerse continuamente y sin desmayos, sólo hace que obtener la primera premisa que nos impusimos para el plan general del tratamiento: calmar el dolor.

Viene ahora, no la segunda, puesto que este proceso artrósico no es de marcha continuada, sino la tercera: Tratar de conservar la movilidad del raquis lumbar.

Y este tratamiento recuperador es el que debe seguirse durante mucho tiempo, por personal capacitado, por fisioterapeutas conocedores de su misión. Por personal que sepa cómo, dónde y hasta qué punto puede realizar un masaje, una movilidad activa o pasiva, brusca o suave, intensiva o espaciada, previniendo siempre posibles agudizaciones bajo la dirección y vigilancia del especialista.

Es precisamente este tratamiento el más ingrato y el necesario, y si a él no se aúna también la perseverancia y el deseo del enfermo de curarse, no se conseguirá gran cosa. Es por ello que en nuestros servicios lo que hacemos es poner enfrente a dos enfermos muy parecidos, que comienzan casi a la vez su tratamiento recuperador. En presencia de ambos y a los pocos dían ponderamos el arte, la constancia y el deseo de curarse de uno de ellos. El otro paciente, que por dejadez, por falta de fe o porque sus lesiones son mayores, que todo hay que decirlo, no ha avanzado como el primero, al verse así postergado en nuestras alabanzas delante del otro, se despierta en él el deseo de emulación, primero, y el de superación,

después. Se entabla así un pugilato entre ambos que sólo redunda en beneficio de los dos y que hace el tratamiento más fácil para el fisioterapeuta y para el propio cirujano especialista que dirige todo el plan terapéutico.

Pero si la lumbartrosis es una consecuencia de una alteración mecánica funcional, de una anomalía vertebral, de una alteración estático-dinámica, entonces el proceso degenerativo y los fenómenos concomitantes de irritación de troncos nerviosos sí son de marcha progresiva, y nuestra meta debe ser entonces conseguir la segunda premisa que nos hemos impuesto: procurar la detención del proceso artrósico cambiando en lo posible las presiones, las cargas, los sufrimientos del disco de las articulaciones, de los ligamentos y de los músculos. E indirectamente las algias de los troncos nerviosos, casi siempre el ciático, que no son más que una consecuencia de la artrosis, es decir: unas ciáticas irritativas.

Esas mujeres obesas con su tramo lumbar en exagerada lordosis, con sus ciáticas uni o bilaterales, con su algia del tramo raquídeo completo, que cuando llegan a nosotros después de mucho tiempo de padecer, no algias intolerables, sino más bien dolores perfectamente compatibles con la vida diaria, presentan en la radiografía unos signos claros de lumbartrosis, pero sobre todo una clara e indudable espóndilolistesis. Háganse unas buenas radiografías a estas pacientes, mídanse bien los ángulos respectivos de vértebras lumbares y de sacro, compruébese que en la radiografía anteroposterior «se ve» la cara superior de la primera vértebra sacra. Hay una clara espóndilolistesis, que es el origen, sin duda alguna, de su lumbartrosis y de sus irritaciones de troncos nerviosos.

Puede que nosotros pudiéramos calmar el algia con cualquiera de esos tratamientos conservadores que antes hemos dicho. Puede que también la enferma pudiera seguir su vida sin un exceso de molestias con un soporte ortopédico. Pero lo que no podremos conseguir sólo con eso es la detención del proceso artrósico, que invariablemente avanza y avanza, sin que haya forma de detenerlo.

Es entonces cuando debemos pensar en quirúrgicos. Y es entonces cuando el tratamiento quirúrgico de estas lubartrosis empieza, para lograr esa premisa de detención del proceso, para que no continúe y, por tanto, para que al detenerse no vuelva a existir el algia lumbar, ni los procesos deformantes sigan aumentando, ni los troncos ciáticos vuelvan a poder irritarse ni a doler.

En estos casos está, pues, indicada la artrodesis de la quinta y el sacro. Son enfermas que deben primero someterse a un tratamiento calmador de su algia. La contractura cede totalmente entonces y vemos que puede realizarse un aplanamiento del tramo lumbar corrigiendo la lordosis tan acentuada, planificando el raqui en ese tramo. Esto lo conseguimos con una cama enyesada postural, con las piernas en flexión, variando el grado de flexión de las extremidades inferiores y planificando con suplementos en más o en menos la propia cama enyesada.

Para poder comprobar la desaparición no sólo de la hiperlordosis, sino del basculamiento de la quinta sobre el sacro, realizamos cada tres o cuatro días unas tomografías exclusivamente del borde anterior de quinta lumbar y del borde anterior de la superficie de primera sacra. En el momento que en los planos correspondientes no «se adelante» el borde anterior de quinta sobre el de sacro, podemos asegurar que puede ya operarse a esa paciente, y operarla en la posición del tramo lumbar que entonces se halla en la cama postural enyesada.

Operamos, pues, en decúbito prono, con las piernas en flexión por cadera y como colgado por el borde de la mesa operatoria. De este modo la posición del tramo lumbar se corresponde con la posición de la enferma en los días previos

de cama postural, cama que se conserva para colocarse inmediatamente después de la intervención sin modificación alguna.

Hicimos siempre una artrodesis quinta-sacro sobre espinosas, con injerto de Banco. Obtuvimos algunos éxitos y algunos fracasos. Los éxitos, precisamente por serlo, no vuelven a nosotros, pero sí vuelven los enfermos que no se curan. Démosles gracias por esta insistencia y por volver, pues si no fuera por esto no sabríamos nunca la causa, el porqué del fracaso habido.

Y el fracaso de estas artrodesis interespinosas quinta-sacro observamos que era porque el injerto, corto y grueso, sí conseguía el fin propuesto: la artrodesis, pero no lograba más que momentáneamente detener el basculamiento. La paciente, al sentirse aparentemente curada en los primeros meses después del alta, es cierto que no volvía a tener dolores ciáticos, pero comenzaba a tener algias lumbares cada vez que creyéndose bien hacía más movimientos de su raquis, más actividad o más tendencia a una vida para ella normal, por la cual había suspirado y que para lograr había consentido en la intervención. Y era que el propio injerto cedía, iba tomando una forma arqueada, no podía soportar las tracciones anteriores del tramo lumbar suprayacente. La espóndilartrosis continuaba su marcha porque la espóndilolistesis, no tan intensa como antes, volvía a aparecer.

Cuando llegaban de nuevo a nuestras manos, el injerto era un arco o una S, la quinta había cedido, la tomografía señalaba ya un «adelantamiento» del borde anterior de quinta respecto a borde anterior de superficie de primera sacra y el proceso artrósico había avanzado irremediablemente.

Nos vimos, pues, obligados a pensar en el modo de sustituir la artrodesis clásica por otra que fuera más firme.

Y lo logramos realizando una artrodesis quinta-sacro con injertos dobles, engastados en espinosas y en láminas vertebrales, con apoyos en número de cuatro en cada lado y empotrados en masa de segunda vértebra sacra.

De ese modo constituímos una especie de pilares dobles con cimientos firmes (el empotrado en masa sacra) y con apoyos múltiples (láminas y espinosas en varios puntos y en ambos lados). Con este método, que usamos ya hace varios años, hemos logrado siempre la anulación de las algias lumbares y ciáticas y la detención total y absoluta del proceso artrósico, que indefectiblemente hubiera venido en estas pacientes obesas con espóndilolistesis causantes de sus fenómenos artrósicos e irritativos.

Es frecuentísimo que lleguen en gran número a nosotros sujetos adultos con antiguas escoliosis del tramo lumbar, aparecidas en edad juvenil, que por ser precisamente del tramo lumbar no son demasiado visibles, pasaron sin tratamiento o incluso a pesar del tratamiento persistieron y al crecer el sujeto permanecieron invariables en sus curvas. No se acudió a ningún médico nunca más. Pero el sujeto se ha hecho ya un hombre maduro, está en la edad media de la vida y esa escoliosis de su juventud ha producido alteraciones estáticas y dinámicas, ha originado una torsión de los cuerpos vertebrales, una artrosis de las carillas articulares, una irritación de los troncos nerviosos. Es ahora un lumbartrósico con raíces nerviosas irritadas, pero un lumbartrósico consecutivo a una antigua escoliosis con torsión vertebral.

Está abocado, pues, a un tratamiento conservador, primero para calmar sus algias, por lo menos los estados más agudos, pero a un tratamiento quirúrgico consecutivo e inmediato, porque todo aquel estado de cosas no puede modificarse si no es artrodesando el tramo correspondiente.

Si la edad del paciente es muy extremada, quizá sea mejor un soporte ortopédico que mantenga el raquis lumbar en una inmovilidad relativa. Pero si el paciente es de media edad, es menester sacrificar un tanto por ciento de movilidad del raquis lumbar y realizar una artrodesis del tramo correspondiente. Será el único medio no de hacer regresar sus lesiones artrósicas, pero sí de detenerlas y de calmar para siempre, para que nunca más vuelvan a reaparecer las algias irritativas de los troncos nerviosos.

En esos casos utilizamos una artrodesis con injertos laterales apoyados en toda la masa de espinosas y láminas refrescadas, injertos que colocamos imbricados y precisamente en las zonas cóncavas de las curvas, de tal modo que si es necesario se situarán incluso en lados opuestos, según la altura y las curvas de las escoliosis. Y es precisamente la torsión de los cuerpos vertebrales la que nos facilita la colocación de ese modo de los injertos, pues precisamente esa torsión nos pone más a nuestra vista, más a flor de piel las caras laterales de espinosas y las láminas vertebrales, haciendo la artrodesis menos dificultosa que si fuese una artrodesis interapofisaria.

Claro está que si antes de la intervención podemos conseguir una corrección de la escoliosis o de la torsión vertebral, debemos hacerlo sin reservas, máxim teniendo en cuenta que calmando las contracturas con el reposo nos encontramos a veces con sorpresas en cuanto se refiere a una corrección, que aunque ligera pensábamos imposible en el primer momento.

Si la causa de la artropatía lumbar y de la ciática concomitante se puede achacar a una clara sacralización de quinta lumbar con apófisis transversas anchas, uni o bilateral, perfectamente visible y comprobable con las radiografías correspondientes, tenemos un criterio muy rígido que llevamos a rajatabla en todos nuestros pacientes: tratamiento conservador mientras las pausas indoloras sean largas y el proceso artrósico comprobado periódicamente no muestre una clara tendencia a una marcha rápida, siempre que el sujeto esté en la edad media de la vida.

Reposo, calor a penetración, antiálgicos, anticontracturantes, tracciones, bloqueos novocaínicos o hidrocortisónicos. Esta será nuestra pauta cuando por primera vez observemos al paciente.

Pero habrá que observarle escalonadamente, en fechas prefijadas, con comprobaciones radiográficas frecuentes, incluso en los períodos de aparente salud sin algia lumbar.

En el momento que observemos una tendencia a la marcha rápida del proceso artrósico discal, óseo o articular, en el momento que las pausas indoloras sean de muy breve duración, es cuando debemos imponer el tratamiento quirúrgico. Y el tratamiento quirúrgico de estas lumbartrosis con ciática y discartrosis, con sacralizaciones de quinta y con apófisis trasversas anchas, en forma de ala de mariposa, es también la artrodesis.

Con cerca de treinta años de actividad quirúrgica, puede suponerse que hemos asistido a todas las innovaciones de artrodesis quinta-sacro en casos de sacraliación con lumbartrosis y ciática irritativa. Y todas esas técnicas hemos ido abandonando unas, puliendo otras, quedándonos siempre con lo que nos parecía más natural, más fisiológico o con lo que nos producía mayores y más rápidos éxitos finale continuados.

Hemos operado, pues, con la técnica de BOSWORTH de injerto en H engastado entre espinosa de cuarta lumbar y espinosa de primera sacra, y apoyado en espinosa

de quinta lumbar, que era resecada. Lo abandonamos porque comprobamos que el apoyo del injerto en espinosa de quinta resecada no era completo, y sobre todo si se movilizaba al paciente prematuramente el injerto se despegaba de ese apoyo, con lo que la artrodesis de quinta lumbar fracasaba y permitía la movilidad de esa vértebra, lo que acentuaba la discartrosis, la ciática y el algia lumbar con artrosis consecutiva e irremediable de todo el tramo suprayacente en más o menos tiempo.

Después vino la sustitución de ese injerto en H por una placa metálica. Teniendo en cuenta que nuestro criterio personal, que es perfectamente discutible, es el proscribir en absoluto de la osteosíntesis vertebral el material metálico, creemos que el pretender fijar en los componentes óseos del raquis, las más de las veces osteoporósicos y siempre constituídos de un hueso de mallas amplias, un engarce metálico es completamente ilusorio.

La técnica, que nosotros no llegamos a realizar nunca, de JASLOW, de artrodesis intersomática quinta-sacro, previa extirpación del disco intervertebral, parece ser que era extremadamente difícil. Y no la llegamos a realizar nunca, porque como era tan difícil de practicar, en seguida fue modificada y simplificada. Y uno de los que más contribuyeron a esta simplificación fue BARNES. Con esta simplificación de BARNES es con la que hemos hecho algunas artrodesis quinta-sacro, pero sólo la utilizamos cuando es necesario extirpar previamente el disco, que está completamente rígido y degenerado y que impide por ello una corrección posterior del apoyo quinta-sacro para modificar una espóndilolistesis, una sacralización o un basculamiento lateral, cosa muy frecuente en las hemisacralizaciones de quinta.

Pero a lo largo de esos muchos años de ver lumbartrósicos con sacralización y ciática, habíamos observado que si la sacralización era completa, las algias eran menores, las ciáticas se calmaban más fácilmente y por más tiempo, incluso a veces con tratamientos conservadores muy sencillos. En cambio, las pseudosacralizaciones, las hemisacralizaciones, o, sencillamente, esas apófisis trasversas anchas en ala de mariposa, producían unas ciáticas y unas discartrosis enormes, rebeldes a todo tratamiento conservador y más intensas cuanto más espacio existía entre la transversa y el ilíaco y más amplio y grande el agujero de conjunción. Esto parecía una incongruencia.

Habíamos operado también estas apófisis transversas anchas con ciática rebelde por la técnica de SCARLATTI, resecando la transversa, y habíamos obtenido los mismos fracasos que todos los autores señalaban en su estadística y que hizo abandonar esta intervención hace ya mucho tiempo a todos los cirujanos ortopédicos.

¿Por qué fracasaba la operación de SCARLATTI? Se decía que la transversa resecada volvía a crecer produciendo una nueva compresión de la raíz del ciático. Esto no era ni es cierto. Lo que ocurría era que al resecar la transversa, se permitía una mayor movilidad de la quinta sobre el sacro, lo que acentuaba la ciática, la discopatía y el algia lumbar con lumbartrosis consecutiva.

Pensamos por ello que lo que había que hacer era artrodesar la quinta al sacro, pero también al ilíaco. Con ello la artrodesis era de menor longitud y permitiría una mayor movilidad de todo el tramo lumbar suprayacente libre de manifestaciones artrósicas. Era también de mayor fijeza y seguridad en cuanto a la supresión de las cargas y de las presiones sobre una quinta lumbar anómala con su disco quinta-sacro degenerado. Claro que si existía una discartrosis de comienzo en el disco cuarta-quinta deberíamos también fijar esa vértebra. Pero el resultado sería el mismo.

Hicimos al principio varios tanteos para la colocación del injerto que siempre usábamos y seguimos usando de hueso de Banco. Nuestro pensamiento de artrodesar quinta a ilíaco nos hizo adoptar, en primer término, una posición oblicua del trasplante, desde espinosa hacia borde de ala ilíaca, por debajo de fascia propia de cuadrado lumbar, que lo arropaba y protegía, y sirviéndonos el propio músculo como base de defensa hacia planos más profundos.

Cuando la ciática en estos lumbartrósicos era bilateral, y cuando asimismo era bilateral la apariencia anómala de las transversas, utilizábamos un injerto oblicuo en cada lado, independientemente del injerto interespinoso de quinta-sacro, lo que semejaba una V invertida.

Pudimos comprobar en seguida que los injertos consolidaban bien, pero en cuanto el paciente comenzaba su actividad normal después del tiempo de inmovilidad en cama enyesada, los injertos se rompían a nivel de su engarce en espinosas, fracasando en parte la intervención.

Creímos que ello sería debido al doble injerto que pretendía fijar tan rígidamente la vértebra a ambos ilíacos, que era prácticamente imposible que resistiera las enormes tracciones y presiones de la movilidad conservada, activa e indolora de todo el tramo suprayacente.

Por eso renunciamos al injerto doble, incluso cuando la ciática era bilateral. Y comprobamos, con gran asombro, que la ciática del lado no artrodesado se calmaba también análogamente a la del lado del injerto, pero que el injerto también unilateral se seguía fracturando a los pocos meses de actividad en el punto de engarce a espinosas, tal y como sucedía cuando colocábamos injertos dobles.

Quizá habíamos dado un paso más: era suficiente el artrodesar a ilíaco en un solo lado para que la ciática, incluso bilateral, desapareciera. Pero algo no marchaba todavía en esta intervención que habíamos proyectado, a pesar de nuestro cuidado más excesivo en todos sus detalles. Algo escapaba a nosotros que hacía que el injerto prendiera, sí, que la ciática se calmara, pero que a la larga el injerto así colocado no resistiera a las presiones, tracciones y movilidad del libre tramo suprayacente, y se fracturaba siempre en el punto más próximo a la vértebra.

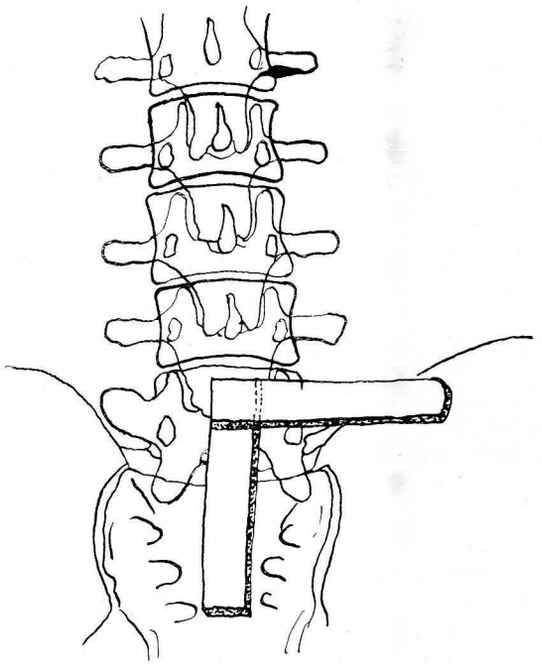
Ello no podía ser, pues, debido más que a una ley mecánica, que hacía que el punto de máximo trabajo para el injerto se hallaba precisamente en su engarce en espinosa de quinta.

¿Qué hacer? Era, pues, necesario colocar el trasplante en otra posición. Y esa posición no podía ser oblicua.

Como consecuencia inmediata de este pensamiento fuimos poco a poco haciendo el injerto más horizontal, más de espinosa a ala ilíaca, en un punto frente por frente al nivel del engarce en apófisis, y llegó un momento en que el injerto consolidó rápidamente, no se rompió en ningún punto, artrodesando un solo lado la ciática concomitante del lado opuesto se curó también y conseguimos, después de algunos meses de tanteo, el logro que nos habíamos propuesto.

Hacemos, pues, una artrodesis interespinosa abriendo, como las hojas de un libro, las de quinta lumbar y primera sacra y colocamos un injerto plano y estrecho. A continuación seccionamos la fascia propia del cuadrado lumbar en su punto más inferior y en línea horizontal, desde la espinosa de quinta hacia el ala ilíaca. Perforamos el ilíaco cerca de cresta con un pequeño trépano que profundiza unos quince milímetros o algo más. Colocamos un injerto completamente transversal entre ese punto, incrustándolo a presión con un botador, sin sutura alguna, y la cara lateral del lado correspondiente de la espinosa de quinta, que ha sido resecada

en sus dos tercios medios, haciendo como una falsa cola de milano, de las usadas por los carpinteros para ensamblar dos listones. Arropamos el injerto con la fascia del cuadrado lumbar, y aunque la ciática sea bilateral no intervenimos en el lado opuesto. Es claro que elegimos siempre para artrodesar el lado de más intenso o más rebelde dolor (figura).



A esta intervención la hemos llamado artrodesis mixta intervertebral-iliovertebral. Llevamos más de diez años practicando esta operación, y precisamente para realizarla en algunas clínicas sudamericanas, concretamente en Brasil, Uruguay, Argentina y Chile, fuimos llamados hace poco menos de dos años.

Usamos siempre hueso de Banco y de él la clase llamada «sandwich de escápula», que posee cortical fina y abundante esponjosa, que es a la vez rígido y flexible y posee gran poder osteogénico, y que podemos tallar a nuestro antojo con gran facilidad y seguridad, características que son todas ellas imprescindibles para conseguir su acoplo, su consolidación y su acción de resistencia futura.

El algia ciática se calma la misma tarde de la intervención, e inclusive se calman las irritaciones del territorio ciático, si alguna vez existen. Y esta ciática no vuelve a reaparecer *jamás*, en ninguno de los dos lados, algo que, aunque aseguramos al paciente con toda seriedad, éste no llega a creer hasta que el paso de los años le convence de nuestro aserto.

El tiempo de reposo para la consolidación de los injertos calma la lumbalgia espondilartrósica como en todas las lumbartrosis. El disco quinta-sacro se calcifica pronto y el paciente puede, en muy pocos meses, realizar trabajos tan rudos que se asombra de su total ausencia de molestias. Tenemos operados de hace siete, ocho y nueve años que conducen «buldozeers» y manejan pesadas grúas, tractores, máquinas herramientas, sin resentirse lo más mínimo. Es una operación de las que los cirujanos ortopédicos llamamos «agradecidas». Algo espectacular para el sufrido paciente y una enorme satisfacción para el cirujano que lo intervino.

RESUMEN

Se recuerdan brevemente los conceptos de discartrosis y lumbartrosis que ayudan a comprender el porqué del tratamiento quirúrgico de estos procesos.

Se enumera la ausencia de causa originaria en muchos casos de lumbartrosis establecidas con su tratamiento lógico conservador y no quirúrgico.

Se detalla el porqué ciertas alteraciones estático-dinámicas, ciertas causas mecánico-funcionales y ciertas anomalías, pueden ser el origen de discartrosis, primero, y de espóndilolartrosis del tramo lumbar, después, con las características de cada una de ellas y el modo de apreciarlas clínica y radiográficamente.

Se aclara entonces la razón de poder realizar un tratamiento quirúrgico en esos casos para tratar de detener la marcha del proceso artrósico, que si no avanzaría sin posible modo de cortarlo.

Se detallan a continuación las técnicas resumidas de intervenciones quirúrgicas de concepción personal del autor de este trabajo avaladas por la experiencia de muchos años de su práctica en clínicas de este país y de fuera de él, para la detención del proceso artrósico cuando su origen primitivo sea una espondilolistesis, una antigua escoliosis o una sacralización.

Se desea hacer hincapié sobre el hecho de que las irritaciones de troncos nerviosos, casi siempre el ciático, en estos lumbartrósicos, se calman radical y definitivamente con este tratamiento quirúrgico, solucionando el problema de las crisis ciáticas repetidas, cuando estas ciáticas no son neuríticas puras, sino la consecuencia de la lumbartrosis, es decir, ciáticas irritativas.

Dirección: Avda. de América, 27. Madrid.



CLINICA Y LABORATORIO

NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963

CATEDRA DE PATOLOGIA QUIRURGICA
Director: Prof. P. PIULACHS
FACULTAD DE MEDICINA
BARCELONA (ESPAÑA)

EXPERIENCIAS EN CLÍNICA QUIRÚRGICA CON EL NUEVO HEMOSTÁTICO Q. H.

POR LOS DOCTORES

F. RIVAS GARCÍA y J. CABEZA MADURELL

BARCELONA

En el Servicio de la Clínica Quirúrgica de la Cátedra de Patología, dirigido por los autores, se ha tenido ocasión de experimentar un nuevo hemostático compuesto de Quercetina, Serotonina y Adrenocromo (Q. H.), en cincuenta pacientes tributarios de diversas intervenciones quirúrgicas.

En cada caso se estudió la naturaleza de la enfermedad y el tipo de intervención a efectuar, así como la posible existencia de trastornos de la coagulación sanguínea. Habiéndose escogido grandes actos quirúrgicos, los resultados de la experimentación tienen un enorme interés, dado el gran número de complicaciones hemorrágicas que se presentan corrientemente en tales intervenciones, tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Los exámenes de laboratorio se han realizado antes y después de las intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Los cincuenta enfermos objeto de estudio pueden clasificarse de la siguiente forma:

Grupo 1.º. — Nueve pacientes

Fueron tratados de urgencia administrándoles, en perfusión endovenosa gota a gota, una ampolla de 3 c. c. de Q. H. en 500 c. c. de suero fisiológico cada cuatro horas.

A los pocos minutos se observó el cese completo de la hemorragia. A las doce horas de perfusión continua, se retiró ésta y se administró una dosis de mantenimiento, consistente en una ampolla de 3 c. c. por vía intramuscular cada doce horas.

Grupo 2.º. — Treinta y nueve pacientes

Fueron tratados profilácticamente, administrándoles una ampolla de Q. H. de 3 c. c. por vía intramuscular, cuatro horas antes de la operación, y otra momentos antes de iniciarla.

* Experiencias realizadas con la especialidad Quercetol hemostático. ampollas, de Laboratorios Ferrer, Barcelona (España).

Grupo 3.º. — Dos pacientes

Se trata de dos enfermos con todas las pruebas hemáticas normales: Prueba de Duke, tiempo de coagulación (Lee-White) y tiempo de Quick.

En ambos se practicó un trasplante cutáneo y se colocó en la superficie dadora del injerto, una gasa estéril empapada con dos o tres ampollas de 3 c. c. de Quercetol hemostático, fijándola mediante vendaje compresivo durante siete días.

EDAD Y SEXO

En el cuadro siguiente quedan reflejados la edad y el sexo de los enfermos sometidos a control:

Sexo		*Edad en años*						
♂	♀	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
14	36	2	4	5	11	12	13	3

CASUÍSTICA

En veinticinco de los pacientes fueron realizadas, antes y después de las intervenciones, las siguientes pruebas hemáticas en el laboratorio del Servicio:

Recuento y fórmula leucocitaria.
Recuento de hematíes.
Valor globular.
Hemoglobina.
Valor del hematocrito.
Velocidad de sedimentación globular.
Tiempo de coagulación.
Tiempo de sangría.
Tiempo de protrombina.

Los diagnósticos y las intervenciones efectuadas en cada caso, vienen expuestos en el siguiente cuadro:

Núm. de casos	*Diagnóstico*	*Intervención*
1	Quiste hidatídico de pulmón	Toracotomía y cistectomía
2	Carcinoma gástrico	Gastrectomía total
1	Ulcus gástrico	Gastrectomía subtotal (Billroth I)
7	Carcinoma de mama	Halsted
1	Carcinoma de recto	Amputación de recto (Miles)
1	Ruptura de menisco	Meniscectomía
1	Eventración	Extirpación del saco y reposición de la pared
2	Litiasis biliar	Colecistectomía
1	Liposarcoma del pie	Amputación mediotarsiana
3	Bocio	Tiroidectomía subtotal
1	Lipoma del hombro	Extirpación
1	Enfermedad de Raynaud	Simpatectomía lumbar
2	Ulcera varicosa	Trasplante cutáneo
1	Varices	Safenectomía

A los veinticinco pacientes restantes les fueron practicadas las siguientes intervenciones, a tenor del diagnóstico efectuado:

Núm. de casos	*Diagnóstico*	*Intervención*
1	Quiste hidatídico de pulmón	Toracotomía y cistectomía
1	Tuberculosis pulmonar	Lobectomía
1	Ulcus gástrico	Gastrectomía subtotal (Billroth I)
1	Ulcus duodenal	Gastrectomía subtotal (Billroth I)
4	Carcinoma de mama	Halsted
2	Carcinoma de recto	Amputación de recto (Miles)
2	Eventración	Extirpación del saco y reposición de la pared
2	Litiasis biliar	Colecistectomía
2	Bocio	Tiroidectomía subtotal
3	Enfermedad de Werlhof	Esplenectomía
2	Isquemia arterial por arteriosclerosis	Gangliectomía lumbar
2	Carcinoma de pulmón	Neumonectomía
2	Quiste hidatídico hepático	Laparotomía y marsupialización

En las anteriores intervenciones no fue posible realizar un control de laboratorio tan minucioso como en los primeros veinticinco casos.

RESULTADOS

Al valorar las posibilidades hemostáticas del Q. H. por vía intramuscular, endovenosa y tópica, se ha observado en las pruebas de laboratorio que no se modifica con su administración el cuadro hemático, salvo por la presentación de una discreta disminución de hematíes y del volumen globular en el período postoperatorio, que se interpreta como un aumento de la hemodilución debida a las pérdidas sanguíneas en el acto quirúrgico.

Por el contrario, el número de leucocitos y la velocidad de sedimentación globular han dado en el postoperatorio unos valores ligeramente superiores, probablemente debido a la liberación de sustancias histamínicas, al «stress» del acto quirúrgico o traumático, o bien a la entidad nosológica como tal.

El Q. H. ha dado muy buenos resultados en los nueve casos tratados de urgencia, consiguiendo una rápida cohibición de la hemorragia que ha sido valorada objetivamente.

En los casos objeto de tratamiento profiláctico preoperatorio, tanto la hemorragia postoperatoria como la exudación fueron menores que de costumbre. Sólo se manifestó un hematoma que sobrevino a las pocas horas de haber practicado una mastectomía por carcinoma de mama y que se resolvió por punciones repetidas durante tres días.

En los dos casos tratados con aplicación local sobre la superficie sangrante, la hemorragia en sábana cesó entre los quince y treinta minutos.

Las pruebas de coagulación sanguínea no han mostrado variación, al contrario de lo que ocurre cuando se administran coagulantes. Si en algún caso ha habido variación, ésta ha sido casi inapreciable e intrascendente.

Conclusiones

1. El Q. H. ha demostrado una gran eficacia como antihemorrágico no coagulante, tanto por vía intramuscular como endovenosa o tópica, logrando una neta disminución de las pérdidas sanguíneas en el acto quirúrgico.
2. La actividad hemostática se desarrolla rápidamente después de su administración con una triple acción vascular que normaliza la fragilidad y contractilidad capilares y provoca una vasoconstricción local.
3. Las experiencias ponen de manifiesto un sinergismo hemostático de las sustancias que entran en la composición del Q. H.
4. El Q. H. está indicado como profiláctico en el pre y postoperatorio, y como curativo en el tratamiento de las hemorragias en sábana, en los hematomas o equimosis post-traumáticas, en el ulcus gástrico sangrante y en las neoplasias ulcerosas con hemorragia secundaria.
5. En ninguno de los enfermos objeto de estudio se han observado variaciones de la tensión arterial.
6. La tolerancia es perfecta y en ningún caso se han registrado fenómenos secundarios.

RESUMEN

Se refieren los resultados conseguidos con un nuevo hemostático compuesto de quercetina, serotonina y adrenocromo (quercetol hemostático), que ha sido experimentado en cincuenta enfermos tributarios de diversas intervenciones quirúrgicas.

Los resultados han demostrado su perfecta tolerancia, ausencia de fenómenos secundarios y eficaz acción por todas las vías empleadas, consiguiendo una rápida disminución de las pérdidas sanguíneas durante las intervenciones quirúrgicas realizadas.

Domicilio: Rda. General Mitre, 100, 1.º 1.ª. Barcelona.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN

BILIRRUBINEMIA EN GESTANTES

POR LA

SRTA. MARÍA MAGDA ALIAGA BARDALES

LIMA (PERÚ)

La bilirrubina es pigmento de la bilis que deriva del grupo cromóforo de la hemoglobina, por pérdida de hierro y diversos procesos químicos.

La destrucción de la hemoglobina y la formación de bilirrubina se efectúa en las células del sistema retículo-endotelial, siendo las células de Kupffer del hígado las que más intervienen en la producción del pigmento biliar.

La bilirrubina originada en el sistema retículo-endotelial es componente normal y constante de la sangre, llegando al hígado, donde se transforma de bilirrubina indirecta en directa, para que se excrete con la bilis al intestino, donde, por acción probable de bacterias, se transforma en urobilinógeno, que se excreta en parte con las heces, pues la fracción restante la absorbe el intestino y por la vena porta vuelve al hígado, donde se reexcreta con la bilis.

Cuando los pigmentos biliares están en gran cantidad en el suero sanguíneo, se obtiene la reacción de Van den Bergh positiva directa.

ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN comprobó que entre bilirrubina directa e indirecta no existe diferencia química de constitución, sino más bien de la forma como se encuentra.

El estudio de las variaciones cuantitativas de la bilirrubina en gestantes es objeto de este trabajo, que consta de las siguientes partes: En la primera estudio la bilirrubinemia en gestantes; en la segunda expongo las investigaciones e interpreto los resultados obtenidos; luego, formulo las conclusiones y cito la bibliografía.

Agradezco al doctor CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de San Marcos, de Lima (Perú), el haberme sugerido el tema y proporcionado bibliografía; al doctor ARMANDO VIDALÓN, médico de los consultorios externos de la Maternidad de Lima, el haberme dado facilidades para la recolección de muestras de sangre de las gestantes que acuden a dichos consultorios; al director y personal docente de la cátedra de Bioquímica de la Facultad de Farmacia, el haberme permitido que realice la parte experimental en su laboratorio, y a la Q. F. señorita ADA VILLANUEVA, jefe de prácticas del curso de Farmacología y Posología, y hemerotecaria

de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, el orientarme en la elaboración del análisis estadístico de los resultados.

Bilirrubinemia en gestantes

Durante la gestación, la bilirrubinemia ofrece variaciones cuantitativas.

Ralhalques y Kaganovich [26] encontraron incremento de bilirrubina en la primera mitad del embarazo, disminución en la segunda y reacción directa negativa en todos los casos.

E. Picón R. [25], de Lima, obtuvo como cifra media de bilirrubinemia 0'56 miligramos por ciento en once mujeres en trabajo de parto. Comprobó discreto aumento de la cifra media para la bilirrubina total, en comparación con la obtenida en mujeres fuera del embarazo. La reacción de Van den Bergh directa fue débilmente positiva, sólo en el caso que presentó bilirrubinemia anormal. La reacción negativa de bilirrubina directa le permitió afirmar que el incremento de la bilirrubinemia fue a expensas de la indirecta y que fue poco significativa.

Marino Villavicencio Núñez [28], de Lima, investigó pruebas de función hepática en setenta y una mujeres gestantes, de todos los meses del embarazo, obteniendo el siguiente resultado, en lo que respecta a la bilirrubinemia: media, 0'63 mg. por ciento; error «standard», $\pm$ 0'022; desviación «standard», 0'19; error «standard», $\pm$ 0'016; coeficiente de variación, 30 por ciento, y cifras extremas, 0 30 a 1'4 mg. por ciento. El trabajo tuvo por objeto el estudio de la función hepática en el embarazo normal, eclampsia y algunos casos de otros estados patológicos coincidentes de la gestación. En un grupo de control formado por diez mujeres no grávidas, clínicamente sanas, fuera del ciclo menstrual, de edad media de 23 años, con variaciones en el peso entre 48'5 y 65 kilos, los resultados fueron los siguientes:

Bilirrubina total, 0'53 mg. por ciento, como cifra media; error «standard», $\pm$ 0'986; desviación «standard», 0'24; error «standard», $\pm$ 0'6; coeficiente de variación, 45'3 por ciento, y cifras extremas, 0'20 a 1'0 mg. por ciento.

Sólo en un caso encontró 1'4 mg. por ciento, estando todos los demás dentro de las variaciones fisiológicas, inferiores a 1'2 mg. por ciento. En comparación con el resultado en las no gestantes, la cantidad media en el embarazo reveló incremento de 18'8 por ciento.

Alfonso Guerra Bustamante [13], de Lima, estudió los factores que determinan la concentración de bilirrubinemia y afirma que en la obstrucción biliar completa hay dos factores que determinan el grado y la intensidad de la bilirrubinemia e ictericia, siendo el primero y más importante la cantidad de destrucción de la hemoglobina, pues está definitivamente establecido, desde Rows, que a la pérdida de sangre de portadores de obstrucción biliar completa le sigue disminución de bilirrubinemia, probablemente como resultado de la destrucción sanguínea, y el segundo, el incremento de la destrucción de hematíes, sin duda por agente hemolítico o por transfusión de sangre, a la que sigue incremento de bilirrubinemia.

Schmid [27] y colaboradores demostraron que la placenta distribuye la bilirrubina libre o indirecta que se forma en los tejidos fetales; pero no la conjuga con el ácido glucorónico, sino que le permite el paso de la bilirrubina no conjugada a la circulación materna.

El paso de la bilirrubina fetal no afecta a la concentración materna, lo que se explica por dilución del pigmento en el volumen de la sangre materna o por

gran capacidad del hígado de la madre para metabolizar rápidamente el pigmento.

Watson [30] comprobó que la pérdida de sangre reduce la bilirrubinemia en la obstrucción biliar, llamando este autor *obstrucción biliar completa* cuando la eliminación diaria de urobilinógeno por las heces es menor de 5 mg. por día y que la cantidad de bilirrubinemia es índice de la evolución del proceso morboso hepático; su rápido aumento o su rápida disminución son aspectos que deben tomarse en cuenta en el momento de formular diagnóstico de cualquier hepatopatía.

Eduardo Jurado García [16] y colaboradores investigaron en 1962 bilirrubinemia en la madre, cordón umbilical y en el niño, y sostienen que es independiente el metabolismo de la bilirrubina en la circulación feto-placentaria y en el organismo materno.

Como son pocos los trabajos investigando bilirrubinemia en la mujer grávida, me propuse estudiar las tres clases de bilirrubina: total, directa e indirecta, en la mujer gestante, tratando de puntualizar las variaciones cuantitativas según los meses de gestación, para encontrar dato semiótico que ayude a descubrir disfunción hepática.

Investigaciones efectuadas e interpretación de resultados

Utilizando la técnica de Malloy y Evelyn [19], cuantifiqué bilirrubinemia en noventa gestantes que concurren al Consultorio Externo de la Maternidad de Lima (Perú), cuyo estado nutritivo era deficiente dada su modesta condición económica.

De las noventa gestantes, cada grupo de diez correspondió a un mes de gestación.

Para control, determiné bilirrubinemia en treinta mujeres adultas jóvenes, aparentemente sanas, no gestantes, fuera del ciclo menstrual.

Los resultados son los que siguen:

En mujeres no gestantes las cifras estadísticas que resumen el total de observaciones, fueron las siguientes:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media $\pm$ E. st.*	*Desv. st. $\pm$ E. st*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'736 $\pm$ 0'4417	0'2385 $\pm$ 0'0309	32'42 %	0'360-1'330
Bilirrubina directa . .	30	0'290 $\pm$ 0'0030	0'1650 $\pm$ 0'0214	56'92 %	0'110-0'730
Bilirrubina indirecta .	30	0'480 $\pm$ 0'0597	0'3227 $\pm$ 0'0419	67'33 %	0'180-0'980

Las cifras estadísticas de bilirrubinemia en el primer mes de gestación, fueron:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media $\pm$ E. st.*	*Desv. st $\pm$ E. st*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'5674 $\pm$ 0'056	0'1681 $\pm$ 0'0396	29'62 %	0'225-0'935
Bilirrubina directa . .	30	0'2438 $\pm$ 0'0235	0'0706 $\pm$ 0'0166	28'95 %	0'135-0'385
Bilirrubina indirecta .	30	0'3236 $\pm$ 0'1418	0'4256 $\pm$ 0'1002	131'53 %	0'090-0'550

En el segundo mes de gestación, la bilirrubinemia dio las siguientes cifras estadísticas:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'5723±0'0293	0'0879±0'0207	15'35 %	0'405-0'660
Bilirrubina directa . .	30	0'2545±0'0154	0'0462±0'0108	18'15 %	0'180-0'315
Bilirrubina indirecta .	30	0'3178±0'1363	0'4091±0'0964	128'72 %	0'220-0'440

En el tercer mes de gestación, la bilirrubinemia dio los siguientes datos estadísticos:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'4285±0'0484	0'1454±0'0345	33'93 %	0'180-0'765
Bilirrubina directa . .	30	0'1735±0'0156	0'0468±0'0110	26'96 %	0'140-0'225
Bilirrubina indirecta .	30	0'2550±0'1066	0'3199±0'0750	125'45 %	0'090-0'540

La bilirrubinemia en el cuarto mes de gestación, dio las siguientes cifras estadísticas:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'3060±0'0025	0'0752±0'0177	15'18 %	0'330-0'585
Bilirrubina directa . .	30	0'2310±0'0172	0'0121±0'0121	22'33 %	0'150-0'360
Bilirrubina indirecta .	30	0'2650±0'1180	0'0834±0'0834	133'62 %	0'180-0'360

La bilirrubinemia en el quinto mes de gestación, proporcionó las siguientes cifras estadísticas:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'5360±0'0376	0'1130±0'0141	21'08 %	0'405-0'810
Bilirrubina directa . .	30	0'2190±0'0199	0'0599±0'0141	27'35 %	0'130-0'315
Bilirrubina indirecta .	30	0'3170±0'1285	0'3855±0'0908	121'60 %	0'225-0'475

En el sexto mes de gestación, la bilirrubinemia dio los siguientes datos estadísticos:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'6345±0'0329	0'2787±0'0656	43'93 %	0'225-1'125
Bilirrubina directa . .	30	0'2015±0'0444	0'1334±0'0314	51'14 %	0'045-0'275
Bilirrubina indirecta	30	0'4330±0'1613	0'4840±0'1130	11'77 %	0'180-1'035

La bilirrubina en el séptimo mes de gestación, alcanzó las siguientes cifras estadísticas:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'5080±0'0573	0'1721±0'0405	33'87 %	0'270-0'810
Bilirrubina directa . .	30	0'2050±0'0259	0'0778±0'0181	37'95 %	0'135-0'360
Bilirrubina indirecta .	30	0'3030±0'1281	0'3844±0'0906	126'86 %	0'135-0'495

Las cifras estadísticas de bilirrubina correspondientes al octavo mes de gestación, fueron las siguientes:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'5870±0'0672	0'2017±0'0475	34'37 %	0'315-0'900
Bilirrubina directa . .	30	0'2345±0'0266	0'0800±0'0188	34'11 %	0'090-0'405
Bilirrubina indirecta .	30	0'3525±0'1497	0'4491±0'1058	127'81 %	0'220-0'630

Las cifras estadísticas de bilirrubinemia en el noveno mes de gestación, fueron las siguientes:

Bilirrubinemia mg. %	*Núm. casos*	*Media±E. st.*	*Desv. st.±E. st.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Bilirrubina total . . .	30	0'6457±0'0275	0'0826±0'01921	13'36 %	0'495-0'770
Bilirrubina directa . .	30	0'2350±0'0170	0'0511±0'0120	21'74 %	0'180-0'330
Bilirrubina indirecta .	30	0'3907±0'1445	0'4335±0'1021	110'95 %	0'330-0'595

Reúno a continuación las cifras estadísticas de los resultados que obtuve cuantificando bilirrubinemia total en los diferentes meses de gravidez, para que se aprecien en conjunto las comprobaciones que efectué:

Mes de gestación	*Núm. casos*	*Media ± E. st.*	*Des. st. ± E. s'.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Primer mes .	10	0'5674±0'056	0'1681±0'0396	29'62 %	0'225-0'935
Segundo mes	10	0'5723±0'0293	0'0879±0'0207	15'35 %	0'405-0'660
Tercer mes .	10	0'4285±0'0484	0'1454±0'0345	33'93 %	0'180-0'765
Cuarto mes .	10	0'4960±0'0025	0'0752±0'0177	15'18 %	0'330-0'585
Quinto mes .	10	0'5360±0'0376	0'1130±0'0266	21'08 %	0'405-0'810
Sexto mes . .	10	0'6345±0'0929	0'2787±0'0656	43'92 %	0'225-1'125
Séptimo mes	10	0'5080±0'0573	0'1721±0'0405	33'87 %	0'270-0'810
Octavo mes .	10	0'5870±0'0672	0'2017±0'0475	34'37 %	0'315-0'900
Noveno mes	10	0'6357±0'0275	0'0826±0'0192	13'36 %	0'495-0'770

Resumo a continuación las cifras estadísticas de los resultados que obtuve cuantificando bilirrubinemia directa en los diferentes meses de gestación, para que se aprecie en conjunto las comprobaciones que efectué:

Mes de gestación	*Núm. casos*	*Media ± E. s'.*	*Des. st. ± E. s'.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Primer mes . .	10	0'2438±0'0235	0'0706±0'0166	27'95 %	0'135-0'385
Segundo mes .	10	0'2545±0'0154	0'0463±0'0108	18'15 %	0'180-0'315
Tercer mes . .	10	0'1735±0'0156	0'0468±0'0110	26'96 %	0'140-0'225
Cuarto mes . .	10	0'2310±0'0172	0'0516±0'0121	22'33 %	0'150-0'360
Quinto mes . .	10	0'2190±0'0199	0'0599±0'0141	27'35 %	0'130-0'315
Sexto mes . . .	10	0'2015±0'0444	0'1334±0'0314	51'14 %	0'045-0'275
Séptimo mes .	10	0'2050±0'0259	0'0778±0'0181	37'95 %	0'135-0'360
Octavo mes . .	10	0'2345±0'0266	0'0800±0'0188	34'11 %	0'090-0'405
Noveno mes .	10	0'2350±0'0170	0'0511±0'0120	21'74 %	0'180-0'330

Reúno a continuación las cifras estadísticas de los resultados que obtuve cuantificando bilirrubinemia indirecta en los diferentes meses de gestación, para apreciar en conjunto las comprobaciones que realicé:

Mes de gestación	*Núm. casos*	*Media ± E. st.*	*Desv. st. ± E. s'.*	*Coef. var.*	*Cifras extremas*
Primer mes . .	10	0'3236±0'1418	0'4256±0'1003	131'52 %	0'090-0'550
Segundo mes .	10	0'3178±0'1363	0'4091±0'0964	128'72 %	0'220-0'440
Tercer mes . .	10	0'2550±0'1066	0'3199±0'0750	125'45 %	0'090-0'540
Cuarto mes . .	10	0'2650±0'1180	0'3541±0'0834	133'62 %	0'180-0'360
Quinto mes . .	10	0'3170±0'1285	0'3855±0'0908	121'60 %	0'225-0'475
Sexto mes . . .	10	0'4330±0'1613	0'4840±0'1130	111'77 %	0'180- 1'035
Séptimo mes .	10	0'3030±0'1281	0'3844±0'1058	126'86 %	0'135-0'495
Octavo mes . .	10	0'3525±0'1497	0'4491±0'1058	127'81 %	0'220-0'630
Noveno mes .	10	0'3907±0'1445	0'4335±0'1021	110'95 %	0'330-0'595

Las diferencias y probabilidades de error de la cifra media de bilirrubinemia total en mujeres no gestantes, con las cifras medias de bilirrubinemia total durante la gestación, van a continuación:

	Casos	*Media ± E. st.*	*Difer. ± E. st.*	T_{38}	P	*Porcentaje dismin.*
No gestantes	30	0'7360±0'04417				
Primer mes gestación . .	10	0'5674±0'0563	0'1686±0'07132	2'363	0'02 0'05	29'71
Segundo mes gestación . .	10	0'5723±0'0293	0'1015±0'01303	3'086	0'01 0'001	28'60
Tercer mes gestación . .	10	0'4285±0'04846	0'2280±0'06556	4'690	Menor 0'001	71'76
Cuarto mes gestación . .	10	0'4960±0'0250	0'1490±0 05075	4'729	Menor 0'01	48'38
Quinto mes gestación . .	10	0'5360±0'0376	0'1003±0'05804	3'445	Menor 0'01	37'31
Sexto mes gestación . .	10	0'6345±0'0929	0'1637±0'10286	0'987	0'30 0'40	15'87
Séptimo mes gestación . .	10	0'5080±0'0573	0'2400±0'07238	3'150	0'001 0'01	44'88
Octavo mes gestación . .	10	0'5870±0'0672	0'3075±0'08041	1'852	0'05 0'10	25'38
Noveno mes gestación . .	10	0'6357±0'0275	0'2000±0'05203	1'927	0'05 0'10	15'77

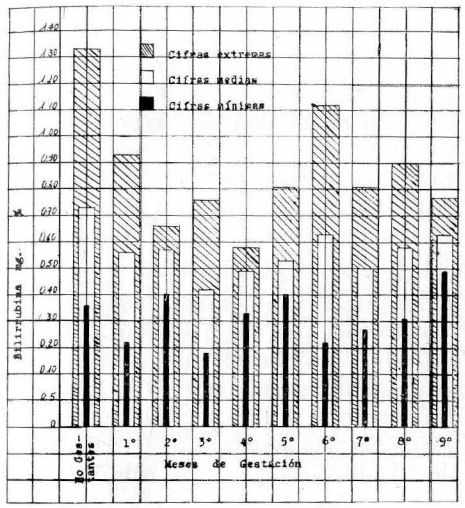
Las diferencias y probabilidades de error de la cifra media de bilirrubinemia directa en mujeres aparentemente sanas no gestantes, con las cifras medias de bilirrubinemia directa durante la gestación, son las siguientes:

	Casos	*Media ± E. st.*	*Difer. ± E. st.*	T_{39}	P	*Porcentaje dismin.*
No gestantes	30	0'290±0'00305				
Primer mes gestación . .	10	0'2438±0'0235	0'0462±0'02369	1'950	0'05 0'010	18'94
Segundo mes gestación . .	10	0'2545±0'0154	0'0355±0'01569	2'262	0'02 0'05	13'94
Tercer mes gestación . .	10	0'1735±0'0156	0'1165±0'01569	7'331	Menor 0'001	67'14
Cuarto mes gestación . .	10	0'2310±0'0172	0'0590±0'01649	3'577	0'001	25'10
Quinto mes gestación . .	10	0'2190±0'0193	0'0710±0'02014	3'522	0'001	32'41
Sexto mes gestación . .	10	0'2015±0'0444	0'0885±0'02599	1'988	0'05 0'010	43'92
Séptimo mes gestación . .	10	0'2059±0'0259	0'0850±0'02617	3'309	0'01 0'001	41'46
Octavo mes gestación . .	10	0'2345±0'02667	0'0555±0'01726	2'073	0'02 0'05	23'66
Noveno mes gestación . .	10	0'2350±0'0170	0'0550±0'04450	3'186	0'01 0'001	23'40

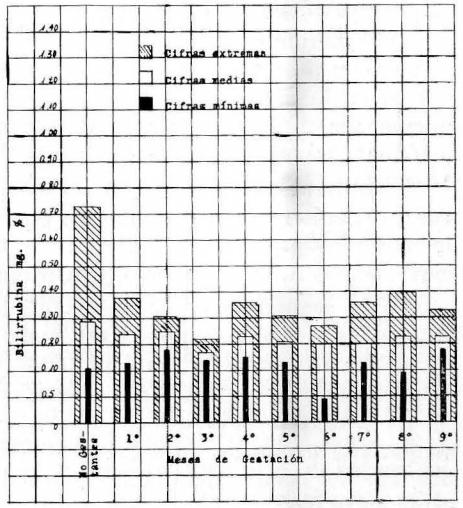
Las diferencias y probabilidades de error de la cifra media de bilirrubinemia indirecta en mujeres no gestantes aparentemente sanas, con las cifras medias de bilirrubinemia indirecta durante la gestación, son las siguientes:

	Casos	*Media ± E. st.*	*Difer. ± E. st.*	T_{38}	P	*Porcentaje dismin.*
No gestantes	30	0'480±0'0597				
Primer mes gestación . .	10	0'3236±0'1418	0'1564±0'1169	1'337	0'10 0'20	48'33
Segundo mes gestación . .	10	0'3178±0'1363	0'1622±0'1488	1'090	0'20 0'30	51'13
Tercer mes gestación . .	10	0'2550±0'1066	0'2250±0'1221	1'842	0'05 0'10	88'24
Cuarto mes gestación . .	10	0'2650±0'1180	0'2150±0'1322	1'151	0'10	81'13
Quinto mes gestación . .	10	0'3170±0'1285	0'1630±0'1416	1'626	0'20 0'30	51'41
Sexto mes gestación . .	10	0'4330±0'1613	0'0470±0'1719	0'273	0'70 0'80	10'85
Séptimo mes gestación . .	10	0'3030±0'1281	0'1770±0'1413	1'252	0'20 0'30	58'41
Octavo mes gestación . .	10	0'3525±0'1497	0'1275±0'1611	0'791	0'40 0'50	36'15
Noveno mes gestación . .	10	0'3907±0'1445	0'0993±0'1563	0'635	0'50 0'60	25'67

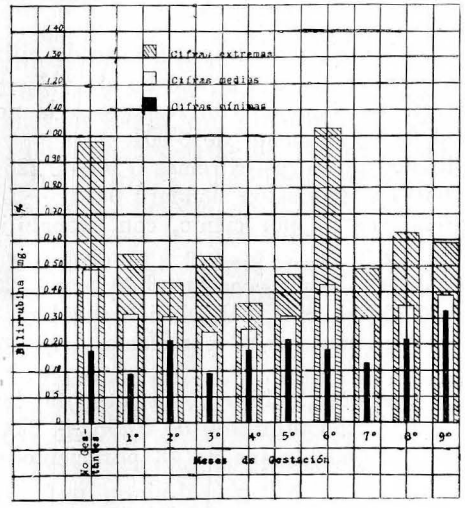
En los histogramas siguientes presento en forma objetiva las variaciones de la bilirrubinemia a través de los nueve meses de gestación y las concentraciones de bilirrubinemia en mujeres no gestantes.



1. BILIRRUBINEMIA TOTAL



2. BILIRRUBINEMIA DIRECTA



3. BILIRRUBINEMIA INDIRECTA

Antes de interpretar los resultados que obtuve cuantificando bilirrubinemia total, directa e indirecta, en gestantes, deseo referir las cifras estadísticas de bilirrubinemia en mujeres no gestantes y las cifras estadísticas según cada mes de gestación, para apreciar las variaciones cuantitativas de estos pigmentos hepáticos.

En el primer mes de gestación, la bilirrubina total estuvo comprendida entre 0'22 y 0'93 mg. por ciento, con promedio de 0'56 ± 0'05 mg. por ciento, desviación standard 0'16 ± 0'03; en la mujer no gestante aparentemente sana fue promedio 0'73 ± 0'04, siendo la disminución 29 por ciento y la probabilidad de error de 0'02 a 0'05.

La bilirrubinemia directa alcanzó como cifras extremas 0'13 y 0'38 mg. por ciento, con promedio de 0'24 ± 0'023 mg. por ciento, desviación standard 0'070 ± 0'016; en la mujer no gestante la media 0'29 ± 0'003 mg. por ciento; la disminución fue, por consiguiente, 8 por ciento, con probabilidad de error de 0'05 a 0'010.

La bilirrubina indirecta estuvo comprendida entre 0'090 y 0'55 mg. por ciento, con promedio de 0'32 ± 0'14 mg. por ciento, desviación standard 0'42 ± 0'10; en la mujer no gestante el promedio fue 0'480 ± 0'059 mg. por ciento; la disminución alcanzó a 48 por ciento, con probabilidad de error de 0'10 a 0'20.

En el segundo mes de gestación, la bilirrubinemia total estuvo comprendida entre 0'40 y 0'66 mg. por ciento como cifras extremas, con un promedio de 0'57 ± 0'029 y desviación standard 0'087 ± 0'020; la disminución, comparando con la cifra normal, fue de 28 por ciento, con probabilidad de error entre 0'01 a 0'001.

La bilirrubinemia directa estuvo comprendida entre 0'180 y 0'315 mg. por ciento, con promedio de 0'254 ± 0'015 y desviación standard 0'046 ± 0'010; la disminución comparando con la normal fue de 13 por ciento, con probabilidad de error entre 0'02 y 0'05.

La bilirrubina indirecta estuvo comprendida entre 0'220 y 0'440 mg. por ciento como cifras extremas, con promedio 0'317 ± 0'136, y desviación standard 0'40 ± 0'09; la disminución fue 51 por ciento, con probabilidad de error entre 0'20 a 0'30.

En el tercer mes de embarazo, las cifras extremas de bilirrubinemia total fueron 0'180 a 0'765 mg. por ciento, con promedio de 0'42 ± 0'04 y desviación standard 0'14 ± 0'034; la disminución con respecto a la normal fue de 71 por ciento, con probabilidad de error menor de 0'001.

La bilirrubinemia directa dio cifras extremas 0'140 - 0'225 mg. por ciento, con promedio de 0'173 ± 0'015 y desviación standard 0'046 ± 0'011; la disminución en relación con la normal fue 67 por ciento, con probabilidad de error menor de 0'001.

La bilirrubinemia indirecta estuvo comprendida entre 0'090 - 0'540 mg. por ciento, con promedio de 0'255 ± 0'10 y desviación standard 0'31 ± 0'07; la disminución con respecto a la normal fue 88 por ciento, con probabilidades de error entre 0'05 a 0'10.

En el cuarto mes de gravidez, la bilirrubina total dio las cifras extremas de 0'330 y 0'585 mg. por ciento, con promedio de 0'496 ± 0'002 y desviación standard 0'075 ± 0'017; la disminución fue de 48 por ciento, con probabilidad de error menor de 0'01.

La bilirrubinemia directa estuvo comprendida entre 0'150 y 0'360 mg. por ciento, con cifras extremas, con promedio de 0'231 ± 0'017 y desviación standard 0'051 ± 0'012; la disminución con respecto a la normal fue 25 por ciento, con probabilidad de error de 0'001.

La bilirrubinemia indirecta estuvo comprendida entre 0'180 y 0'360 mg., con promedio de 0'265 ± 0'118 y desviación standard 0'35 ± 0'08; la disminución alcanzó al 81 por ciento, con probabilidad de error 0'10.

En el quinto mes de gestación, la bilirrubinemia total estuvo comprendida entre las cifras extremas 0'405 y 0'810 mg. por ciento, con promedio de 0'53 ± 0'03 y desviación standard 0'11 ± 0'02; la disminución comparando con la normal fue 37 por ciento, con probabilidad de error menor de 0'01.

La bilirrubinemia directa alcanzó una concentración comprendida entre 0'130 y 0'15 mg. por ciento como cifras extremas, con promedio de 0'21 ± 0'01 y desviación standard 0'059 ± 0'014; la disminución fue de 32 por ciento, con probabilidad de error de 0'001.

La bilirrubinemia indirecta estuvo comprendida entre las cifras extremas 0'225 y 0'475 mg. por ciento, con promedio de 0'317 ± 0'128 y desviación standard 0'385 ± 0'09; comparando con la normal, la disminución alcanza el 51 por ciento, con probabilidad de error entre 0'20 a 0'30.

Durante los primeros meses del embarazo comprobé disminución de bilirrubinemia; si se comparan las cifras de gestantes con las de mujeres no grávidas aparentemente sanas, estas cifras están de acuerdo con las que da E. Delgado Febres [6] para la bilirrubina total, de 0'7 a 1'1 mg. por ciento.

A partir del sexto mes comprobé aumento gradual de bilirrubinemia, que siguió hasta el noveno mes; así en el sexto mes encontré para la bilirrubinemia total cifras extremas 0'225 y 1'125 mg. por ciento, con promedio de 0'63 ± 0'09 y desviación standard 0'11 ± 0'02, que comparadas con las que se acepta como normales, sólo arroja disminución de 15 por ciento, con probabilidad de error de 0'30 a 0'40. La bilirrubinemia directa estuvo comprendida entre las cifras extremas 0'045 y 0'275 mg. por ciento, con promedio de 0'20 ± 0'04 y desviación standard 0'13 ± 0'03; comparadas con las normales la disminución alcanzó el 43 por ciento, con probabilidad de error de 0'05 a 0'010. La bilirrubinemia indirecta estuvo comprendida entre 0'180 y 1'035 mg. por ciento, con promedio de 0'433 ± 0'161 y desviación standard 0'48 ± 0'11; la disminución fue de 10 por ciento, con probabilidad de error de 0'70 a 0'80.

En el séptimo mes de gestación la bilirrubinemia total alcanzó las cifras extremas 0'270 y 0'810 mg. por ciento, con promedio de 0'50 ± 0'051 y desviación standard 0'17 ± 0'04; la disminución fue de 44 por ciento, con probabilidad de error entre 0'001 a 0'01. La bilirrubinemia directa estuvo comprendida entre 0'135 y 0'360 mg. por ciento, con promedio de 0'20 ± 0'02 y desviación standard 0'077 ± 0'01; la disminución con la cifra normal fue 41 por ciento, con probabilidad de error de 0'01 a 0'001. La bilirrubinemia indirecta alcanzó una concentración comprendida entre 0'135 y 0'495 mg. por ciento, con promedio de 0'30 ± 0'12 y desviación standard 0'384 ± 0'09; la disminución con la normal fue de 58 por ciento, con probabilidad de error de 0'20 a 0'30.

En el octavo mes de gravidez, la bilirrubinemia total alcanzó las cifras extremas de 0'315 a 0'900 mg. por ciento, con promedio de 0'587 + 0'06 y desviación standard 0'20 ± 0'04; la disminución alcanzó 25 por ciento, con probabilidad de error entre 0'05 a 0'10. La bilirrubinemia directa dio como cifras extremas 0'090 y 0'405 mg. por ciento, con promedio de 0'234 ± 0'02 y desviación standard 0'080 ± 0'018; la diferencia alcanzó 23 por ciento, con probabilidad de error de 0'02 a 0'05. La bilirrubinemia indirecta arrojó las cifras extremas de 0'220 y 0'630 mg. por ciento, con promedio de 0'352 ± 0'14 y desviación standard 0'44 ± 0'10; la disminución con la normal fue de 36 por ciento, con probabilidad de error entre 0'40 a 0'50.

En el noveno mes de embarazo, la bilirrubinemia total alcanzó una concentración de 0'495 a 0'770 mg. por ciento, con promedio de 0'635 ± 0'027 y des-

viación standard 0'082 ± 0'01; la disminución fue 15 por ciento, con probabilidad de error entre 0'05 a 0'10.

La bilirrubinemia directa estuvo comprendida entre 0'180 y 0'330 mg. por ciento, con promedio de 0'255 ± 0'017 y desviación standard 0'051 ± 0'012; la disminución fue de 23 por ciento, con probabilidad de error entre 0'01 a 0'001. La bilirrubinemia indirecta alcanzó las cifras extremas de 0'330 y 0'595 mg. por ciento, con promedio de 0'39 ± 0'14 y desviación standard 0'43 ± 0'10; la diferencia fue de 25 por ciento, con probabilidad de error entre 0'50 a 0'60.

Por los resultados que obtuve puedo afirmar que la bilirrubinemia en la mujer gestante tiende a disminuir durante los primeros meses del embarazo; pero a partir del sexto mes trata de alcanzar la concentración normal.

La menor concentración fue en el tercer y cuarto mes de gravidez, por lo que se puede afirmar con MEYER y BODANSKY [21], que depende de la constancia aproximada de las cifras de producción y de excreción.

Además, debe recordarse que en la mujer embarazada la anemia es frecuente, en especial en el segundo tercio del período gestacional, cuya causa sería la ferropenia en la gestación. En los siguientes meses de gestación, hasta el noveno, la concentración media de las bilirrubinemias sanguíneas aumenta en forma progresiva, en relación probable con el desarrollo del feto.

BÁEZ VILLASEÑOR y ESCOBAR BEREA [3], de México, estudiaron seis diferentes pruebas hepáticas en noventa embarazadas, comprobando insuficiencia hepática, que relacionan con déficit de ingestión alimenticia. Admiten que en el embarazo, el hígado está sometido a sobrecarga de trabajo, por las exigencias fetales, con mengua consecuente de sus reservas, pudiéndose originar perturbaciones metabólicas. El aumento de bilirrubina indirecta en el embarazo, lo relacionan con exaltación del S. R. E., que produciría mayor hemólisis para satisfacer las demandas fetales. La placenta en el último tercio del embarazo y especialmente al final de la gestación, aumenta la síntesis de derivados con núcleo «hem», que daría una carga mayor de substracto para la formación de bilirrubina.

EDUARDO JURADO GARCÍA [16] y colaboradores sostienen que el metabolismo de la bilirrubina en el feto es independiente a la de la madre y que la lisis de los glóbulos rojos fetales de vida media notablemente inferior a la de los adultos, se detoxifica y probablemente se metaboliza en la placenta, ya que el hígado fetal con déficit enzimático está incapacitado para hacerlo en forma eficiente.

CONCLUSIONES

1.ª Investigué bilirrubinemia en noventa gestantes, que concurrían a los Consultorios Externos de la Maternidad de Lima (Perú), y treinta mujeres adultas jóvenes, aparentemente sanas, no gestantes.

2.ª Cuantifiqué bilirrubinemia con la técnica de MALLOY EVELYN.

3.ª En treinta mujeres no gestantes, la bilirrubinemia dio los siguientes resultados estadísticos:

Bilirrubina total: Cifra media, 0'736 mg. por ciento. Error standard, ± 0'04417. Desviación standard, 0'2385. Error standard ± 0'0309. Coeficiente de variación, 32'42 por ciento y cifras extremas comprendidas entre 0'360 y 1.330 mg. por ciento. Bilirrubina directa: Cifra media, 0'290 mg. por ciento. Error standard, ± 0'0030. Desviación standard, 0'16509. Error standard, ± 0'0214. Coeficiente de variación, 56'92 por ciento y cifras extremas comprendidas entre 0'110 y 0'730 mg. por ciento. Bilirrubina indirecta: Cifra media, 0'480 mg. por ciento. Error standard, ± 0'0597. Desviación standard, 0'3227. Error standard, ± 0'0419. Coeficiente de variación, 67'33 por ciento, y cifras extremas comprendidas entre 0'180 y 0'980 mg. por ciento.

4.ª Las cifras medias de las bilirrubinas encontradas en el primer mes de gestación fueron: Bilirrubina total, 0'5674 mg. por ciento; bilirrubina directa, 0'2438, y bilirrubina indirecta, 0'3236 mg. por ciento.

En el segundo mes: Bilirrubina total, 0'5726; bilirrubina directa, 0'2545, y bilirrubina indirecta, 0'3178 mg. por ciento.

En el tercer mes, las cifras medias fueron: bilirrubina total, 0'4285; bilirrubina directa, 0'1735, y bilirrubina indirecta, 0'2550 mg. por ciento.

En el cuarto mes: Bilirrubina total, 0'4960; bilirrubina directa, 0'2310, y bilirrubina indirecta, 0'2650 mg. por ciento.

En el quinto mes encontré como cifras medias: Bilirrubina total, 0'5360; bilirrubina directa, 0'2190, y bilirrubina indirecta, 0'3170 mg. por ciento.

En el sexto mes, las cifras medias: Bilirrubina total, 0'6345; bilirrubina directa, 0'2015, y bilirrubina indirecta, 0'4330 mg. por ciento.

En el séptimo mes de embarazo, las cifras medias fueron: Bilirrubina total, 0'5080; bilirrubina directa, 0'2050, y bilirrubina indirecta, 0'3030 mg. por ciento.

En el octavo mes de gestación, las cifras medias fueron: Bilirrubina total, 0'5870; bilirrubina directa, 0'2345, y bilirrubina indirecta, 0'3525 mg. por ciento.

En el noveno mes, las cifras medias de bilirrubinemia alcanzaron: Bilirrubina total, 0'6357; bilirrubina directa, 0'2350, y bilirrubina indirecta, 0'3907 mg. por ciento.

5.ª Comprobé que en los primeros meses del embarazo, la bilirrubinemia disminuye discretamente y en los últimos meses aumenta progresivamente.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo las variaciones cuantitativas de la bilirrubina en gestantes, analizando sus características en las tres clases: total. directa e indirecta, tratando de puntualizar sus oscilaciones, según los meses de gestación, con objeto de encontrar un dato que ayude a descubrir la disfunción hepática.

Las experiencias han sido realizadas en noventa mujeres embarazadas de distintos meses con estado nutritivo deficiente y utilizando la técnica de Malloy Evelyn. En general, de los resultados obtenidos puede afirmarse que la bilirrubinemia en las gestantes tiende a disminuir durante los primeros meses para alcanzar la concentración normal a partir del sexto mes del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. AHUMADA, J. C.—«Obstetricia y Ginecología». Buenos Aires, 1956.
2. BOTELLA LLUSIA, J.—«Patología Obstétrica». Barcelona, 1961.
3. BÉEZ VILLASEÑOR, J.. y ESCOBAR BEREA, I.—«Las proteínas sanguíneas y las pruebas de funcionamiento hepático en el embarazo». *Rev. de Inv. Clín.*, 1: 279. 1948.
5. CORONA, L.—«Química normal y patológica de la sangre». Santiago de Chile, 1948.
6. DELGADO FEBRES, E.—«Bilirrubinemia». Anales de la Facultad de Medicina de Lima. 32: 29, 1949.
7. DEULOUFEU, V., y MARENZI, A. D.—«Química Biológica». Buenos Aires, 1951.
8. DINE, M. S.—«Hyperbilirubinemia in the Newborn Premature Infant». *Am. J. Dis. Child.*, 88: 810, 1954.
9. DUCCI, H., y WATSON, C. J.—«The quantitative determination of the Serum Bilirubin with special Types». *J. Lab. Clin. Med.*, 30: 293. 1945.
10. FANCONI, G., y WALLGREN, A.—«Tratado le Pediatría». Barcelona, 1956.

11. FIERRO DEL RÍO, L.; ARRIETE, D., y CANO V., F.—«Estudio de las fracciones libre y combinada de la bilirrubina sanguínea en diversos estados patológicos». *Rev. Inst. Sal. Enf. Trop.*, 9: 283, 1948.
12. GUZMÁN BARRÓN, E. S.—«Bilirrubinemia». *Medicina*, 10: 77, 1931.
13. GUERRA BUSTAMANTE, A.—«Contribución al estudio de la obstrucción biliar desde el punto de vista fisiopatológico». Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1951.
14. HOSANNAH DE OLIVEIRA.—«Ictericia de recién nacidos». *Rev. Brasileira de Medicina*, 14: 732, 1959.
15. JURADO GARCÍA, E.; DE LOS COBOS, J.; ORTIZ, F.; MÉNDEZ, C.; AGUILAR. J., y OJEDA, J.—«Estudios sobre bilirrubinemia en el período neonatal». *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 19: 157, 1962.
16. JURADO GARCÍA, E.; DE LOS COBOS, J.; CASTRO ABITIA, H.; MÉN EZ, C.; ORTIZ, F., y CARDENAS, J.—«Estudios sobre bilirrubinemia en el período neonatal». *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 19: 173, 1962.
17. JIMÉNEZ DÍAZ. C.—«Metabolismo de la bilirrubina en la ictericia». *Rev. Clín. Española*, 69: 114, 1958.
18. LATHE, G. H., and WALHER MARJORIE.—«An enzimatic defect in human neonatal jaundice and in gunn's strain of jaudinced rats». *Bioch. J.*, 67: 9, 1957.
19. MALLOY, H. T., and EVELYN, K. A.—«The determination of bilirubin with the photoelectric cilorimetric». *J. Biol. Chem.*, 11: 481, 1937.
20. MARTIN, N. H.—«Preparations and Properties of serum and plasma proteins. XXI Interactions with bilirubin». *J. Amer. Chem. Soc.*, 71: 1.230, 1949.
21. MEYER, O., y BODANSKY, P.—«Bioquímica de la enfermedad». México, D. F. 1922.
22. MONTALVO, D.—«Bilirrubinemia en el recién nacido». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1961.
23. PAUL HARI.—«Química Fisiológica». Barcelona, 1935.
24. PI SUÑER, S.—«Físico-química biológica». Madrid, 1956.
25. FICÓN REATEGUI, E.—«Cuadro hemático del recién nacido y de la madre en trabajo de parto». *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 32: 149, 1949.
26. RAPHALKES, J., et KAGANOVICH, J.—«La question de la bilirrubinemia chez les femmes enceintes». *Ginec. et Obst.*, 19: 171, 1929.
27. SCHMID, R.; BUCKINGHAM, S.; HAMMAKER, L., and MENDILLA, G.—«Bilirubin metabolism in the fetus». *A. M. A. J. Dis. Child.*, 98: 631, 1959.
28. VILLAVICENCIO NÚÑEZ, M.—«Pruebas de función hepática en el embarazo normal y la eclampsia». *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 35: 204, 1952.
29. VALENTINO, A.—«Sulla Bilirrubinemia nella está infantile». *Atti. della Soc. Medico-Chirurgica di Padova*, 16: 577, 1937.
30. WATSON, J.—«Analytic Methods for Bilirubin in blool plasma». *J. Clin. Chem.*, 7: 603, 1961.
31. ZELASCO, J.—«Bilirrubinemia normal». *Tesis de Doctorado en Medicina*. Buenos Aires, 1956.

Dirección:
Cátedra de Farmacología. Facultad de Farmacia de la Universidad de Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART-MONÉS». — SERVICIO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NTRA. SRA. DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA
Director: A. GALLART-ESQUERDO

CORTICOTERAPIA LOCAL EN LA RECTOCOLITIS MUCOHEMORRÁGICA *

POR EL

DR. A. GALLART-ESQUERDO

BARCELONA

BASÁNDOSE en los favorables resultados que proporciona la coorticoterapia local en las afecciones cutáneas, oculares y articulares, se ha preconizado (TRUEVOLE, ALLOIDI y MURATORI, etc.) su empleo en la rectocolitis mucohemorrágica.

Con la terapéutica tópica se pretende una acción antiinflamatoria local sobre la mucosa rectosigmoidea y evitar, a causa de la poca absorción de los corticosteroides por vía rectal, los peligros que encierra la administración oral o parenteral de tales fármacos.

Conviene subrayar que la pretendida escasa absorción de los corticosteroides por la mucosa rectosigmoidea no es común a todos ellos, sino que depende del fármaco empleado. Así, por ejemplo, la administración rectal de 5-10 mg. de betametasona —que es unas cincuenta veces más activa que la hidrocortisona— con frecuencia provoca efectos secundarios indeseables, tales como cara de luna llena, acné facial, etc.; si se reduce la dosis de aquélla a 4 mg., disminuyen los efectos indeseables al cincuenta por ciento; pero, desgraciadamente, también bajan en la misma proporción los éxitos terapéuticos.

Cuanto menor es la absorción del corticosteroide por la mucosa rectosigmoidea, lo que permite que esté más tiempo en contacto con ella, tanto mejores son los resultados terapéuticos.

Por vía rectal, los corticosteroides pueden administrarse: *a*) a través del rectosigmoidoscopio, según la técnica de Alloidi y Muratori (25-50 mg. de hemisuccinato de hidrocortisona diluídos en 10 c. c. de suero salino isotónico estéril, una o dos veces al día; *b*) por enema mediante sonda rectal delgada y jeringa de cristal, o en enema gota a gota 100-200 mg. de hemisuccinato de hidrocortisona mezclados con 120-150 c. c. de suero salino isotónico, administrados en 30-40 minutos, para retenerlos cuanto más tiempo mejor, una o dos veces al día; *c*) en supositorios que contengan 5-10-20 mg. de prednisolona; estos últimos son útiles en las rectocolitis mucohemorrágicas limitadas al recto, o cuando las lesiones predominan en este segmento.

La indicación principal de la corticoterapia por vía rectal son las formas benignas o de mediana gravedad de la rectocolitis mucohemorrágica (casos ambu-

* Comunicación presentada en la «XIV Reunión de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición», Las Palmas de Gran Canaria - Tenerife, 24-31 de julio de 1963.

latorios, afebriles, caracterizados por fases de agudización y de remisión, con heces mucosanguinolentas o mucosanguinopurulentas e imagen rectosigmoidoscópica típica con edema y congestión hemorrágica de la mucosa, pero sin úlceras, estenosis, ni seudopólipos inflamatorios), sobre todo cuando las lesiones radican, o predominan, en el recto, el sigmoide y el colon descendente. En tales formas clínicas los resultados son favorables (70-80 por ciento de los enfermos), y mejores en los casos recientes que en los inveterados.

En general, la mejoría clínica y rectosigmoidoscópica se inicia a los tres-cinco días (disminuyen la sangre, las glerosidades y el pus), y transcurridos diez-quince días más, las heces son de aspecto normal y la mucosa rectosigmoidea adquiere el típico aspecto granuloso, afresado, que con tanta frecuencia observamos en las fases de remisión de la rectocolitis mucohemorrágica, o es casi normal.

Estos resultados son válidos para las fases de agudización del proceso; pero a medida que se van repitiendo las recidivas, aquéllos suelen ser menos favorables.

Hemos utilizado 25-50 mg. de prednisolona hidrosoluble, ó 20-40 mg. de hemisuccinato sódico de 6-metilprednisolona, disueltos en 150 c. c. de suero salino isotónico, agua hervida o aceite de hígado de bacalao. Se administran lentamente 30 c. c. de esta solución, con sonda rectal delgada y una jeringa de cristal de 50 c. c. de capacidad, una o dos veces al día, estando el paciente en posición genupectoral. Debe permanecer en esta postura 5-10 minutos, para facilitar el contacto del fármaco con las lesiones de la mucosa rectosigmoidea; luego se le invita a adoptar el decúbito ventral otros 30-60 minutos. Tampoco hay inconveniente en pulverizar una, dos o tres tabletas de prednisona (5 mg.), prednisolona (5 mg.) ó 6-metilprednisolona (4 mg.) y disolverlas en 30 c. c. de suero salino isotónico, o solamente en 1-2 c. c.; en este último caso, se emulsiona la solución en 30 c. c. de aceite de hígado de bacalao.

PATTERSON y MCGIVNEY han demostrado, mediante el examen röntgenológico, que 30-60 c. c. de una solución opaca administrados por enema, alcanzan el colon descendente en su totalidad a las dos horas de permanecer el paciente en decúbito ventral.

Cuando la capacidad de retención del líquido del enema está disminuída a causa del tenesmo rectal, aquélla puede aumentarse con la administración oral de bromuro de propantelina, láudano de Sydenham (que también puede añadirse al líquido del enema), elixir paregórico, etc. Si a pesar de ello hay dificultad o imposibilidad para retener los enemas, éstos no deben proseguirse.

La rectocolitis mucohemorrágica puede tratarse sólo por vía rectal, o asociando esta vía a la oral o a la parenteral. Según TRUELOVE y la mayoría de los autores que poseen experiencia de la vía rectal, los mejores resultados se obtienen con la combinación de la infusión rectal gota a gota y la administración oral de 20 mg. de prednisona. Nosotros sustentamos que el enema administrado con sonda rectal delgada y jeringa de 50 c. c. de capacidad es tan eficaz como la infusión rectal gota a gota, y mucho menos molesta que ella.

RESUMEN

Se comunican los favorables resultados conseguidos con el empleo tópico de los corticosteroides en las rectocolitis mucohemorrágicas, mediante enemas rectales. Su acción es rápida (5-10 días) y la mejoría clínica muy apreciable.

Su indicación principal son las formas de mediana gravedad, con fases de agudización y remisión, tanto más apreciables cuanto más recientes sean sus manifestaciones.

Dirección: Rosellón, 281 bil. Barcelona - 9.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963

SOBRE COMPLEJOS PSÍQUICOS

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

De modo natural nuestro psiquismo es una entidad en cuya función intervienen múltiples factores; tratar de objetivar sus líneas de conexión y aquellos elementos que los condicionan, no siempre es tarea fácil, a pesar de que la psiquiatría está en posesión de conceptos válidos para sus consideraciones clínicas, las cuales margino en vista de consideraciones doctrinales.

La psicología trata de definir caracteres, líneas de conducta, formas convencionales de vida particular y colectiva, desde el único punto accesible, el objetivo y científico, con mejores títulos que las ciencias filosóficas, por cuanto éstas sólo tienen en cuenta cuestiones relativas al pensar, haciendo caso omiso de los factores inherentes que animan nuestra conciencia en general, el acto de pensar en sí mismo.

Por el conocimiento psicológico llegamos a un saber de las cosas y las personas, a poseer un criterio racional y objetivo, no suprarracional y subjetivo, a una concepción más clara sobre el hombre histórico y actual, el hombre eterno en fin, el mundo que somos y nos rodea.

El hombre vive dentro del hombre; con esta frase quiero significar que nuestro ser es psicología condicionada históricamente, con todo el lastre de dominancias psíquicas, complejos infraobjetivos, normoobjetivos y complejos supraobjetivos o subjetivos.

Ese conjunto de términos de uso corriente, como intra o introvertido, superioridad e inferioridad, adaptados o inadaptados, etc., más aquellos otros exponentes, tanto psíquicos como somáticos, que estudia la biotipología, responden directa e indirectamente a factores de complejidad en que lo fundamental somático y lo funcional psíquico interarticulan sus naturales estímulos potenciales; querer establecer límites, fronteras precisas entre una y otra función, es absurdo, por el hecho de que no existen entre ambas, al menos en el orden potencial, lo que sí existe es diferencia funcional en el orden actual, pero una diferencia matizada, un núcleo de información material cosmovegetativa en todas las manifestaciones Las múltiples etiquetas que la biopsicotipología pone en la frente al hombre, solamente sirve de confusión, para una designación u objetivación adecuada al individuo, importa menos una calificación más o menos sobre cada uno, que esto en última instancia sería su designación empírica, que aquello otro genérico en vir-

tud del cual intentamos llegar a un conocimiento de las diversas corrientes o factores energéticos que responsabilizan cada estrato psíquico.

La complejidad de nuestro psiquismo es algo tan profundo como radical; de los llamados complejos clásicos psíquicos no vemos sino sombras, análogas al mito platoniano de la caverna; algo pasa, algo transcurre, el sentido lo percibe, pero nada más; ni la sustancia de la luz, porque estamos de espaldas a ella, ni la visión de la sombra pasajera nos dice nada; nada más que algo ocurre y algo sucede en el hecho de la complejidad psíquica.

Nuestra encrucijada diencéfalo y cerebro interno, ese «puente» somático con decirnos mucho no nos dice todo lo que deseamos saber; hay algo más que problema de encrucijada, por el motivo que hasta la encrucijada participa del hecho de la complejidad. Ahora bien; ¿cuál será el hecho fundamental, el radical potencial y determinante de las notas disonantes del hecho complejo en sí? Tenemos que partir en cada caso del radical cosmotipo en su ser óntico. La anatomía y fisiología vela por sus fueros, y ambas comprenden factores genéticos, aquello que es potencia organogénica, aquello que evolutivamente cursa como hojas blastodérmicas, ectodermo y endodermo, que con el tiempo nos individualizarán con caracteres específicos temperamentales, constitucionales, con dinámicas propias. Aquí situamos el cimiento de los complejos psíquicos, pero, ¿y la estructura de los mismos, si es que tienen estructura y carecen de forma? Entonces el complejo entra de lleno en otro horizonte, en el dinámico potencial y actual, en lo no numerable y medible.

El cosmotipo, en consecuencia, es el agente inductor, potencia indeterminada de la multiplicidad de anversos y reversos, impulsos y regresiones, desplazamientos o bilateralidades, interferencias, sumas o restas de corrientes dinámicas, las cuales por su naturaleza y racional e inconsciente pueden determinar cuándo se actualizan, es decir, cuándo adquieren objetividad consciente esos estados peculiares en que lo normal está condicionado por líneas de movimiento paranormales, el complejo por antonomasia, lo inexplicable *per sé*.

Nuestra polaridad dinámica obedecede a dos corrientes, una, la fuerza inmanente o finalista, de expresión generadora sexual, o líbido cósmica, y la fuerza espontánea pensante o líbido rationalis, cuya compulsión normal o regulada, o su opuesto anormal o disregulada, están a la base de nuestros juicios sobre esta enigmática cuestión en sus leyes compensadoras.

La ciencia médica está comprometida en el estudio de los complejos desde aparatos cuyos postulados son para unos las correlaciones endocrinas; para otros, un pansexualismo como imperativo universal; para otros, aquello que nos informa como seres históricos, el antecedente racial, milenario, ancestral e infantil. El principio de unidad individual regido por una dinámica integral nos permite intuir: primero, que no pueden establecerse compartimentos estancos de exclusividad dinámica, y segundo, que el lazo de conexión entre el soma y la psiquis no es de orden anatómico en sentido estricto, sino dinámico, al modo de fuerzas y energías físicas, al modo de un género de energía ultrafísica, cuyo nombre no hemos encontrado y que responsabiliza como síntesis de aquello posible y actual del fenómeno del pensamiento en general.

Por este motivo no tenemos otra alternativa, si queremos estudiar el psiquismo, que establecer correlaciones entre supuestos estratos funcionales que pueden servir de nexo o «puente» entre potencias cósmicas y actos racionales; estas premisas nos obligan a enfocar la complejidad psíquica desde tres niveles distintos proporcionados por una analítica de los mismos; primero, complejos psíquicos de signo neurovegetativo; segundo, complejos psíquicos de signo racional objetivo, y tercero, complejos psíquicos de signo suprarracional subjetivo, de expresión convergente y totalizadora de la conciencia en general.

Complejos de signo neurovegetativo

De menor a mayor organización, este sistema rige el principio de individualización con sus correlatos de desarrollo y genéticos, hasta llegar en el hombre hasta su más alta diferenciación anatómica y funcional.

Ahora bien, ¿qué papel debemos atribuir al sistema neurovegetativo como agente condicionador de nuestros sistemas anímicos? Este sistema, considerado como estructurador de individuos, de un lado, y, por otro, dotado de aparatos de percepción o sensoriales, tendremos que por la correlación intrínseca de ambos, se ordenan una serie de funciones que concurren a una finalidad existencial, la de contribuir a las operaciones nutritivas y genéticas, de un lado, y de otro, por sus aparatos sensoriales, a ponerse en relación directa con el mundo exterior; su *per sé* perceptivo, que no tiene otra finalidad que la de contribuir a su condición de desarrollo y generación. Este sistema percibe para nutrirse adecuadamente, y se nutre para percibir los estímulos en sus series diferenciadas, que si son nocivos los rechaza, si son convenientes los apropia naturalmente con aquellos movimientos que se traducen en grados emocionales positivos y negativos, con la correspondiente participación de los demás órganos anejos al sistema en cuestión.

Tenemos, pues, un fundamento, una radicalidad polar de orden natural, cósmico, involuntaria, inconsciente, emotiva, en continua actividad fisiológica, que responsabiliza nuestro ser corporal pesado y gravitante, en permanente alternativa de atracciones y repulsiones, ante el mundo circundante sometido a sus mismas leyes de contingencia y relatividad.

Lo vegetativo es el cimiento sólido inconmovible, la estructura cósmica diferenciada, que nos tiene y nos sostiene en el concierto de los seres naturales, como arrojados al existir cotidiano. Esta realidad nos permitirá calibrar el grado de trascendencia de nuestras disposiciones naturales, raíz imperiosa y soberana de tendencias, inclinaciones ante una mente racional, como agente inductor de complejos anímicos en su primigenia intencionalidad.

Somos medularmente cosmotipos con todas las estructuras y contingencias temporales y geográficas; es, por lo tanto, necesario contar con esta fisiología de la inmanencia en todas nuestras valoraciones psíquicas como denominador común de la persona; los cuatro temperamentos hipocráticos pesan muy mucho como sustancia natural de nuestras reacciones y actitudes ante la vida.

Lo vegetativo impone, impulsa y dirige nuestra elementalidad nutritiva y sexual, con una voluntad inexorable de captación de dominio de afán de poder, que si lo consideramos esto último como ambición, como vanidad u otros adjetivos, es porque no calamos la hondura de las leyes vegetativas con su dialéctica absorbente y materialista. El hombre escribe dos historias, la vegetativa y la suprarracional; ambas intentan dominar siguiendo caminos distintos, olvidando que lo humano es materia de un lado, deleznable sí, pero con una razón que le instrumenta ordenada y concertadamente.

En el círculo vegetativo constelan fuerzas, *primun movens*, que se significan como movimientos de simpatía o atracción, o sus contrarios de antipatía o de repulsión, así como los de indiferencia, que en nada tienen que ver con nuestro psiquismo racional; el acto de simpatizar, congeniar, formar conjuntos, gregaris-

mos, colonialismos, etc., responden a una teleología de oculto designio vital. Lo vegetativo asocia, une, congrega, reúne, articula las formas de vida hasta las más espirituales y filosóficas; comer, amar, jugar, rezar, divertirse, procesionar, es el eterno concierto con notas muy dispares en cuya instrumentación desarrolla la mente sus potencias rectoras, ocultándonos sus orígenes potenciales.

Por esta causa, lo vegetativo responsabiliza nuestro sentimiento social o de comunidad como condición integral de impulsos vegetativos, los cuales nos arrastran de modo natural y espontáneo por corrientes de cooperación en círculos diversificados, anchos o estrechos en que nos desenvolvemos, adaptados unas veces o inadaptados otras, como resultado de nuestro poder intrínseco de afinidad biológica.

La específica orientación que cada persona da a su vida, su línea de movimiento, lleva un coeficiente de gravitación vegetativa dentro del cual está delimitado física y psíquicamente, aun en aquellos casos en que la cultura intenta desviar sus fundamentos. Ni aun con ello el hombre logra desembarazarse de su fondo de irracionalidad de modo absoluto, como lo indican las crisis y lapsos históricos. En y por la educación tratamos de eliminar la escoria natural de todo primitivo impulso inconsciente.

Complejos psíquicos de signo racional

Constituyen la función del pensar objetivo, en su estricta manifestación consciente y voluntaria, aquello diferenciado y opuesto del radical inconsciente o potencial irracional.

Si el universo vegetativo lo consideramos como un sistema de regulación entre estímulos aferentes y eferentes, receptor y transmisor, de su mutua relación resulta el acto perceptivo, configurado o no, lo representado, como factor potencial de nuestras funciones racionales en su más clara y distinta acepción. En este nivel, nuestra mente, valga la metáfora, es una caja de resonancia que sintoniza con el cosmos, concreta y abstractamente, y también consigo misma, lo que significa que percibimos estímulos de todo orden dentro de un umbral proporcionado a cada especificidad sensorial.

Ahora bien, supuesto el caso más elemental, el de la simple sensación, estamos situados frente a aquello percibido, al objeto concreto que el estímulo provoca en nuestra mente; hasta aquí lo percibido en todos sus casos es el antecedente, la premisa potencial determinante material del acto funcional o pensante, que nada tiene que ver con el acto de razonar o razón propiamente dicha.

Las potencias físicas como potencias materiales, son irracionales; solamente cuando reflexionamos sobre ellas se hacen conscientes, en ese momento que las actualizamos, es decir, cuando la mente entra en proceso de lógico movimiento; por este proceso comparamos, equiparamos, separamos, dividimos, analogamos, en virtud de lo cual clasificamos, hacemos historia natural, en fin; así actualizamos primariamente los objetos mentales. A continuación, cuantificamos, calificamos y establecemos sistemas de relación, etc. El proceso racional sigue su movimiento cuando procedemos de modo abstractivo, siguiendo líneas de movimiento generalizadoras en sus relaciones espacio-temporales, fundamento de las leyes físico-matemáticas de los cuerpos, todo lo cual servirá de fundamento para juicios singulares generales y universales en cuyo mecanismo debemos incluir los procesos lógico inductivo y deductivo, el acto de pensar estrictamente racional por antonomasia. Gracias a este poder abstractivo, superamos las simples representaciones,

lo material o puntual de las mismas, alcanzando aquello genérico y substantivo de los cuerpos en general.

El acto racional en sí es siempre una magnitud objetiva que admite todos los casos posibles con las relaciones adecuadas, que no debemos ultrapasar sus límites con consideraciones subjetivas extrañas al objeto considerado; entendiendo por subjetividad una actividad racional consciente valorativa de la totalidad anímica.

El yo racional objetivo tiene fronteras intransferibles propias; así como el yo suprarracional no las posee por abarcar sistemas de valores totales; si el uno es de índole científica y cultural, el otro es de índole doctrinal, programática, espiritual; el yo racional objetivo hace ciencia física y ultrafísica; el yo racional subjetivo hace ciencia sobre universales que versan sobre contenidos cuya validez psíquica ofrece tantos aspectos, diferencias y contrastes como individuos, lo cual es causa de los mal entendidos que acosan a las mentes, tanto normales como patológicas.

Debido a la inconsciencia relativa de nuestra mente, a la falta o carencia discriminatoria, entre la operación objetiva o realista y la operación subjetiva ideal valorativa, nuestros contenidos mentales no son claros ni distintos, lo que da origen a polémicas a enfoques personalistas que desvirtúa la lógica de los hechos en su natural modo de interpretarlos.

Esta dicotomía está en la base por su importancia en cuanto a nuestra función racional; una mente que no esté capacitada a esta distinción está predispuesta a no tener un punto de apoyo crítico, científico, moral y religioso, porque nuestra mente con sus múltiples registros no puede dar de sí sino disonancias que se hacen patentes a una analítica psicológica de sus contenidos; el objeto y el sujeto nos imponen graves deberes racionales respecto a sus contenidos.

Si a estos factores de intrínseca fenomenología racional se suman los determinantes hereditarios, étnicos, de ambiente, de cultura y otros muchos propios de las mentes primitivas y estado evolutivo, podrá deducirse que nuestras vivencias anímicas son inconmensurables; si esto es corriente en estados normales, en los paranormales y neurósicos la complejidad mental es caótica; en estos casos conviene centrar bien nuestras premisas no con supuestas subjetividades, sino concretándonos a la objetividad estructural de nuestra naturaleza mental, la cósmica o telúrica, la racional objetiva y la suprarracional subjetiva, ese extraño mundo de imaginaciones ideales, que son los cimientos sobre los cuales deben descansar nuestros juicios psíquicos si queremos que la ciencia psicológica no se extravíe por sendas novelescas o por ásperos caminos proselitistas.

La esfera racional, situada entre dos entidades, la potencial vegetativa como polo inferior, y la entidad polar suprarracional como razón de trascendencia, cabe la más grave responsabilidad en orden a la naturaleza de los complejos normales, subnormales y patológicos. Según donde descansen los fundamentos de sus motivaciones, nos darán la clave para tener juicios clínicos objetivos sobre complejos psíquicos.

Complejos de signo suprarracional

Son los que nos informan subjetivamente en todas sus manifestaciones. Lo suprarrenal hace referencia a vivencias anímicas en las que se incluyen sistemas de lo que entendemos como valores trascendentes, los cuales nos determinan a concepciones *sui géneris*, conocidas como sentimientos y creencias.

Los valores trascendentes afectan a nuestras vivencias con signos positivos y signos negativos, haciéndonos participar en las series contingentes de cosas y personas, en sus múltiples aspectos de verdaderas, buenas y bellas, y sus opuestas falaces, malas y feas, con el consiguiente factor afectivo y emocional de las mismas.

Definir aquello verdadero, bueno y bello de las cosas y vivencias, es tarea difícil; cada individuo está capacitado de modo natural a un nivel de relaciones afectivas con su coeficiente de asimilación, identificación y expresión. Los sentimientos, las creencias por corresponder a nuestra profundidad estimulativa no presenta perfiles concretos, sino que sus límites abarcan nuestra conciencia en su totalidad, cuya propiedad sirve de base para una calificación psicológica.

Precisamente esta multiplicidad de factores que modifican nuestro mundo psíquico haciéndonos tan diferentes, requieren por parte del analista, tanto si trata de estados presuntos de normalidad como sus opuestos de anormalidad, un sentido crítico ponderado, y hasta cierta cultura filosófica fundamental que le permita objetivar con recto juicio aquello subjetivo que como objeto es lo que trata de analizar. Lo ontológico en estos casos debe servir de fundamento a una lógica proporcionada que nos evite el ultrapasarla con gratuitas imaginaciones, defecto muy corriente en la ciencia psicológica. Lo que da carácter y solidez doctrinal a esta esfera suprarracional es su propiedad radical, la que tiene de afectar a la totalidad vivencial, queriendo significar con este término su *poder de convergencia* sobre el conjunto vivencial psicosomático, o sea, que por tener conexiones con los otros niveles racionales da ocasión a formas específicas directrices de conductas, estilos personales, desde las formas más inferiores hasta las más superiores y geniales.

Lo sentimientos y creencias impregnan nuestra conciencia con los más específicos exponentes valorativos positivos y negativos, de modo tan sólido que son el eje diamantino en el cual giran nuestros sistemas vivenciales. Ni con los reflejos más fuertemente condicionados puede modificarse el natural propio estimativo personal; sin embargo, existen casos de giro radical, de conversión de sistemas anímicos, de vuelta del natural propio, los cuales casi siempre radican en factores antecedentes, en fuerzas premonitoras desde la edad infantil.

A poco que se ahonde en nuestras relaciones sociales históricas y actuales veremos que la íntima estructura, el psiquismo por el que se rigen, responden a factores valorativos trascendentes más o menos transfigurados, por contenidos suprarracionales, con acentos más o menos tradicionales o arcaicos, en lucha dialéctica con contenidos innovadores, que son la razón dinámica de la vida, no podremos confinarnos en formas estáticas, porque lo dinámico está en la naturaleza de las cosas; nos debemos al devenir histórico, en aquella medida de objetividad valorativa ecuánime de nuestros contenidos psíquicos, porque en última instancia el hombre de todo tiempo ha vivido en la sustancia grosera o limpia de sus contenidos psíquicos.

Ante el panorama de nuestros contenidos radicales, se dibujan toda suerte de accidentes y obstáculos; complejos de superioridad, de inferioridad, complejos de adaptación y de inadaptación, etc., con índices positivos y negativos cuya analítica nos pondrá sobre la pista de vivencias convergentes, divergentes y paradógicas, un mundo, en fin, de fuerzas opuestas con sus índices tensionales creadores de complejos y conflictos. Esas figuras humanas que la literatura ha hecho célebres: Hamlet, Fausto, D. Quijote, D. Juan, etc., son tipos de complejos psíquicos, dentro de las líneas suprarracionales, en sus modos de sentir, de creer, de aceptar valores universales desde los ángulos más encontrados y diversos.

Pensar desde la hondura de nuestras vivencias de valor, verdad, bondad, belleza, es intentar penetrar en lo radical de nuestra naturaleza, el cual, como hemos dicho, condicionan nuestras estructuras mentales, con toda la pesada carga de lo milenario, ancestral, colectivo e histórico, factores no siempre fáciles de perfilar. El hombre cotidiano, por ello, es un conjunto maleable, dócil, flexible a las más arbitrarias teorías y doctrinalismos, a pesar de que cada «se» o cada «mí» al modo de STIRNER presente enfoques de aparente originalidad. Individualmente, respondemos a tantos complejos como valores nos constituyen; unos, racionales; otros, éticos; otros, religiosos; otros, políticos; otros, económicos; ese mundo de profundidades está anclado en nuestra naturaleza con caracteres cuyas aristas tratamos de evitar en las situaciones más comprometidas, con todas las energías, con todas las tácticas más apropiadas a nuestras naturales disposiciones.

Queremos subrayar el hecho de nuestras estructuras psíquicas; primero, partiendo de la pluridimensionalidad de los factores que la integran; las series innúmeras de estímulos físicos y conceptuales objetivos de ellos derivados; asimismo aquellos imágenes de espontaneidad intelectual o intuiciones; toda la casuística de asociación de términos y juicios resultantes forman el cimiento común de afectividades escalares en todas sus cualidades y cantidades con su índice propio emocional, el cual actúa como potencia determinante de todos los movimientos psíquicos, globalizándolos en ese nivel superior de nuestros sentimientos y creencias, lo suprarracional, lo profundo y radical *per sé*, la subjetividad por antonomasia, que es la clave de nuestros deseos e intencionalidades, aquello que nos mueve y conmueve y nos empuja en nuestras decisiones atendiendo órdenes valorativos y trascendentes.

En los sentimientos y creencias, culmina el enfoque de nuestra naturaleza física y conceptual, arcaica, ancestral, colectiva, histórica, mítica e infantil; el hombre intemporal. Depurar nuestra psíquis de todas las impurezas míticas, de todo aquello adventicio y fantasmagórico, más o menos decorativo, que nos impide una objetividad real con sus cualidades, es tarea de un mañana no muy lejano, si queremos ser sinceros con nosotros mismos, finalidad no fácil de lograr.

Los sentimientos totalizan la individualidad, entendiendo por este concepto su poder articulador y sintético, la propiedad de convergencia de las funciones psíquicas, por las que matizamos, coloreamos y nos situamos en el primer plano, para seguir sus líneas volitivas y discursivas, por aquello íntimo inefable que nos mueve o conmueve. A su influjo, se ponen en actividad todos los registros anímicos, positiva o negativamente, con dominancias vegetativas, racionales y metarracionales, en fin, al hombre, en todos sus horizontes y perspectivas materiales, científicas y espirituales.

RESUMEN

Se refiere el autor al intrincado tema sobre complejos psíquicos, que está a la orden del día, puesto que nuestros actos y modos de atener a las condiciones en que se desarrollan las formas de vida actuales, son fiel reflejo de que somos producto de contenidos mentales específicos, diferenciados en cada individuo, según los estratos psíquicos en que radican.

Dirección: General Franco. 66. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

BIOGRAFÍA DEL EMINENTE CIRUJANO D. RICARDO LOZANO MONZÓN, *por el doctor* FERNANDO ZUBIRI VIDAL. *Un vol. (16 por 22 cm.) de 127 páginas, con varias láminas; rústica. Editado por Instituto Ulta, Gascón de Gotor, 4 y 6, Zaragoza. 1963.*

HAY figuras a las que el tiempo ha ido realzando y que hoy constituyen un ejemplo y una enseñanza para las generaciones que les suceden. Tal es el caso del profesor Lozano Monzón, a quien la pluma ágil y amena de Fernando Zubiri dedica este volumen, en que traza su biografía y nos evoca situaciones y acontecimientos vividos que permanecían adormecidos en las sombras de recuerdos, gratos, pero nunca olvidados.

En aquella Facultad del primer cuarto de siglo, señorial y familiar a un tiempo, de la que tantos guardamos un gran recuerdo —por remontarse a épocas de nuestra juventud—, figuraba en lugar preeminente, en la plenitud de sus triunfos profesionales y académicos, el profesor Lozano Monzón.

Sus éxitos quirúrgicos, su reconocimiento y distinciones en el extranjero, su consideración entre la docencia española, rodeaban su figura de un respeto casi mítico. Su trato austero y a la vez afable, ponderado y paternal con los estudiantes, le hacían ser respetado y querido por todos, como profesor y como decano.

Zubiri recuerda certeramente, en los primeros capítulos, su trayectoria, desde los años de escolar en Daroca hasta su plenitud como profesor y decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza. En otras partes de su monografía comenta sus actividades, sus viajes, sus triunfos, sus condiciones personales y su obra científica, así como su extraordinaria proyección social en el periodismo y en las finanzas.

Las páginas están trazadas con minuciosidad, con devota simpatía y con respeto, enalteciendo la labor de este gran aragonés, pero conservando su autenticidad y su valor histórico en todo momento.

Esta monografía completísima de Zubiri contribuye a dibujar con la mayor exactitud la personalidad popularísima en Aragón y en toda España de una de las figuras más destacadas de su tiempo, pues eso fue entonces don Ricardo Lozano Monzón.

Por ello merece su autor el sincero aplauso que desde aquí le rendimos por el acierto logrado con este trabajo.—RICARDO HORNO LIRIA.

DEDEF. — *Boletín suplementario número 63, correspondiente al cuarto trimestre del año 1962. San Sebastián.*

SE trata de un volumen de 224 páginas, de las dimensiones habituales y ya clásicas en esta publicación.

Sus secciones son las acostumbradas, mencionando todos los preparados medicamentosos aparecidos en dicho año.

A lo largo de sus páginas no hemos encontrado en este número el anuncio de las modificaciones que preconizaban en los números anteriores. No obstante, suponemos seguirán en pie y pronto tendremos un nuevo volumen aún más práctico y durable. — J. RIVERA.

RÁFAGAS SOBRE LA MEDICINA, *por el doctor* LUIS DEL CAMPO. *Un volumen (12'5 por 17'5 cm.) de 45 páginas; rústica. Precio: 15 pesetas. Ediciones de Conferencias y Ensayos. Madrid, 1963.*

NUESTRO distinguido colaborador y gran amigo, doctor Del Campo, fue solicitado en distintas ocasiones para pronunciar una serie de charlas de carácter general sobre temas relacionados con diversos aspectos de Medicina, Sanidad e Higiene por los micrófonos de Radio Requeté de Navarra.

Dentro de su obligada brevedad, este folleto ofrece una selección de las mismas, en donde con loable afán divulgador se exponen, a toda clase de público, normas y consejos de gran utilidad, con una orientación principalmente profiláctica.

Como excelente escritor y periodista que es Del Campo, ha sabido dar a sus charlas una notable y jugosa amenidad, en un tono ligero y agradable, que contribuye a que fueran escuchadas con agrado y a que sus palabras orienten a muchos en los temas que trata, siempre en provecho de su salud, aireando en todo momento conocimientos muy estimables.

Su lectura, *a posteriori*, en esta obrita resulta agradable y útil, siendo un acierto de esta Editorial el haberlas recopilado, incorporándolas a su excelente colección RICARDO HORNO LIRIA.

AUTORES EXTRANJEROS

CURSO DE PSIQUIATRÍA, *por el doctor* HONORIO DELGADO. *Tercera edición. Un volumen (16 por 23 cm.) de 464 páginas; encuadernación en cartón. Editorial Científico Médica. Vía Layetana, 53. Barcelona, 1963.*

EL profesor sudamericano doctor Honorio Delgado es, sin duda alguna, una de las personalidades mundiales más destacadas en materia de psicología y psiquiatría, a la par que uno de los escritores de lengua castellana de estilo más flúido, puro y elegante; la amalgama de estas dos cualidades hace que sus obras se reediten con frecuencia y los editores se disputen sus originales. Añádase a ello su dilatada labor dedicada a la enseñanza sumando décadas, que le convierte en maestro capacitadísimo y, pudiéramos decir, por antonomasia.

El «Curso de Psiquiatría», título de la obra que tenemos el honor de comentar, es ya conocida en los medios de enseñanza y por los profesionales de la Medicina. Se trata de una reimpresión que alcanza la tercera edición, aval por sí sólo harto elocuente, y como es normativo en tales casos, se hace una puesta al día con respecto a las anteriores, si bien, dado el pequeño espacio de tiempo que media entre unas y otras, se limita a la adición del efecto de algunas drogas y circunstancias terapéuticas.

La obra se halla dividida en dos grandes partes, general y especial. Trata la primera de la psicopatología, y en trece capítulos se hace un resumen exhaustivo de todo lo que abarcan tales materias. En la parte segunda, que se subdivide en dieciocho capítulos, se desarrollan los grandes síndromes mentales y nerviosos con arreglo a los modernos conocimientos y, si se quiere, concediendo alguna mayor amplitud a lo relativo a neurosis y psicoterapia, pero constantemente sin salirse de los cánones propios de un libro para estudiantes o para profesionales de la Medicina no especializados en esta disciplina.

Poco más cabe decir respecto a este «Curso de Psiquiatría» del profesor Honorio Delgado, sobre el cual resulta sencillo profetizar, en el sentido de que se irán sumando nuevas ediciones, pues es libro tan didáctico que quien lo posee lo guarda en lugar preeminente para la ojeada rápida del caso discutible, para orientación diagnóstica y para la preparación de cualquier tema psiquiátrico, toda vez que su sencillez expositiva convierte lo árido en fácil y la brillantez del léxico nos servirá para tomarlo como modelo al redactar un informe relacionable con estas disciplinas, teniendo la suerte el autor de ser un virtuoso de la ciencia y del dominio del castellano, escrito también en su lengua vernácula.

La Editorial Científico Médica, consciente del interés de la obra, la edita con solidez encuadernadora, en papel de mucho cuerpo —como para uso del estudiante, que ha de pasar hojas y más hojas de continuo— y con su pulcritud habitual. — LUIS DEL CAMPO.

ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES Y DEL PÁNCREAS, *por el doctor* WALTER HESS. *Un vol. (18'5 por 26 cm.) de 754 páginas, con 267 figuras en un total de 518 ilustraciones y 42 tablas; encuadernado en tela. Editorial Científico-Médica, Vía Layetana, 53, Barcelona. Año 1963.*

EN el año 1961 editábase esta obra (Georg Thieme Verlag) en Stuttgart; dos años más tarde, la Editorial Científico-Médica nos hace el regalo, a los médicos españoles, de su versión al castellano. En nuestra Patria, donde se han publicado recientemente los mejores tratados sobre

enfermedades del hígado (los de Sherlock, Schiff, Beckmann, Popper y Schaffner, Spellberg, etc.), se carecía de un buen libro dedicado a las enfermedades de las vías biliares y del páncreas. Estimamos que no ha podido encontrarse obra mejor para ilustrar al lector que esta que comentamos, redactada por el profesor Hess, titular de las cátedras de Cirugía en las Universidades de Basilea y Alejandría.

Se trata de un excelente tratado sobre la moderna cirugía de las vías biliares y del páncreas, basado en la directa experiencia del autor sobre 1.654 casos operatorios, de los cuales 1.167 fueron sometidos a rigurosa vigilancia postoperatoria durante el transcurso de dieciséis años.

Desgraciadamente, todavía puede escribirse que en determinados ambientes quirúrgicos los fracasos operatorios de los enfermos de vías biliares y páncreas son bastante frecuentes, llegando a veces a registrarse un 50 por ciento de constantes molestias postoperatorias. Estamos seguros que la lectura del libro de Hess por los cirujanos y los médicos contribuirá en gran medida a disminuir aquellos fracasos.

Esta obra es excepcional, porque no solamente pone al día el problema clínico de esta interesante patología, sino porque está escrita con una honradez científica y profesional como pocas veces hemos encontrado en obras de esta índole.

El objetivo de este libro «consiste, en primer lugar, en proporcionar al cirujano práctico un conocimiento exacto de los procesos patológicos que le permita establecer un diagnóstico intraoperatorio correcto y completo y prepararle para que en todo caso sepa escoger el método operatorio oportuno y más racional, incluso en las situaciones extraordinarias, raras y atípicas».

Para ello el autor da cuenta de los métodos diagnósticos que deben ser empleados; de los resultados de su larga experiencia diagnóstica y operatoria; de las técnicas seguidas para cada clase de intervenciones sobre vías biliares y sobre el páncreas; sobre la elección de la operación más conveniente en cada caso y la táctica operatoria seguida. Expone hasta los detalles más mínimos, y descubre con toda sinceridad y honradez los pequeños detalles, que muchas veces son muy importantes y como si dijéramos los «trucos» personales de cada técnica; así va descubriendo la preparación preoperatoria, la anestesia, la indicación metódica, la fisiopatología de cada una de las diversas intervenciones posibles en cada caso clínico; la táctica operatoria que debe seguirse, ofreciendo —fruto de su experiencia— una valiosa guía a través de las diversas situaciones operatorias.

Consideramos de extraordinario valor práctico los capítulos dedicados al curso postoperatorio normal; a los drenajes biliares y sus complicaciones; a los trastornos locales del curso postoperatorio; a las complicaciones pulmonares; a las complicaciones cardiovasculares; al coma hepático y síndrome hepatorrenal, y al tratamiento y diagnóstico de todos estos procesos, que si no son bien conocidos, pueden llevar a la muerte a los operados.

En los primeros capítulos se exponen con todo detalle la anatomía y fisiología de las vías biliares y del páncreas. Después se describen la patología y clínica de las vías biliares y del páncreas, a la luz que sobre este capítulo irradian los modernos métodos exploratorios.

Estas técnicas diagnósticas y su interpretación son expuestas en varios capítulos a cuál más interesante y valioso. La experiencia clínica del autor, avalorada y contrastada por sus hallazgos operatorios, ponen un sello de perfección en la descripción de los «diagnósticos diferenciales», tales como síndromes dolorosos en las enfermedades de la vesícula biliar y del páncreas; signo «colecistografía negativa»; síntoma ictericia; estados agudos peritoneales; pancreopatía aguda; pancreatitis crónica; síntoma hemorragia, «íleo», diabetes, estados hipoglucémicos, etcétera.

En el diagnóstico intraoperatorio se describen con todo detalle y con toda la precisión *de lo muy vivido*, la radiomanometría, pancreatografía, coledoscopia y medida de la presión y flebografía operatoria de la vena porta.

No es posible en pocas líneas dar idea del extraordinario valor de esta magnífica obra, que si resulta imprescindible para los cirujanos, es valiosísima para los médicos.

La ilustración es muy buena: bien reproducidas las numerosas radiografías; demostrativos y muy didácticos los esquemas, y en la parte de técnica quirúrgica los grabados son perfectos, claros, instructivos, acreditándose como una maestra consumada la autora, señorita Ingrid Schaumburg.

La versión española se debe a la maestría del doctor J. Colom, tan acreditado en sus traducciones del alemán. La presentación editorial, insuperable, y por ello debemos quedar agradecidos a la Editorial Científico-Médica, que además ha enriquecido la obra con un interesante prólogo del doctor J. Soler-Roig, experto cirujano catalán y director del Servicio de Cirugía del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.—E. ECHEVERRÍA.

TRATADO DE GASTROENTEROLOGÍA, *por el doctor* JUAN NASIO, *con la colaboración internacional de varias escuelas. Tomo I. Generalidades. Boca y faringe. Esófago y Diafragma. Estómago. Duodeno. Un volumen, encuadernado en tela. Ilustrado con 852 grabados en negro y 35 en color. Salvat Editores, S. A. Barcelona. 1962.*

RECIENTEMENTE tuvimos ocasión de hacer la crítica de una de las numerosas publicaciones del doctor Nasio, figura universal en el campo de la patología digestiva. Discípulo predilecto del creador de la Escuela de Patología Digestiva argentina, doctor Bonorino Udaondo, con cuya amistad personal nos honramos, el doctor Nasio ha continuado y casi podríamos decir mejorado la perseverante vocación clínica e investigadora de su maestro.

Pero el doctor Nasio a sus dotes de clínico une la cualidad de buen escritor médico, y se propuso realizar una idea noble y altruista, o sea. la publicación de un *Tratado universal de patología digestiva*. Empresa difícil, pues para ello habría que unir el interés y el esfuerzo de muchos maestros. El tesón y la valía de Nasio lo ha conseguido, y a la vista tenemos el primer volumen de esa colosal obra, donde se han reunido las enseñanzas de las más diversas escuelas de esta disciplina. Los diversos países están presentes en el libro: Norteamérica, Iberoamérica, Francia, Suiza, Bélgica, Italia, Alemania, España, Inglaterra, etc. Las más prestigiosas figuras médicas de estos países han colaborado, aportando sus valiosas enseñanzas.

La obra comienza con un prólogo del profesor R. Schindler, de Los Angeles (U. S. A.), seguido de otro del doctor Gallart Monés, de España, de tan grata memoria. A continuación, en un extenso exordio, el doctor Nasio explica la génesis y objetivo de este tratado.

El volumen que comentamos está dividido en cinco partes, comprendiendo la *primera* unas generalidades sobre historia y organización de la digestología anatómica del aparato digestivo. Fisiología y terapéutica general del mismo. Son de destacar en este capítulo los apartados dedicados a los factores emocionales en las perturbaciones del aparato digestivo: a la isotopoterapia y a la encuesta clínica en gastroenterología. La *segunda parte* viene dedicada a la patología del esófago y del diafragma. La *tercera* comprende la anatomía, fisiología y patología del estómago; son interesantes y puestos al día, dentro de esta parte, los capítulos dedicados a los métodos electrofísicos intragástricos y su importancia fisiológica y terapéutica, y al citodiagnóstico con el acepillado rotatorio. Son dignos de mención, en su *cuarta parte*, los capítulos sobre síndromes postoperatorios y úlcera péptica y enfermedades hepatobiliares. La *parte quinta* y última trata sobre la patología del duodeno.

Sería larga la enumeración de los autores que han redactado cada uno de los capítulos de la obra. Diremos tan sólo que para cada materia se ha elegido al autor especializado en el tema tratado; que todos los capítulos guardan estrecha unidad en su orientación y extensión y que están representadas todas las escuelas de patología digestivas existentes, representadas por sus figuras más valiosas.

La obra está impresa a dos columnas; los grabados son muy buenos y didácticos y la presentación editorial muy cuidada, como es norma habitual de la casa Salvat.

Felicitamos al doctor Nasio, y con él a todos los diversos colaboradores: todos los médicos le debemos gratitud por haber llevado a cabo una obra tan magnífica.—ECHEVERRÍA.

PROGRESOS DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, *por el doctor* CHARLES K. FRIEDBERG. *Tomo I: Métodos diagnósticos, arritmias cardíacas. Un volumen (17'5 por 25 cm.) de 610 páginas, con numerosas figuras y gráficos; encuadernación en tela. Editorial Científico Médica. Vía Layetana, 53. Barcelona, 1963.*

LA obra que comentamos está integrada por una serie de capítulos —de tipo monográfico— escritos por destacadas figuras de la Cardiología. La lectura y estudio del libro nos hace resaltar el vertiginoso avance y los progresos realizados en patología cardiovascular. El índice es sugestivo a todas luces, dada la índole de los temas que se desarrollan. En la primera parte se exponen los métodos diagnósticos: « Röntgenología de las manifestaciones pulmonares en la cardiopatía mitral y en la insuficiencia cardíaca izquierda», de la que es autor el doctor Steiner; «Estado actual de la cinerradiografía en

el diagnóstico cardíaco», dictado por Campell, J. A., del Departamento de Radiología de la Indiana University School of Medicine, Indianápolis, Ind.; «Arteriografía coronaria; consideraciones prácticas», del que es autor el doctor Stauffer Lehman, del Departamento de Radiología del The Hahnemann Medical College and Hospital of Philadelfia; «Ventriculografía cardíaca», desarrollado por el autor anteriormente citado; «Detección de lesiones pulmonares en enfermos con cardiopatías congénitas y adquiridas por medio de la arteriografía pulmonar en cuña», por el doctor Loomis Bell y colaboradores, del Laboratorio Cardiopulmonar del Departamento de Medicina del St. Luge's Hospital, Nueva York; «Lugar de la fonocardiografía en cardiología clínica», por el doctor Leatham; «Fonocardiografía intracardíaca», por el doctor David H. Levis y colaboradores; «Algunos adelantos recientes en la auscultación del corazón», por el doctor Y. Proctor Harvey; «Cateterismo del corazón izquierdo con angiocardiografía selectiva auricular y ventricular izquierdas, en el diagnóstico de las lesiones valvulares, mitrales y aórticas», por el profesor Björk; «Los métodos de dilución de colorantes en el diagnóstico de las cardiopatías congénitas», por el doctor H. J. C. Swan; «Uso de las curvas de dilución de indicadores en la valoración de las cardiopatías adquiridas», por el doctor Hadley L. Conn, Jr; «Detección y medición de los "shunts" circulatorios mediante el uso de gas radioactivo», por el doctor Robert B. Base y colaboradores; «Arteriografía coronaria selectiva con paro cardíaco por acetilcolina», por el doctor G. Arnuf; «Cambios iónicos y potencial de acción con relación al E. C. G.», por el doctor A. Briller; «Revalorización crítica de las sobrecargas sistólica y diastólicas», por el doctor E. Cabrera; «Bloqueo periinfarto», por el doctor Robert Grant; «Estado actual y problemas persistentes sobre la colocación de electrodos y sobre los sistemas de derivación para la vectocardiografía y la electrocardiografía», por el doctor Hubert V. Pipberger»; «Estado actual de la balistocardiografía», por el doctor W. R. Scarborough; «La angiocardiografía selectiva en las cardiopatías congénitas», por el doctor Lin y colaboradores; «Cateterismo transeptal del corazón izquierdo; un nuevo método diagnóstico», por el doctor Jhon Ross y colaboradores.

La segunda parte del libro está dedicada al estudio de las arritmias cardíacas. Los capítulos que desarrollan este síndrome cardiovascular están escritos por diferentes autores: «Bases fisiológicas de los trastornos del ritmo», por el doctor Brian F. Hoffman; «La relación entre el sistema nervioso autónomo y las arritmias cardíacas», por el doctor J. H. Burn; «Farmacología de las drogas usadas en las arritmias cardíacas y en las alteraciones de la conducción», por el doctor Di Palma; «Bases anatómicas de los trastornos de la conducción y de las arritmias cardíacas», por el doctor Lev; «Mecanismo y tratamiento de los extrasístoles», por el doctor Scherf; «Diferenciación de las taquicardias supraventriculares de las ventriculares», por los doctores Pick y Langendorf; «Arritmias y trastornos de la conducción debidos a la digital», por el doctor Friedberg y colaboradores; «Efectos del agente quelante EDTA en la intoxicación digitálica y en las arritmias cardíacas», por el doctor Surawiez; «Disociación auriculoventricular con y sin interferencia», por el doctor Schott; «Tratamiento de la fibrilación auricular crónica y método para la conversión al ritmo sinusal», por el doctor M. J. Goldman; «Tratamiento de la fibrilación auricular paroxística», por el doctor Evans; «Estado actual de las teorías sobre los mecanismos de las taquicardias auriculares, flutter y fibrilación auricular», por el doctor L. N. Katz; «Estado actual del tratamiento de la taquicardia auricular paroxística», por el doctor Orgain; «Síndrome de Wolff-Parkinson-White, datos históricos y clínicos», por el doctor L. Wolff; «Mecanismo y tratamiento del bloqueo cardíaco A-V y del síndrome de Stokes-Adams», por el doctor Bellet; «Interpretación de las arritmias complejas», por los doctores Langendorf y Pick.

El contenido de la obra —cuyo índice se enumera— responde al enunciado de la misma. El profesor Charles K. Friedberg —eminente cardiólogo— ha sabido rodearse de un nutrido grupo de colaboradores, todos ellos sobradamente conocidos en el campo de la cardiología. La selección colaboracional no ha sido realizada bajo un exclusivismo de escuela; son cardiólogos de todo el mundo. Escuelas francesas, inglesas, mejicana, sueca, etc., se unen —en el libro— con las escuelas de Estados Unidos.

Los capítulos redactados se caracterizan por la clara exposición del tema. Cualidad singular debida a que el autor es un experto en la materia. Al final de su trabajo presenta el índice bibliográfico que el autor ha considerado como base de complemento a su labor personal. Libro

éste que analizamos que lo consideramos de suma utilidad para aquellos profesionales que se inician y cultivan la especialidad; también encierra interés para aquellos médicos generales —estudiosos— que desean conocer la puesta al día de los conocimientos actuales en el campo de la patología cardiovascular.

La versión al castellano es perfecta, la presentación hace honor al prestigio de la Editorial Científico Médica, circunstancia por la cual debemos felicitarle por el acierto y oportunidad en la publicación de este libro. —BOZAL URZAY.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE ROBLES EN AMÉRICA Y DE SU DESCUBRIMIENTO EN GUATEMALA, *por el doctor* HORACIO FIGUEROA MARROQUÍN. *Un folleto (15'5 por 24 cm.) de 90 páginas y numerosas láminas fotográficas.*

CONSTITUYE la presente publicación un homenaje que realiza un discípulo del ilustre doctor Robles en el ochenta y cinco aniversario del nacimiento del maestro guatemalteco, en representación de varios médicos de aquel país y como anticipo de una obra más extensa sobre el mismo. Editada pulcramente y sobre magnífico papel couché, merece los mayores elogios por su correcto estilo, fondo histórico y afectos hacia el hombre que supo sacrificar horas y reposo al estudio de enfermedad endémica en su medio ambiente, contribuyendo no solamente a mejor interpretarla y enfocarla, sino en un sentido humanitario a procurar salud y bienestar de sus compatriotas y género humano. La obra puede considerarse dividida en cuatro capítulos.

En el primero se discuten las razones por las cuales debe considerarse a la *oncocercosis* como enfermedad autóctona en Guatemala, o por lo menos en un plano de igualdad respecto a la tesis sustentada de que provenía de Africa a través de los negros importados como esclavos. Rebate las suposiciones sobre que de Guatemala pasó a Méjico, señalando como erróneas las fechas de aparición de la enfermedad a primeros de siglo, demostrando con datos convincentes que se habían dado casos con anterioridad un siglo antes, a la par que se esfuerza en considerarla en las denominaciones de nuestros días con el nombre de enfermedad de Robles, en honor del guatelmalteco de este apellido (1878-1939), que tantas aportaciones realizó para su mejor conocimiento. En el capítulo segundo se discute ampliamente si la oncocercosis en el continente americano fue importada por algunos de los esclavos negros allí llevados durante los siglos XVI al XIX, que sumaron alrededor de diez millones, y en apoyo de su tesis pasa revista, con documentación abundantísima, a otras enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias (filariosis, kala-azar, tuberculosis, etc.), llegando a la evidente conclusión de que la enfermedad de Robles sería autóctona americana o, por lo menos, correspondiente a la era precolombina. En el capítulo tercero, redacta una sucinta biografía sobre el doctor y profesor Robles, que cursó la carrera de Medicina en Francia, ejerciéndola luego en su patria, donde se distinguió por su extraordinaria actividad docente, desempeñando diversas cátedras en las disciplinas médicas, infinidad de puestos relacionados con la Higiene y Medicina y Cirugía, siendo publicista muy solicitado y cotizado y con personalidad tan acusada que fue requerido infinidad de veces para desempeñar cargos políticos, refiriéndonos múltiples anécdotas que ponen de manifiesto su hombría, extraordinaria valía y sentimientos plenos de humanidad, devoción a la ciencia y sacrificios por el estudio. Nos refiere también el episodio de su muerte, acaecida en 1939, cuando aún era joven, teniendo sesenta y un años de edad. El cuarto y último capítulo es una brillante descripción de cómo el doctor Robles, al extirpar un supuesto «quiste sebáceo», se encontró que contenía una filaria e intuyó genialmente la dependencia de distintos síntomas y trastornos linfáticos a la misma, llegando en el correr de los años y tras múltiples trabajos e investigaciones a aclarar el origen de la enfermedad, vinculada a tal parásito y determinando el fenómeno ignorado de trastornos oculares diversos y ceguera como una etapa de tal filariosis, demostrando también el papel que jugaban diversos mosquitos en la transmisión de la parasitosis, conforme con el sentir o creencia del pueblo.

Después de leer este documentado trabajo, creemos que debe hacerse justicia al guatemalteco Robles, dando su nombre a la oncocercosis, pues aun cuando se diagnosticaba en tiempos anteriores a él, fue el primero en identificarla en América, contribuyendo con sus trabajos a aclarar infinidad de problemas sobre la filariosis u oncocercosis volvulus, especialmente la trascendencia en la misma de las alteraciones oculares, que antes que Robles nadie las había previsto. —LUIS DEL CAMPO.

ABREGE D'HÉMATOLOGIE A L'USAGE DE L'ESTUDIANT, *por* JEAN BERNARD y MARCEL BESSIS. *Un vol. (16'5 por 24'5 cms.) de 296 páginas, con 46 figuras y 5 láminas en colores; encuadernación en cartón-tela flexible. Precio: 36 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boul. Saint Germain, París, 1963.*

ESTE *Compendio*, especialmente destinado al estudiante de Medicina, tiende a enseñarle con claridad las nociones esenciales de Hematología imprescindibles para sus estudios, pero teniendo en cuenta las tendencias más modernas en esta disciplina, por lo cual constituye también para el médico general un recuerdo y una puesta al día de sus conocimientos.

La Hematología ha sido durante mucho tiempo confusa y complicada, pero ha ido transformándose en una ciencia precisa cuyas aplicaciones tienen en la Medicina actual la mayor importancia, por lo cual sus elementos constitutivos deben ser conocidos por todos los estudiantes y recordados por todos los médicos.

Los autores de esta obra han escrito un libro claro y, sobre todo, conciso; han querido instruir y explicar. Por eso varios capítulos están dedicados a definiciones, descripciones de los elementos formes de la sangre y a la exposición de los grandes mecanismos de la fisiología sanguínea.

Los datos más nuevos de la microscopía electrónica y del microscopio de contraste de fases están expuestos en la mejor forma posible para comprender la anatomía y fisiología de las células sanguíneas. También los progresos en inmunohematología son analizados con sus consecuencias, tanto del lado preventivo de los síndromes anémicos como del de la prevención de los accidentes transfusionales. La fisiología de la hemostasia y de la coagulación. tanto tiempo confusa, complicada e incierta, queda aquí desde ahora explicada con sencillez.

El examen general de un enfermo con una afección sanguínea aparece expuesto con particular cuidado, recordando el valor de la explicación clínica y el acierto con que deben ser interpretados los exámenes y pruebas biológicas.

La descripción de las diversas hemopatías ocupa varios capítulos; en ellos se estudian las anemias, poliglobulias, leucemias y sarcomas; las enfermedades benignas de la serie blanca, los síndromes esplenomegálicos y las enfermedades hemorrágicas, evitando siempre toda alusión nosológica y patogénica.

Las descripciones son, ante todo, clínicas. Los autores se han esforzado en dar al lector informaciones sucintas y claras, que le permitan hacer un exacto diagnóstico, prever su solución y evitar las faltas terapéuticas que tan a menudo se cometen. Cada afección sanguínea es objeto de una breve relación. La limitación necesaria de la obra no ha impedido por eso incluir los síndromes de reciente conocimiento, como las anemias enzimoprivas, los estados mononucleósicos y las trombopatías.

La obra, muy bien impresa, va ilustrada con cinco láminas en colores y cuarenta y seis figuras bien seleccionadas; un índice detallado, al final, facilita la búsqueda y consulta.

En conjunto, una obra muy recomendable.—RICARDO HORNO LIRIA.

GESAMMELTE WERKE VON K. G. LENNANDER, *publicado por la Universidad de Upsala, bajo la dirección del profesor doctor* GUSTAF EKEHORN. *Tres volúmenes (17 por 26 cm.) con un total de 1.333 páginas, con numerosas figuras; rústica. Precio: Kr. 27. MK. 30. Almqvist & Wiksells Boctryckeri. Upsala.*

TRES gruesos tomos en los que el profesor Gustaf Ekehorn y colaboradores, de la Universidad de Upsala, recogen, en homenaje al profesor Lennander, los más importantes trabajos clínicos salidos de la pluma autorizada y brillante de este eminente clínico.

Tras una amplia biografía de dicho autor firmada por Ekehorn, se recogen en el primer tomo dieciocho artículos referentes, sobre todo, a afecciones de vías respiratorias, faringe y esófago.

En el segundo, veintiocho documentadísimos y muy interesantes trabajos que atañen a enfermedades de los órganos digestivos, estómago. duodeno. hígado y vías biliares, páncreas, yeyuno, íleon, colon, etc. Así como a otros de las paredes abdominales, hernias externas e internas, peritoneo, etc.

Finalmente, en el tomo tercero se recogen veinticinco artículos referentes a afecciones del recto y de los órganos genito-urinarios masculinos y femeninos, con inclusión de algunos de patología obstétrica.

Están redactados la mayoría en idioma inglés, aunque otros están en alemán y algunos en lengua francesa.

No es preciso encomiar el interés de los mismos, que aún en el momento no dan la sensación de haber perdido actualidad más que de modo muy relativo. — FARO MORENO.

EL DOCTOR RAMÓN MIRANDA. *Discurso de ingreso en la Academia de la Historia, de Cuba, por el doctor* CÉSAR RODRÍGUEZ EXPÓSITO. *Contestación por el doctor* MANUEL MESA RODRÍGUEZ. *Un volumen (15 por 24 cm.) de 54 páginas; rústica. Tipografía Ideas. La Habana, 1962.*

EL doctor Rodríguez Expósito escogió como tema de estudio para su ingreso en la Academia de la Historia, de Cuba, la figura de un profesional de su país que dedicó toda su vida al culto de la amistad y del deber: el *doctor don Ramón Luis Miranda y Torres.*

Su figura, noble y simpática, gozó de un justo renombre como clínico y como cirujano, pero más todavía por haber ligado su vida al cuidado de la existencia de José Martí, el gran patriota cubano, adalid de la libertad de aquella ísla, a quien por su arrolladora actividad política tuvo el gobierno español que recluir en prisión muchas veces y también desterrar, hasta que persistiendo en la rebelión, fue fusilado en Matanzas, donde precisamente un monumento erigido a impulsos de Miranda, recuerda a la posteridad el sacrificio de su vida por la independencia de su patria.

Ramón Miranda, como tantos de sus contemporáneos, cursó en París su carrera médica y la revalidó luego brillantemente en Madrid, pues precisaba el título español para su ejercicio en la isla de Cuba.

Ya desde sus épocas de estudiante mostró su afición al periodismo, fundando en París una revista médico-científica en nuestro idioma, titulada «El Eco de París»; esta labor la prosiguió toda su vida, publicando diversos trabajos médicos y llevando a cabo una activa propaganda periodística en favor de la independencia, pues como tantos otros intelectuales de mediados de siglo, trabajó activamente por la libertad de su tierra natal.

Destacan en esta excelente biografía el perfil humano de Miranda, su amistad con Finlay, pero sobre todo su dedicación al cuidado de Martí, de quien fue su médico, consejero y amigo más constante. Entre los gustos comunes de ambos figuró su afición a la poesía, como lo prueba la dedicatoria de Martí en algunos de sus libros de versos. Exilado en Nueva York, después de la muerte de aquél, falleció en el destierro después de una vida noble, digna y ejemplar, como nos refiere el doctor Rodríguez Expósito en su notable trabajo sobre este insigne patriota cubano.

En la contestación, el doctor Mesa Rodríguez hace el comentario elogioso de la personalidad y méritos científicos del conferenciante y le da la bienvenida en nombre de la Academia.—RICARDO HORNO LIRIA.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963
REVISTAS

NACIONALES

GINECOLOGÍA

REY - BALTAR, M. (Bilbao).—«UN CASO DE LIPOMA GIGANTE DE VULVA.» *«Gaceta Médica del Norte», vol. XIII, núm. 1, págs. 28-30, febrero 1963. Bilbao.*

A pesar de la riqueza en grasa existente en los genitales externos femeninos, localizada principalmente en los labios mayores y en el monte de Venus, llama la atención la rareza de la presentación de los lipomas en esta región vulvar, en relación con la frecuencia que se manifiesta en otras regiones del organismo. Neoplasia de muy lenta evolución, no suele adquirir grandes dimensiones. ya que por las molestias que determina en sus comienzos se suele extirpar antes de adquirir volúmenes extraordinarios, siendo rarísimo el poder observar en la clínica lipomas de estas dimensiones, como el del caso que presentamos, en que el tumor de localización vulvar pesó 2.800 gramos, llamando la atención la gran blandura que presentaba a la palpación.

Según Morrell, de cien tumores de vulva, el lipoma se presenta en 1'67 por ciento de las veces. Por la rareza de su localización vulvar, y especialmente por el tamaño adquirido, presentamos el siguiente caso:

B. J. Soltera, de 72 años de edad. Antecedentes sin particularidad. Las reglas siempre fueron normales. Menopausia a los 48 años. Ingresó en el Servicio de Ginecología del Hospital el día 14 de agosto de 1962 por padecer de un bulto en genitales externos que le había empezado a sangrar hace unos días. La tumoración se le presentó hace muchos años, no recordando la fecha de su iniciación. Fue aumentando lentamente de volumen en un principio, manteniéndose en el tamaño actual desde hace unos años; hace quince días que empezó a sangrar de dicha tumoración, siendo esta última la causa de su consulta.

Exploración: Enferma en buen estado de nutrición; corazón y pulmones, normales. En genitales externos se aprecia una gran tumoración colgante que llega cerca del nivel de las rodillas, del tamaño aproximadamente de un melón, de superficie lobulada, con pequeñas erosiones superficiales sangrantes, extraordinariamente blanda a la palpación, hundiéndose los dedos en la tumoración como si fuese manteca. Presenta un ancho pedículo que se inicia en la parte inferior del labio mayor derecho y se extiende por región isquiática hacia la parte superior de la cara interna del muslo derecho (figs. 1 y 2).

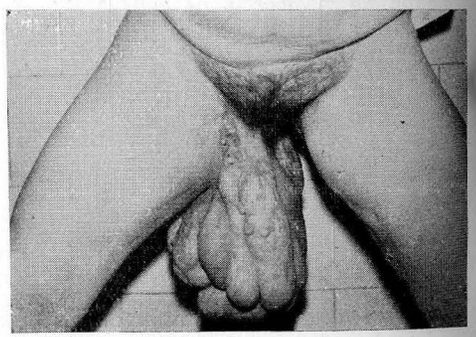


FIGURA 1

Tratamiento: Extirpación de la tumoración siguiendo la inserción de su ancho pedículo, quedando una herida operatoria irregular, como se puede apreciar en la figura 3.

Curso postoperatorio sin complicaciones, con buena cicatrización de la herida operatoria.

Análisis anatomopatológico: Macroscópicamente, la superficie del corte de la tumoración aparece dividida por una serie de medianos lóbulos adiposos de color amarillento (fig. 4). Peso de la tumoración, 2.800 gramos.

Microscópicamente se aprecian lóbulos grasientos separados por finos tabiques de tejido conjuntivo, constituídos por células grasientas (fig. 5).

Diagnóstico: Lipoma.

Comentarios:

En la revisión de la literatura actual, no hemos encontrado descritos lipomas vulvares de semejante tamaño. Con ante-

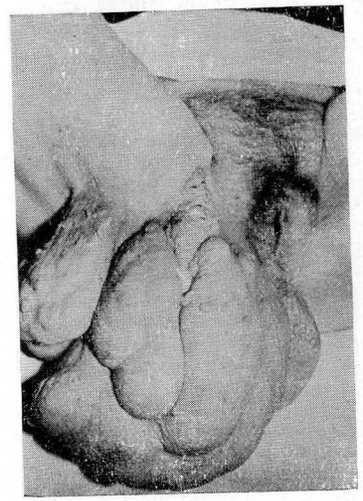


FIGURA 2

rioridad se han descrito algunos casos de lipoma de diferentes tamaños, como el caso citado por Halban de un lipoma de 4 kilos de peso y otros casos de menor tamaño descritos por Schülein, Graefe, Quenú, Ottow, que presentaban el tamaño de una nuez a un puño, respectivamente.

El lipoma de vulva, por su aspecto macroscópico, puede ser confundido con el fibroma, tumor que se presenta con más frecuencia localizado en la vulva que la neoplasia anterior, no adquiriendo, aun en los casos de larga evolución, grandes ta-

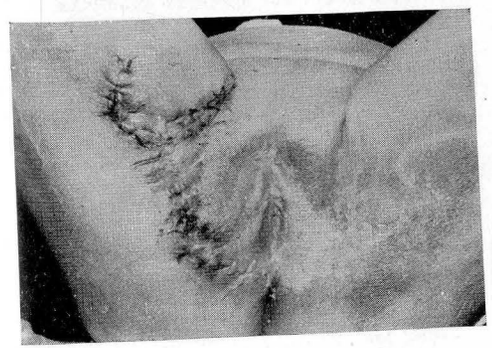


FIGURA 3

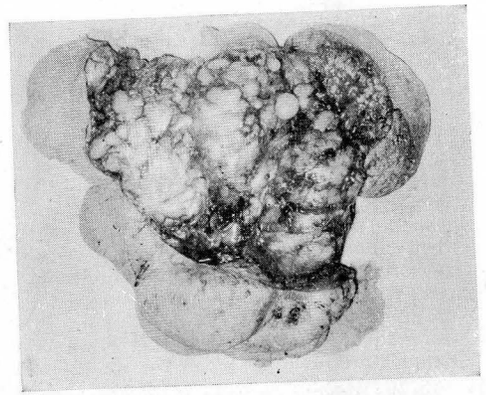


FIGURA 4

maños; de consistencia más o menos dura en contraposición a la flaccidez de los lipomas. Otras veces el lipoma presenta un aspecto quístico, siendo posible la confu-

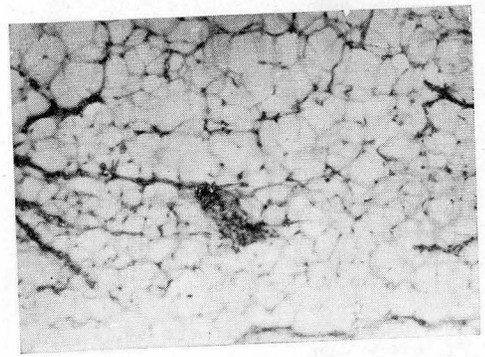


FIGURA 5

sión con los mismos, especialmente cuando el lipoma es objeto de una degeneración mixomatosa.

La localización más frecuente se encuentra en los labios mayores, monte de Venus o en el prepucio del clitoris, como el caso descrito por B. Ottow. En un principio se presenta como una tumoración encapsulada más o menos hemisférica, haciendo relieve sobre la superficie cutánea, conforme va adquiriendo mayor tamaño, la neoplasia se torna de una forma piriforme, con una base de implantación más o menos grande, según sea el volumen adquirido por el lipoma.

Tumor bien delimitado de sus alrededores, rodeado de una cápsula que le hace fácilmente enucleable, generalmente es

único, cuando es múltiple con frecuencia presenta cierta tendencia a la simetría, atribuyéndosele en estos casos cierto origen neurotrófico.

El desarrollo del lipoma, si bien presenta un crecimiento algo rápido en su iniciación, se estaciona en su tamaño después de unos cuantos años de evolución, siendo los de localización vulvar de crecimiento sumamente lento en relación con otros lipomas localizados en otras partes del organismo. En los lipomas que coinciden con un embarazo se ha observado un aumento en su tamaño; asimismo durante la menstruación, regresando su volumen durante el puerperio.

En los lipomas de larga evolución, y que presentan una mayor pediculación, como consecuencia del déficit en su nutrición, aparecen con más frecuencia en su superficie necrosis y ulceraciones superficiales, presentándose en su parénquima calcificaciones o con más frecuencia un proceso degenerativo de tipo mixomatoso, que determina en el lipoma un aspecto de tumoración quística. Con más rareza se presenta el fibrolipoma, determinado por el desarrollo exuberante del tejido conjuntivo del estroma. Otras veces el sistema vascular es más evidente, presentándose abundantes vasos y dilataciones vasculares, constituyendo el lipoma eréctil.

Se trata de una neoplasia benigna, constituída por tejido adiposo de nueva formación de color amarillento, bien circunscrito, formado por pelotones adiposos unidos los unos a los otros por tractos conjuntivos acompañados de sus vasos respectivos. De superficie lobulada, fluctuante al tacto por la presencia de la grasa en estado semilíquido a la temperatura del organismo, no se reproduce una vez extirpado. — (Texto íntegro.)

UROLOGÍA

GIL-VERNET VILA, J. M.ª (Barcelona).— «EL TRASPLANTE INTESTINAL EN CIRUGÍA URINARIA». *«Cirugía, Ginecología y Urología». vol. XXII, núm. 4, págs. 314-395, julio-agosto 1963. Madrid.*

LA meta ideal de la Medicina de todos los tiempos ha sido encontrar un método que haga posible la sustitución de los órganos que integran la individualidad orgánica cuando éstos sufren una quiebra en su rendimiento funcional, ya por la acción de los factores morbígenos, ora por la obligada deterioración funcional, que plantea el tiempo y la involución.

Es precisamente el sistema urinario, por la duplicidad anatómica del mismo, el que más ha incitado a los biólogos teóricos a experimentar en esta línea de la suplantación de un órgano por otro.

Los seres, biológicamente complejos, situados en la escala superior de la evolución, se ofrecen, sin embargo, como muy difíciles receptáculos al trasplante de órganos procedentes de otros seres de la misma especie o de otra diferente.

El autotrasplante ha sido, sin embargo, un recurso que la Cirugía moderna, tanto en la experimental como en la clínica, ha conseguido realizar.

El que hayamos conseguido reunir una estadística de 239 enfermos, posiblemente la más extensa hoy día, en los que hemos practicado el autotrasplante intestinal, mediante el cual un segmento del intestino, *excluído del tramo digestivo*, se integra en el sistema urinario, nos permite, por el número de casos, los años transcurridos y la persistencia de los resultados, sentar las siguientes conclusiones:

1.ª *En el plano biológico*, el organismo tolera el autotrasplante intestinal, el aparato urinario lo admite y lo incorpora anatómica y funcionalmente. Por su parte, el trasplante, después de un breve período de adaptación, acepta la mutación funcional impuesta y desempeña su nuevo papel eficientemente.

2.ª El trasplante conserva sus propiedades tónicas y contráctiles. La distensión es el estímulo fundamental y específico para la contracción de su fibra muscular y sigue las leyes generales de la adaptación funcional.

3.ª No hemos observado cambios histológicos importantes, pero sí un proceso de sustitución hística en las colecistoplastias y a nivel del punto en que entran en contacto los dos epitelios, con predominio del vesical, lo que favorece la mejor adaptabilidad del trasplante. Ausencia de metaplasia en las biopsias practicadas a diferentes edades del trasplante.

4.ª *En el plano clínico*, tanto las investigaciones experimentales como los resultados obtenidos sobre un número importante de pacientes señalan al íleon como el trasplante ideal para sustituir al uréter, en su función de vector o conductor de la orina, y al colon como idóneo para sustituir la vejiga.

5.ª El segmento ileocólico, en su función trivalente, puede actuar en determinados casos como conductor y depósito, simultáneamente; en otros, sustituye al sistema valvular uréterovesical.

6.ª Los resultados comparativos utilizando distintos segmentos intestinales, tanto en el plano experimental como en la clínica, demuestran que la elección del tipo de trasplante no puede ser arbitraria, sino que está supeditada a las indicaciones.

7.ª Las indicaciones, cada día más amplias en razón de sus resultados, abarcan ya a todo el aparato urinario, desde los cálices renales a la uretra; a las ya conocidas y clásicas indicaciones hay que añadir otras nuevas: la sustitución total de la pelvis renal por retracción piélica, generalmente tuberculosa; la sustitución parcial de los megauréteres por el segmento ileocecal; la sustitución total ureteral en las graves litiasis renales recidivantes y en las ureteritis quísticas. En el campo ginecológico y en los traumatismos obstétricos, el trasplante intestinal representa un valiosísimo recurso, que debe ser más profusamente utilizado.

8.ª Las vejigas de sustitución cólicas (V. A. F.), auténtica y presente realidad, constituyen el mayor logro de la cirugía urológica actual al permitir el tratamiento precoz y correcto de los tumores vesicales, sin mutilación para el paciente y sin morbilidad operatoria.

Los reservorios intestinales sólo están indicados en los casos en que es imposible restablecer el curso normal de la orina.

9.ª No fueron observados trastornos electrolíticos incorregibles ni pielonefritis atribuíbles al trasplante intestinal. Se ha vencido, pues, la temible enfermedad operatoria.

10. *Desde un punto de vista humano*, y a tenor de los incuestionables resultados obtenidos, ya no hay justificación para la realización de la ureterostomía cutánea o la intestinal, métodos que conllevan una incompatibilidad social y biológica y que deben ser repudiados de la práctica urológica actual.

11. El más trascendental capítulo de la Urología de todos los tiempos se enriquece día a día con nuevas indicaciones y nuevas técnicas operatorias, que hacen posible la sustitución de órganos urinarios y la curación o recuperación de pacientes, considerados, hasta hace muy poco, como incurables y abocados a una muerte cierta.

12. La mortalidad ha sido nula en las sustituciones ureterales y piélicas y tan sólo de un caso en las colocistoplastias practicadas. En las sustituciones totales de la vejiga, la mortalidad global se eleva al 18 por ciento sobre noventa operados, atribuible principalmente al carácter neoplásico del proceso y a la mayor cuantía del acto quirúrgico en pacientes de edad avanzada.

La baja mortalidad y los excelentes resultados conseguidos se deben principalmente a estos motivos:

— Hay que ser joven de espíritu y poseer la suficiente fe e imaginación para planear este tipo de cirugía.

— Hay que ser extremadamente meticuloso y paciente al realizarla, teniendo bien presente que los errores o impaciencias se pagan, a menudo, de inmediato; siempre, a la larga.

Por último, el pensamiento del cirujano, su Norte, será siempre el enfermo, y convencido de antemano de que lo mejor para el paciente acostumbra a ser lo menos cómodo para el cirujano. Guiado de un temperamento idealista y quirúrgicamente fuerte, la realización de este tipo de cirugía queda al alcance del urólogo moderno.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

BASSAN, J.; FRAME, B., y FROST, H.— «OSTEOPOROSIS: REVISIÓN DE SU PATOGENIA Y TRATAMIENTO.» (*Osteoporosis: a review of pathogenesis and treatment.*) *«Annals of internal medicine», vol. 58, núm. 3, marzo 1963.*

OSTEOPOROSIS es un término genérico que se utiliza para designar un desorden metabólico óseo caracterizado por una disminución de la masa ósea con un contenido mineral normal.

La osteporosis postmenopáusica o senil es la enfermedad sistémica del esqueleto más común.

El hueso osteoporótico se caracteriza macroscópicamente por un aumento de la porosidad y adelgazamiento de la cortical. Histológicamente el hueso porótico se caracteriza por la delgadez de las trabéculas, las cuales están además reducidas en número. Los osteoblastos y osteoclastos son normales en calidad.

A este estado se llegaría de la siguiente forma: 1) Por reducción de la formación ósea con reabsorción normal. 2) Por for-

mación normal con reabsorción aumentada. 3) Por disminución de la formación y reabsorción aumentada. 4) Por aumento de la formación con un mayor aumento en la reabsorción. 5) Por reducción en la formación más intensa que una disminución de la reabsorción.

La osteoporosis senil se debe, como se ha demostrado gracias a recientes investigaciones, no como suponía Albright, a una disminución de la formación ósea mientras la reabsorción continuaría normal, sino a un aumento de la reabsorción mientras que la formación se mantiene normal o aún ligeramente aumentada.

Estudios llevados a cabo en Inglaterra y EE. UU. demuestran que los pacientes con osteporosis ingieren menos calcio que sus contemporáneos no osteoporóticos.

La osteoporosis asociada a otras situaciones médicas puede deberse a variables factores patogénicos. Existen pruebas de que la osteoporosis del hipercortisonismo se debe principalmente al descenso de la formación ósea. En la de hipertiroidismo, a un aumento de la reabsorción. Por otro lado, en situaciones tales como la osteoporosis de la inactividad, de la desnutrición, de la osteogénesis imperfecta y la osteoporosis idiopática de los adultos jóvenes se debería a la reducción de la formación ósea.

Se recomiendan una serie de medidas terapéuticas que comprenden hormonas sexuales, suplementos cálcicos, vitamina D, dieta hiperproteica y movilización. En algunos casos hay pruebas radiológicas o histológicas de un aumento de la formación ósea.—ARAÚJO.

NICOLA PENDE. — «"PACEM IN TERRIS" POR MEDIACIÓN DE UNA INTERNACIONAL DE LA CARIDAD.» «*Folia humanística. Ciencias, Artes, Letras*», *tomo I, núm. 6, pág. 483. junio 1963.*

La lectura del trabajo del profesor Pende ha producido en mi ánimo manifiesto bienestar. Publicación corta; por el contrario, de gran alcance formativo para todos aquellos sujetos que integran la sociedad. El doctor Pende en su magnífica exposición ha traído a mi memoria lo expuesto por el también profesor Gustave Richard —catedrático de la Universidad de Neuchatel—, cuando en sus lecciones hace referencia a *vivir en sociedad.*

Para este último autor —profesor Richard— se entiende por vivir en sociedad las relaciones que el hombre mantiene con los demás, ya sea en el seno de su familia o en un círculo más extenso, desde los puntos de vista del intercambio, de la sinceridad y de la libertad. Insiste en la sinceridad, que digamos y expresemos lo que somos y no lo que quisiéramos ser o parecer, lo que él define: que sean arrancadas las máscaras. La sinceridad más grande permite la libertad más grande de nuestras relaciones con los demás.

Nicola Pende, en su publicación se expresa con sinceridad absoluta —en otras publicaciones que le he leído, siempre lo hace—, de esta forma insiste en la necesidad de preparar, como premisa indispensable de la paz en la tierra, la *personalidad social humana*, que sea finalmente liberada en los excesivos egoísmos individuales y sociales y nacionales: esto es lo que puede ser portador de una paz verdaderamente durable, no convencional, no pactada tan sólo económica o políticamente.

Nicola Pende se hace las siguientes preguntas: ¿Cuál será la paz que pueda realizarse concretamente si en la constitución psíquica de la persona de millones y millones de individuos, así como de los pueblos, prepondera ne'amente el egoísmo biológico, el amor a sí mismo, el egocentrismo —sea económico o intelectual— y cuando se carece de la armonía dentro de las esferas del alma, sólo de cuya armonía puede venirnos la paz? ¿Si la riqueza y el poder se concentra en pocos y, por el contrario, miles de millones de otros seres viven todavía como esclavos, sobre todo esclavos de la miseria, llegando a morir de hambre de veinte a treinta millones por año? El autor sigue expresándose; es por ello que Cristo, quien trajera a la tierra la verdad y la paz, ha deseado por encima de todo —y sólo pocos le han escuchado— *cambiar el antaño hombre carnal egoísta y materialista precristiano transformándolo en hombre espiritual*, tal como expresa Pablo de Tarso. Y toda la doctrina de Cristo está fundada sobre su *mandamiento* que El invocara en forma maravillosamente *nueva*: «*Ama a tu prójimo como a ti mismo*». Insiste el autor en que no existirá una verdadera paz en los pueblos, ni entre las clases de una nación y entre las varias naciones, mientras continúe la actual, absurda y además auténtica injusticia social, ante todo desde el punto de vista económico; mientras que seamos pocos extraordinariamente ricos y miles de millones extraordinariamente pobres, clases aristocráticas y masas de plebeyos, grandes capitalistas y míseros trabajadores mal retribuídos, pueblos ricos con resortes productivos y pueblos donde el hambre siega millones de vidas al año, como, por ejemplo, en Asia, en Africa, en la India, en América del Sur. No habrá posibilidad de paz en la tierra hasta que aquellos Estados que se llaman civiles, y las religiones cristianas y no cristianas, no se decidan por un *acuerdo moral universal*, pues de no ser así admitirán como justo el insulto y la rebelión, a menudo revolucionaria y política, de hombre a hombre, dejando persistir la gran disparidad de medios de subsistencia y la esclavitud de la penuria, muchas veces enmascarada por sistemas de falsa democracia o de falso liberalismo. El autor finaliza diciendo: «Nosotros soñamos con esta *internacional de la caridad*, que puede y debe ser ejercida por conducto de los millones de misioneros de la Iglesia de Roma».—BOZAL URZAY.

CARDIOLOGÍA

FOGEL, D. H.—«EL SOPLO SISTÓLICO INOCENTE EN LOS NIÑOS: ESTUDIO CLÍNICO DE SU INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS.» (*The innocent systolic murmur in children: a clinical study of its incidence and characteristics.*) «*American Heart Journal*», *vol. 59, núm. 6, pág. 894, junio 1960.*

La utilización de modernos medios terapéuticos en el tratamiento de las cardiopatías congénitas o adquiridas ha traído un renovado interés por los soplos sistólicos inocentes de los niños. El autor realiza un estudio de los soplos aparecidos en una serie de doscientos treinta y un niños para analizar la frecuencia y las características de los soplos inocentes. De la citada serie presentaron un soplo sistólico inocente ciento cuarenta y seis niños (63 por ciento). Ocho con historia de fiebre reumática tenían también un soplo sistólico inocente.

Hay tres tipos de soplo sistólico inocente: el paraesternalprecordial, el pulmonar y el cardiorrespiratorio, los cuales se presentaron en el 84, 14 y 2 por ciento, respectivamente, de los casos.

El *paraesternal-precordial* es de naturaleza vibratoria. A veces tiene cualidad de crujido. Su duración es breve, ocupando la primera mitad o los dos primeros tercios de la sístole. Su mayor intensidad se registra en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo y ocasionalmente sobre el mesocardio. Raramente se transmite a la axila, pero su máxima intensidad está siempre a la derecha de la línea medioclavicular. El soplo varía entre los grados 1 y 2 de Levine y exhibe marcada variabilidad con los cambios de posición y en posteriores exámenes.

El *pulmonar* es un soplo breve, soplante, con la máxima intensidad sobre la región pulmonar e irradiado a lo largo del borde esternal izquierdo hasta el ápex. Ocasionalmente tiene calidad de crujido. Varía del grado 1 al 2 en intensidad y en alguna ocasión es del grado 3. Varía con los cambios de posición y en los exámenes posteriores. Tanto éste como el paraesternal-precordial se acentúan por el ejercicio.

El *cardiorrespiratorio* es un soplo de alta tonalidad y está localizado por dentro y debajo del ápex. Varía con la respiración: la inspiración lo disminuye o lo hace desaparecer. Es producido por el roce del corazón sobre el tejido pulmonar que lo rodea.

Para evi'ar a un paciente con soplo sistólico inocente un examen posterior, el autor utiliza estos criterios: historia clínica negativa, características típicas de un soplo sistólico inocente, tamaño y contorno cardíacos normales por radiografía y/o radioscópica, electrocardiograma normal.—ARAÚJO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BRET, A. J., y otros.—«A PROPÓSITO DE LA INFECCIÓN NEONATAL. SUS MODOS DE TRANSMISIÓN DE LA MADRE AL NIÑO.» (*A propos de l'infection néo-natale: Ses modes de transmission de la mère à l'enfant.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 1, págs. 1-18, enero 1963. París.*

Consideran la infección ascendente cada vez más importante, bien por traumatismos, bien por la desaparición de los medios de defensa que asientan, sobre todo, a nivel del cuello uterino.

De aquí la necesidad de tratar todas las infecciones antes y en el curso del embarazo, de una manera sistemática y continua.

Administrar antibióticos en el curso del parto, cuando se han roto las membranas prematuramente.

En el momento del nacimiento, evitar las maniobras de reanimación brutal con riesgo de hacer pene'rar los gérmenes en el niño.

Si el parto ha sido febril, utilizar el antibiótico adecuado.

Después del parto tratar al prematuro con el antibiótico adecuado, previo diagnóstico de la infección en sus primeros síntomas.—J. RIVERA.

OTTURI, J. E., y otros.—«NUEVO ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA TRICOMONIASIS VAGINAL.» «*La Semana Médica*», *t. CXIX, núm. 21, págs. 810-811, 7 de septiembre de 1961. Buenos Aires.*

PROBLEMA arduo el tratamiento de esta afección, que creen sería más correcto denominar «tricomoniasis urogenital».

El verdadero problema terapéutico es el de las recidivas por las localizaciones variadas de este parásito.

El plan terapéutico debe basarse en cuatro preceptos fundamentales: *a*) mejoramiento del medio vaginal; *b*) destrucción del parásito en la vagina; *c*) tratamiento de las localizaciones extravaginales, y *d*) tratamiento de la infección en el hombre.

Los puntos *c*) y *d*) no han sido resueltos aún satisfactoriamente, por lo cual debe aceptarse la acción sobre *a*) y *b*).

Sobre el punto *a*), administración de estrógenos y empleo local de hidratos de carbono y ácido láctico.

Sobre el punto *b*), los autores emplean un nuevo preparado antibitóico: Ciba 37'800 B. a., en diez enfermas, obteniendo buenos resultados en siete, sin manifestaciones tóxicas, colaterales ni de intolerancia.

Señalan estos resultados como suficientemente demostrativos para justificar nuevos ensayos que deben incluir el tratamiento de las localizaciones extravaginales y marital.—J. RIVERA.

ESTOMATOLOGÍA

TEJEIRO, A. R.—«LAS GLOSODINIAS.» «*La Semana Médica*», *tomo 120, núm. 34, págs. 1.352-1.361, 7 de junio de 1962. Buenos Aires.*

DEFINE el proceso y hace una clasificación, estudiando a continuación cada una de ellas en detalle.

Más tarde hace una nueva clasificación en cuatro grandes grupos: 1.ª Algias linguales con etiología revelable por el examen clínico con lesiones evidentes. 2.ª Algias linguales con lesiones mínimas. 3.ª Algias linguales sin lesiones evidentes. 4.ª Algias linguales sin lesiones evidentes, pero con alteraciones psíquicas.

Termina haciendo unas insinuaciones terapéuticas: no existe un tratamiento único, existen muchos según la variada etiología expuesta, dependiendo el éxito del diagnóstico apropiado.—J. RIVERA.

OFTALMOLOGÍA

DARDENNE, U. (Eonn). — «APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LOS ESTEROIDES ANABÓLICOS EN OFTALMOLOGÍA.» (*The therapeutic applications of anabolic steroids in ophthalmology.*) «*Acta Endocr. Suppl.*», *63, 141, 1961.*

EN el simposio sobre esteroides anabólicos, celebrado en Noordwijk (Holanda), en mayo de 1961, Dardenne indica en primer lugar la importancia creciente de la retinopatía ahora que los diabéticos alcanzan una edad más avanzada. En realidad, el aumento de la incidencia de dicha afección es, sin embargo, superior a lo que es explicable por la elevación de la edad media en los pacientes diabéticos. (Según datos suministrados por Houtsmuller y Oosterhuis, el 70 por ciento de los pacientes afectos de diabetes durante quince a veinte años sufren dicha afección, y el 5-13 por ciento del número total de casos de ceguera habrían sido causados por la retinopatía diabética.) Según dichos autores, esta afección tal vez esté más relacionada con un metabolismo proteico y graso anormal que con un trastorno del metabolismo hidrocarbonado. Existen numerosos indicios —tanto clínicos como experimentales— de que en los diabéticos la hipófisis y las suprarrenales presentan una mayor actividad. Por esta razón en muchos países se tiende a la extirpación de dichas glándulas para el tratamiento de las complicaciones de la diabetes. Los resultados terapéuticos de la hipofisectomía y de la adrenalectomía no son muy buenos y la mortalidad de esta primera operación es aún aproximadamente un 25 por ciento. Dardenne opina, sin embargo, que los cambios que casi siempre se producen en el metabolismo proteico podrían explicarse por una mayor actividad corticosuprarrenal, a causa del efecto catabólico que produce la misma. De este modo pueden coordinarse las anomalías del metabolismo proteico y del sistema hipófiso-corticosuprarrenal que siempre se observan. Por lo tanto, merece la pena el estudio de la utilización de esteroides anabólicos en estas afecciones, como han propuesto ya otros investigadores basándose en los resultados que habían obtenido. Dardenne estudió principalmente la influencia del Deca-Durabolín sobre el espectro proteico de la sangre. A dosis de 50 mg. cada tres semanas durante tres meses aumentó la concentración sérica de albúmina, así como la concentración de beta-globulina. La relación albúmina/globulina mostró un desplazamiento hacia los valores normales, la concentración en sangre de aminoácidos no combinados con proteínas, que en la retinopatía diabética es por lo común elevada, después de la administración de Deca-Durabolín se hizo más normal.

Con dosis más elevadas de Deca-Durabolín (100 mg. cada diez días) se observó que también los valores patológicos encontrados para los aminoácidos básicos se desplazaban hacia los valores normales. A dosis elevadas, el Deca-Durabolín no produjo ningún influjo sobre la glucemia de los pacientes no diabéticos, pero en los diabéticos produjo un efecto claro incluso a pesar de haberse reducido a la mitad la administración de insulina durante el tratamiento. Finalmente, Dardenne indicó también la importancia de la utilización de esteroides anabólicos en la corticoterapia prolongada, tal como se utiliza en oftalmología, por ejemplo, en caso de oftalmía simpática, neuritis del nervio óptico, coroiditis, etc.—FACI MUÑOZ.

RADIOTERAPIA

DELPLA, M. (París).—«EFECTOS PATOLÓGICOS LARGAMENTE DIFERIDOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES.» (*Effets pathologiques longuement différés des rayonnements ionisants.*) «*Le Concours Medical*». *núm. 16, abril 1963. París.*

EN estos dos últimos años han aparecido varios trabajos acerca de este problema de los efectos diferidos de las radiaciones ionizantes. En estas páginas de «Clínica y Laboratorio» apareció en octubre de 1962 un artículo dedicado al radiocáncer y radioleucemia.

Entre los efectos largamente diferidos de las radiaciones ionizantes figura este recién mencionado del radiocáncer y radioleucemia, los daños genéticos, los trastornos hematológicos no leucósicos y el acortamiento de la vida.

El autor analiza sucesivamente los cuatro apartados enumerados y en todos preocupado por la idea de relación entre dosis y efectos. Los argumentos que el autor revisa son los mismos que han servido a otros autores: Hiroshima, accidentes de centrales nucleares, estadística de enfermos de espondilitis anquilopoiética irradiados en columna vertebral, niños irradiados «in útero», edad de los radiólogos y de otros especialistas que manejan los rayos X, etc.

Delpla piensa que debiendo toda investigación basarse sobre una hipótesis de trabajo, en este caso está admitida la relación lineal sin umbral entre dosis y efectos, aunque su validez para las pequeñas dosis no ha sido todavía verificada experimentalmente. Dice que es muy posible que la ley real corresponda a un diagrama de naturaleza sigmoide cuya porción media, sensiblemente rectilínea, ha sido la única explorada.

El artículo termina exponiendo unas consecuencias de competencia legal, pues no en vano Delpla ha consagrado ya varios trabajos a la Medicina laboral en relación con las radiaciones ionizantes.—SOLSONA.

REUMATOLOGÍA

SAMBROOK, D. K.—«LA RADIOTERAPIA EN LA ESPONDILOARTRITIS ANQUILOPOYÉTICA.» (*Radiotherapy for Ankilosing Spondylitis.*) «*Rheumatism*», *19, 2, 30-40. 1963.*

ES una revisión de la acción de la radioterapia en la espondiloartritis anquilopoyética. Tiene una primera parte de revisión bibliográfica en la que distintos autores dan mejorías clínicas a veces duraderas entre un 50 a un 80 por ciento de casos. También se dan detenciones de la evolución clínica, permitiendo un desarrollo casi normal de las actividades habituales. Plantean el peligro de inducción por la radioterapia de leucemias y anemias aplásticas y también de esterilidad masculina y femenina por irradiación de las sacroilíacas y caderas.

El autor desde 1945 ha tratado doscientos casos y seguidos por períodos de cinco a diez años. Estaban clasificados en estado 1 (alteración sacroilíaca). estado 2 (alteraciones espinales y articulaciones proximales) y estado 3 (obliteración sacroilíaca y extensiva anquilosis intervertebral).

Del estado 1, obtiene 83 por cien, desaparición del dolor; en 75 por ciento, clara mejoría y mejor movilidad. El 50 por ciento precisó a los diez años ulterior tratamiento de la misma área irradiada o de nuevas áreas.

Del estado 2, 80 por ciento de inmediata mejoría, pero el 57 por ciento requirió nuevo tratamiento después de un intervalo de cuatro años.

Del estado 3, 65 por ciento marcada mejoría y 40 por ciento mejoría de movimientos. La mayoría pudieron continuar el trabajo después de un período de incapacidad completa.

El establecer una indicación de radioterapia es difícil, pues hay casos de evolución favorable espontánea y existe el peligro por la radiación de desencadenar una leucemia. Pero, por otra parte, si la evolución espontánea es anquilosante, una

vez producida la anquilosis, ésta no retrograda por la radioterapia. Además está el problema de las recaídas y en que las nuevas aplicaciones surten menos resultados. La decisión es muy personal en cada caso. Para establecer comparación entre los resultados con radioterapia o sin ella, se impone la doble prueba a ciegas.

La prueba no radioterápica comprendería movilización activa y pasiva y fenilbutazona, teniendo en cuenta que ésta solamente actúa mientras se toma, no estando exenta de peligros, pues las dosis eficaces son tóxicas casi siempre.

Particular indicación radioterápica la constituye la afectación de región cervical y de las articulaciones coxofemorales, ya que la rigidez de la región lumbar y dorsal no implica un serio inconveniente para el enfermo.

En cuanto a la técnica, aconseja irradiar solamente las zonas afectas y con dosis de 1.200 r - 1.500 r para la columna y de 750 r a 1.000 r para las articulaciones periféricas. De esta forma se dan recaídas (pudiendo de nuevo irradiar), pero se aleja el peligro leucémico.—PÉREZ GIL.

PEDIATRÍA

GARAGUSO.—«DITIAZANINA Y ENTEROBIUS VERMICULARIS.» *«La Semana Médica», núm. 43, páginas 1.803-1814, 23 de noviembre de 1962. Buenos Aires.*

EN una primera parte hacen un ensayo de tratamiento con Ditiazanina en niños enterobiásicos, llegando a las conclusiones de que es un medicamento efectivo y útil, aportando un 88'33 por ciento de curaciones, con buena tolerancia y recomendando la dosis de 200 a 600 mg. diarios, según el peso, en tres series de cinco días cada una, con descansos intercalados de siete días. Consideran imprescindible para obtener éxitos duraderos complementar el tratamiento medicamentoso con la prescripción de medidas higiénicas para evitar las reinfestaciones.

En una segunda parte hacen un ensayo terapéutico con Ditiazanina en niños trichuriásicos, llegando a las conclusiones de que también es efectiva y útil con un 87'60 por ciento de éxitos en un primer control, con una tolerancia excelente. La dosis es de 200 mg. tres veces al día,, en tres series de cinco días cada una, con descansos intercalados de siete días. Cree que se trata del medicamento más eficaz utilizado hasta ahora y recomienda también el uso de medidas higiénicas complementarias como profilaxis de las reinfestaciones.—J. RIVERA.

GARAGUSO, P.—«STRONGYLOIDES STERCOLALIS.» *«La Semana Médica», t. CXIX, núm. 47, págs. 1.967-1.974, 7 de diciembre de 1961. Buenos Aires.*

CONTINUANDO sus trabajos sobre la acción de la ditiazanina sobre los parásitos intestinales. el autor se ocupa ahora de la acción de dicho preparado sobre el *Strongyloides* en niños, llegando a la conclusión de que se trata de una droga muy eficaz y con una tolerancia excelente.

Recomienda una cura de veinte días de duración, que permitiría destruir el ciclo de las posibles autorreinfestaciones endógenas.

Cree que es el medicamento de elección y de superior efectividad a todos los demás.

Seguidamente se ocupa de la acción de la ditiazanina sobre el *Ascaris lumbricoides* en niños. llegando a la conclusión de que es sólo relativamente efectiva. Por consiguiente, no es el medicamento ideal, aunque la tolerancia es buena, limitándose a emplearla en caso de asociación con otros parásitos en los que es de reconocida eficacia. Considera de elección contra el *Ascaris,* la piperacina. — J. RIVERA.

BADARACCO, J., y otros.—«SÍNDROME DE COSTEN EN LA INFANCIA.» *«La Semana Médica», tomo 121, núm. 49, págs. 2.057-2.067, diciembre 1962. Buenos Aires.*

EL síntoma más común es la otalgia, que mejora inmediatamente con la corrección del trastorno articular que la ha provocado.

El tratamiento etiológico consiste en eliminar la desarmonía oclusal y volver el cóndilo a la posición normal.

Esta vuelta a la normalidad se consigue por medio de una aparatología ortopédica que modifica paulatina y funcionalmente la posición del cóndilo.

Exponen las historias clínicas resumidas de seis casos. con fotografías antes y después del tratamiento, pudiendo apreciarse en ellas los magníficos resultados obtenidos.—J. RIVERA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

SESIÓN DEL DÍA 4 DE MARZO DE 1963

MARTINO SAVINO, F. — «EL VERDADERO ORIGEN DE LAS CÉLULAS CANCEROSAS.»

EL organismo posee un mecanismo mediante el cual oxígena sus células y la bomba de oxígeno; ésta es una unidad anatómica y funcional directamente responsable de la oxigenación tisular. La célula cancerosa es el resultado de la mínima solubilidad de la glucosa. Estos hechos determinan que en muchos casos sólo llegue a las células glucosa, pero no oxígeno. Toda célula obligada a «trabajar» en tal estado de forzosa fermentación, se cancerifica inevitablemente.

Brevemente podemos decir, la patogenia de cáncer es: como las células cancerosas no consumen oxígeno y sólo forman los fermentos precisos para degradar la glucosa a ácido láctico, tienen un reducido citoplasma y una membrana muy delgada. Los citados fermentos difunden fácilmente fuera de las células cancerosas y atacan los polisacáridos intersticiales. que son los elementos básicos del sistema nutricio de las células normales inmediatas; esto provoca la inflamación del tejido normal, la necrosis de las células normales atacadas y los fenómenos reactivos subsiguientes: neoformación capilar, congestión pasiva, hemorragia, intentos de regeneración, etc., es decir, una inflamación subaguda, creciente, inespecífica e intratable, que lleva a la muerte por caquexia. El cáncer carece de vaso sanguíneo, pero provoca neoformación capilar, hemorragias, etc., en los tejidos inmediatos a él.

PÉREZ MODREGO, S. — «LOS ISÓTOPOS RADIOACTIVOS EN EL ESTUDIO FUNCIONAL Y TOPOGRÁFICO DEL RIÑÓN.»

LA aplicación de los isótopos radioactivos al estudio funcional y topográfico del riñón, constituye un sencillo método atraumático para el análisis y conocimiento de la fisiopatología renal; constituye una técnica de interés para el médico general y el internista, para el urólogo y para el ginecólogo; es método sencillo y demostrativo de la función renal, orientador para el clínico en cualquier caso, como fácilmente puede apreciarse en la serie de proyecciones correspondientes, tanto al renograma o nefrograma normal, en el que se ve fácilmente sus períodos vascular, secretor y excretor, así como las gráficas de renogramas en caso de hipertensión de origen nefrógeno, de obstrucción de uréter, de litiasis renal, de tuberculosis renal, de hidronefrosis secundaria, quiste renal, hipernefromas, etc.

Sobre la significación clínica de muchas de las lesiones presentadas, tenemos ya una experiencia, pero sobre otras alteraciones fisiopatológicas nos queda mucha duda en su interpretación. Esperamos que, con el tiempo, la experiencia nos irá aclarando algunos puntos de la significación clínica de las imágenes que aparecen en estos renogramas o renogammagramas.

En conjunto, podemos resumir diciendo que se trata de una técnica sencilla y atraumática, y es un método muy fácil para la demostración de la función renal y, al menos, el renograma es una exploración relativamente barata.

En la discusión intervinieron los doctores F. Martino Savino, Ros Saldanha e Hidalgo Huerta.

SESIÓN DEL DÍA 11 DE MARZO DE 1963

MESA REDONDA SOBRE «TERAPÉUTICA ACTUAL DE LAS NEFROPATÍAS CRÓNICAS Y SUS FUNDAMENTOS». Actuando como coordinador el profesor M. DÍAZ RUBIO, y ponentes los doctores JIMÉNEZ CASADO, OLIVA ALDAMIZ, C. LAGUNA, BARRIOS, SÁNCHEZ CREUS, A. DE LA PEÑA, D'OCÓN, HERNANDO AVENDAÑO, ROS SALDANHA y SCHULLER PÉREZ.

EL profesor Díaz Rubio sintetiza las comunicaciones y ponencias de los que intervinieron en la mesa redonda, diciendo:

Es preciso resaltar dos hechos, el primero, que hoy tenemos que seguir ha-

blando de incurabilidad ante toda nefritis crónica, si bien esto no supone el que no podamos ser útiles en ellas, en el sentido de lentificar la progresión, de mejorar su sintomatología y de remediar la evolución fatal inmediata en determinados momentos. El segundo es el que nuestro conocimiento sobre la esencia, causología y patogenia de las nefritis crónicas es notablemente mejor, a favor de nuevos hechos y conceptos que se desvían de la vía muerta en que las ideas ortodoxas sobre ellas las tenían, prescindiendo de viejas terapéuticas, y se manifiestan como medidas útiles las siguientes:

La actuación sobre la causa, cuando se conoce, si bien actuando en la fase crónica no se logra la curación, sí podemos influir evitando brotes y retardando la progresión.

Los antibióticos, ante todo en las pielonefritis, pueden sernos útiles, si son manejados conscientemente y con conocimiento del germen causal.

La prednisona, la prednisolona y otros corticoides, tienen una indicación precisa en el síndrome nefrósico y en circunstancias de agudización por autoagresión. En estados silentes de hipertensión acusada o insuficiencia renal, no es aconsejable su uso.

Ante la anemia nefrógena, tienen su indicación máxima las transfusiones de plasma, dado su contenido en eritropoyetina renal, pero su empleo debe rodearse de cautela en caso de concomitante hipertensión nefrógena.

Es de utilidad restaurar el alterado equilibrio de los electrolitos, sobre todo en el estado de insuficiencia renal. Los medios a utilizar pueden ser la diálisis peritoneal, la extracorpórea o el empleo de resinas de cambios de iones. Su eficacia dista mucho de la que tienen en el fracaso renal agudo.

En la discusión intervinieron los doctores Martino Savino y E. Roda Pérez.

Sesión del día 18 de marzo de 1963

PARTEARROYO, F. R.—«Los niveles en sangre de la isoniacida en el tratamiento de la tuberculosis.»

Hemos querido conocer, por cuenta propia, la influencia de los niveles en sangre de la isoniacida, los métodos para modificarlos y su posible influencia en el tratamiento.

Elegimos el método químico y no el biológico, siendo éste muy lento y el químico, bien hecho, sensible y útil, titulando sólo la isoniacida y la acetilada.

Los datos obtenidos son la media de tres determinaciones efectuadas con sangre recogida en ciento sesenta y tres investigaciones. Las dosis más altas de isoniacida elevan prácticamente al doble los niveles de isoniacida, sin que la acetil se eleve proporcionalmente; precisa dar las dosis cada seis horas, para obtener una modesta acumulación.

Intentamos conocer la influencia de la asociación de PAS en la repetida elevación de niveles de isoniacida por vía gástrica, a razón de 10 miligramos por kilo, de una vez.

Asociando 12 gramos de PAS por vía gástrica al tiempo que la isoniacida, se elevan las concentraciones de ésta de modo marcado; pero, en cambio, no impide la acetilación, como es generalmente admitido. Comprobamos una relación inversa entre la isoniacida y la acetil. Para que surta efecto el PAS en la elevación del nivel de isoniacida, es preciso dar dosis altas, 10 gramos como mínimo.

Con toda nuestra experimentación vemos que utilizando la vía gástrica y PAS venoso, las cifras se mantienen en sangre, elevadas, más tiempo que si los productos PAS e isoniacida se dan por vía venosa.

Los niveles en sangre con la técnica venosa no son superiores a los obtenidos por vía gástrica, y la duración en sangre de la isoniacida es normalmente menor. Luego no vemos ventaja en el empleo de las isoniacidas por vía venosa.

En la discusión intervino el doctor J. Alix Alix.

RÁBAGO, G.; SÁNCHEZ-CASCOS, A., y URQUÍA, M.—«Resección de aneurisma de ventrículo izquierdo con circulación extracorpórea.»

Presentamos un caso de aneurisma de ventrículo izquierlo, que no es postinfarto, sino traumático postincisional, después de un intento de comisurotomía aórtica con técnica cerrada por vía transventricular.

Muchacho de doce años, que a los tres de edad su médico le encuentra un soplo cardíaco, por lo demás asintomático. Hace tres años, visto en otro hospital después de cateterismo cardíaco, le diagnostican de estenosis aórtica, donde intentaron dilatar la válvula aórtica por método cerrado transventricular, continuando después de la operación asintomático.

Al llegar a nuestro Servicio es un niño bien constituído, sin cianosis; la exploración clínica e instrumental concluye el diagnóstico de estenosis cerrada a nivel valvular y en el que la intervención anterior había sido inefectiva, interpretándose la existente masa densa, redondeada, del tamaño de un huevo de gallina, pulsátil y calcificada en su borde ventricular izquierdo, es decir, la tumoración yuxtacardíaca, como un aneurisma postquirúrgico, seguramente en el lugar de la ventriculotomía practicada, descartándose que pudiera tratarse de un quiste hidatídico o congénito del pericardio.

El enfermo fue operado en nuestra clínica, con circulación extracorpórea e hipotermia hasta 24 grados, comprobándose que el aneurisma estaba sobre la cara lateral del ventrículo izquierdo, unos 8-10 centímetros por encima de la punta y con un tamaño como una mandarina. Abrimos el aneurisma, extrayendo gran cantidad de trombos y coágulos y resecando toda la pared libre en forma de media naranja, sin intentar el despegamiento de la pared más íntimamente adherida al pericardio subyacente.

Dicho enfermo llevó un postoperatorio libre de complicaciones, y a su alta, a los quince días de la intervención, se auscultó todavía un soplo sistólico aórtico, grandemente disminuído de intensidad, y en las radiografías presentadas se ve la desaparición de la masa aneurismática sobre ventrículo izquierdo que existía en la exploración preoperatoria.

Sesión del día 25 de marzo de 1963

VÁZQUEZ AÑÓN, J. L. — «Tratamiento quirúrgico de las rinolalias.»

Antes de hacernos responsables de los enfermos con incompetencias velofaríngeas, es conveniente recordar el mecanismo normal del cierre palatofaríngeo.

El problema de reparar una hendidura palatina es más complejo que el mero cierre de la cisura. Con frecuencia vemos enfermos con un paladar defectuoso y, sin embargo, su habla es normal; y, por el contrario, en otros el paladar tiene una buena movilidad, y su habla es defectuosa. El cirujano plástico que esté satisfecho de los resultados de su cirugía del paladar es que no oye hablar a sus enfermos. Todos tenemos enfermos con una insuficiencia foniátrica, a pesar de haber reparado la hendidura del paladar bajo depurada y escogida técnica, tratando los colgajos cuidadosamente y reduciendo el trauma al mínimo.

El tratamiento quirúrgico de las rinolalias es un verdadero problema para todos los que tratamos estos enfermos. Creemos que las hendiduras del paladar deben ser reparadas en edad temprana, antes de los dieciocho meses, y estos enfermos serán más tarde controlados por el equipo formado por un otorrinolaringólogo, ortodóncico, psiquíatra, cirujano plástico y un foniátra, siendo este último el que juega un importante papel, pues en él recae la responsabilidad de la reeducación del niño.

En nuestra estadística, de veintiocho enfermos en una primera serie y de nueve en una segunda, siguiendo la técnica de F. P. Moore, de los primeros, doce obtuvieron un habla normal; nueve mejoraron, y tres están en la escuela foniátrica; de la segunda serie, siete fueron operados de labios leporinos y hendiduras del paladar, excepto en dos; los cinco restantes, para conseguir el cierre del paladar, habían sido operados de dos a tres veces, quedando todavía en la mayor parte de ellos fístulas residuales.

En todos los enfermos predominaba una marcada rinolalia, en algunos con defectuosa articulación, y en otros con una pronunciación ininteligible, y en la mayoría, con dificultad para ponunciar determinadas letras.

En la discusión intervino el doctor J. Vilar Sancho.

RODRÍGUEZ MIÑÓN, J. L., y MORROS, J. J.—«Descubrimiento de las diabetes ignoradas.»

En la actualidad no podemos pretender hacer el diagnóstico de prediabetes mediante el manejo de las técnicas de laboratorio de que ahora disponemos. Sólo nos es dada la posibilidad de diagnosticar mediante el empleo de dichos métodos ese amplio de diabetes latentes y diabetes ignoradas.

Siguiendo el método de la curva de glucemia obtenida mediante la sobrecarga de glucosa por vía oral utilizado entre sujetos familiares de diabéticos, al objeto de conocer las diabetes ignoradas y establecer las normas de una lucha nacional antidiabética, tal investigación fue llevada a cabo en ciento ochenta y seis sujetos familiares de diabéticos, con edad entre cinco y setenta y tres años; de ellos, ciento veinte mujeres y 66 varones, con el criterio de selección en relación con el grado de parentesco, limitando la investigación a los padres, hermanos, hijos y nietos de diabéticos y todos perteneciendo a todas las clases sociales y procedentes de las diferentes provincias españolas, con un control realizado en sesenta y cuatro sujetos no parientes de diabéticos, sanos, y en los que se descartó cualquier trastorno

digestivo, hepatopatía, pancreatitis, tumores y quistes pancreáticos, enfermedad renal, dermatológica y endocrina o de otro tipo, que pudiera perturbar los resultados de la prueba.

A todos los sujetos estudiados se les sometió, los tres días inmediatamente anteriores a la sobrecarga de glucosa, a una dieta conteniendo 300 gramos diarios de hidratos de carbono.

El día de la prueba se administró, en ayunas, 100 gramos de glucosa disueltos en 500 c. c. de agua, por vía oral. A los niños y adolescentes, la cantidad de glucosa administrada fue de 1'75 gramos por kilogramo de peso ideal, en solución al 20 por ciento.

La glucemia fue determinada en ayunas, a la media, una y dos horas de la sobrecarga de glucosa. Todas las determinaciones fueron hechas en sangre capilar, utilizando el método de Hagedorn-Jensen.

Consideramos como normales a aquellos sujetos que a las dos horas de la sobrecarga con 100 gramos de glucosa presentan una glucemia inferior a 125 miligramos por 100 c. c.; diabéticos, a aquellos en los que dicha cifra de glucemia es superior a 144 miligramos por 100 c. c.; y como casos dudosos, a los que poseen una cifra de glucemia situada entre ambos valores.

En este estudio se evidencia la existencia de un 4'7 por ciento de diabetes latente, en lo que hace a sujetos controles, y en el de familiares de diabéticos, los casos de diabetes latentes ascienden a un 27'4 por ciento. Los sujetos con curvas de mala utilización predominan entre los obesos, y es también mayor entre los sujetos con un estado de nutrición normal.

Lo dicho nos permitiría tratar las diabetes ignoradas, que por esta misma razón se encuentran en la actualidad sin tratamiento. Lograr la reversibilidad de la diabetes en aquellos casos precoces en que esto fuera factible, y evitar, o al menos retardar, la aparición de las complicaciones tardías de la diabetes melitus.

En la discusión intervinieron los doctores F. Jiménez, M. F. Zumel, F. Sicilia y Roda Pérez.

Sesión del día 1 de abril de 1963

OBRADOR ALCALDE, S.—«Consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de los angiomas arterio-venosos del cerebro.»

El tratamiento quirúrgico directo de los angiomas o aneurismas anterio-venosos del cerebro solamente ha sido posible en los últimos años. El empleo de la técnica angiográfica de Egas Moniz para precisar la situación de los vasos anormales de estos procesos en las distintas fases del angiograma y al uso de las drogas ganglioplejicas e hipotensoras, desde 1963, se debe fundamentalmente este progreso.

La experiencia personal comprende treinta casos de angiomas o aneurismas arterio-venosos que han sido sometidos a tratamiento quirúrgico en nuestra casuística general, que es superior a los dos mil trescientos procesos expansivos y tumores intracraneales operados.

Se consideran los síntomas principales de hemorragias intracraneales, epilepsia y signos neurológicos focales. La localización más frecuente corresponde al territorio de la arteria cerebral media. La localización del proceso y los síntomas que presenta el enfermo guían la conducta terapéutica

Se ha realizado en veinticinco casos la extirpación radical del angioma, y en el resto, operaciones incompletas. Las lobectomías, englobando el angioma, o la extirpación radical en bloque, es la mejor técnica, siempre que sea posible de realizar. Las drogas hipotensoras facilitan extraordinariamente este proceder terapéutico.

Con relación a la hipotermia, se han operado casos con hipotermia moderada de 28 a 30 grados centígrados; pero no consideramos esta técnica de gran utilidad cuando se va a realizar la extirpación de toda la masa vascular angiomatosa. Tampoco la ligadura transitoria de las carótidas en el cuello, añadido a la hipotermia, parece ser de gran utilidad, porque la sangre llega a los angiomas de diferentes territorios vasculares.

Son de gran consideración la hipotermia profunda de 10 grados centígrados y circulación extracorpórea con parada cardíaca.

Intervino en la discusión el doctor Jiménez Gan.

HIDALGO HUERTA, M. — «Fibroma del yeyuno.»

Los tumores benignos del intestino delgado constituyen un acontecimiento de infrecuente observación, cursando en las más de las veces con una sintomatología muy atípica que dificulta su diagnóstico y exteriorizándose, por lo general, por la aparición de complicaciones de gravedad variable, a la cabeza de la cual se sitúa la obstrucción intestinal.

Anatomopatológicamente, los tumores benignos del delgado son, en la mayor parte de los casos, de origen conectivo, y en ocasiones, en los fibromas o miomas, es muy difícil diferenciar la participación neural que en ellos pueda existir. y menos frecuentemente se objetivan tumoraciones quísticas o de neumatosis quística intestinal, de la que en 1944 publicamos cuatro casos de nuestra experiencia.

Abstracción hecha de los tumores quísticos, que a veces tienen un volumen considerable, las tumoraciones benignas del delgado no suelen tener gran tamaño, siendo, por lo general, más amplios los fibroleiomiomas.

Un caso personal, en un adulto de cuarenta y un años, que se nos remite con un cuadro de obstrucción intestinal alta, que no cede con el tratamiento médico; se procede a la intervención, encontrando a unos cincuenta centímetros del ángulo de Treitz una invaginación del yeyuno, cuya causa originaria radica en una tumoración parietal, que hace prominencia en la luz intestinal, implantada en el borde antimesentérico y del tamaño y forma de un huevo de gallina. Se practica resección del área afectada, con restablecimiento término terminal de la continuidad del yeyuno; pieza intestinal de 12 cm., cuyo estudio histopatológico era fibromatosa, sin imágenes de malignidad. El paciente es dado de alta a los diez días, encontrándose actualmente bien y recuperado de peso.

En la discusión intervino el doctor Callejo Tejedor.

Sesión del día 22 de abril de 1963

MESA REDONDA. — «Cáncer rectosigmoideo.» Actuó de coordinador el doctor M. Hidalgo Huerta, y ponentes, los doctores J. M. Esteban Márquez, P. de la Viesca J. Muñiz, J. Monereo, G. Gálvez Armengau, J. Rodríguez Puchol, S. Pérez Modrego y C. González Bueno.

La frecuencia en la presentación del cáncer rectosigmoideo en la estadística mundial, y muy particularmente en la nuestra, la que más nos interesa, en cuanto a cánceres de colon y recto, se eleva a un 15 por ciento. para unos, y hasta un 25 por ciento, para otros, y ello teniendo en cuenta el Servicio, siendo doloroso decir que dentro de este 25 por ciento de cánceres digestivos el diagnóstico ha sido tardío en la mayor parte de ellos, hecho que significa que a los enfermos no se les explora debidamente en este sentido, aun a pesar de ser, exploratoriamente hablando, un proceder sencillo, fácil de realizar y que presta una gran utilidad Aun dado el diagnóstico tardío, la mayor parte, el 83 por ciento, han sido resecables, lo cual indica el porcentaje a que se hubiese podido llegar si los diagnósticos se hubiesen hecho más precozmente

Los factores de dieta y herencia tienen muy poco interés dentro de la etiología general del cáncer, y particularmente de la del rectosigmoideo.

En la actitud terapéutica hay que mostrarse ecléctico en los enfermos de poliposis, y no se pueden adoptar posturas radicales en el sentido de que un enfermo que tenga una poliposis el practicarle una colectomía total, pues existen muchos pólipos que, simplemente, sin llegar a la colectomía total, y sí con una exéresis local, pueden ofrecer una suficiente garantía en el porvenir.

La radiología en el cáncer rectosigmoideo nunca debe ser un sistema exploratorio que se verifique antes que el tacto o antes que la endoscopia, puesto que lo único que puede dar, en general, son datos coadyuvantes, pero no datos definitivos.

Dentro de los aspectos anatomopatológicos podemos tener un criterio con respecto a la malignidad; los cánceres vegetantes y los adenomas tienen, en general, un pronóstico mejor. Si debemos dar importancia a las vías de propagación, es muy demostrativo lo cuidadoso que se debe ser en la exploración de estos enfermos en el momento quirúrgico, puesto que la existencia de tumores múltiples es frecuente en el colon y también relativamente frecuente en el rectosigmoide.

La propagación linfática es de la mayor importancia quirúrgica y mayor en sentido práctico habitual, como igualmente la propagación sanguínea; la frecuencia de estas metástasis, mejor dicho, de estas diseminaciones, ha llevado a recoger células cancerosas en la vena cubital o radial que había traspasado la barrera hepática y que por vena cava habían llegado a la circulación general sin producir metástasis; pero, no obstante, el hecho de que exista un 40 por ciento de diseminaciones hemáticas tiene un interés decisivo y debe tenerse muy en cuenta a la hora de establecer unas normas que deban regir el acto quirúrgico.

En los aspectos terapéuticos existe la posibilidad de una acción terapéutica eficaz, mediante las radiaciones ionizantes en los tumores tipo T1, N0, en aquellos que se encuentran a menos de 12 cm. y que sean radiosensibles y cuya radiosensibilidad queda un poco en relación con el grado de diferenciación de células. Estos

tumores de tal extensión no los encontramos; ojalá los encontrásemos y así podríamos evitar efectuar una operación que nunca es grata por la amplia exéresis y mutilación que conlleva. En lo que se refiere a la conservación de los esfínteres, hemos de considerar tres tipos de enfermos: que el tumor se encuentre entre 12 y 20 centímetros, todos ellos subsidiarios de una resección anterior; los que se encuentran a menos de 7 cm., en los cuales debe hacerse una amputación, y los que se encuentran en grados intermedios de solución quirúrgica variable en relación con las características locales y generales de cada caso.

Sesión del día 29 de abril de 1693

ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, F.—«Problemática sobre la enfermedad de Dufuytren.»

Desde la comunicación de Dupuytren, poco o nada se ha añadido a su morfología y clínica; su patogenia ha sufrido muchas lucubraciones y todavía sigue en un plano un tanto nebuloso para la mayoría de los autores. Quizá el punto de más interés que actualmente tiene planteada esta enfermedad es el concerniente al tratamiento quirúrgico, y decimos tratamiento quirúrgico intencionadamente, para hacer resaltar que nada puede esperarse del tratamiento médico.

Entre los métodos quirúrgicos utilizables está, en primer lugar, la fasciectomía total, método que popularizó M. Indoe y que yo he realizado durante muchos años con éxitos excelentes y por la que se inclinan gran cantidad de autores. Esta intervención extirpa toda la fascia palmar superficial, incluyendo los tractos conjuntivos perpendiculares que se insertan en la cara anterior de los metacarpianos, a más de la extirpación de nódulos fibrosos en los dedos y plastias en «Z» en los dedos que lo necesitan. Los resultados son excelentes, pero tiene el inconveniente del prolongado tiempo de recuperación, por lo que en la actualidad se tiende a efectuar fasciectomías parciales, que tienen la ventaja de un menor tiempo de incapacidad laboral.

Nosotros, en el Dupuytren de evolución rápida hacemos la fasciectomía total, y en aquellos enfermos que les sea posible conllevar una larga recuperación; en cambio, en los casos de evolución lenta, así como en personas de actividad intelectual y en aquellos que por sus condiciones de trabajo de las manos puedan fácilmente sufrir varias intervenciones con períodos cortos de incapacidad, recomendamos la fasciectomía parcial.

Al finalizar la sesión proyecta varios esquemas anatómicos de la palma de la mano y una película con los diferentes momentos operatorios de la fasciectomía.

En la discusión intervinieron los doctores Vilar Sancho, Castillo Ojugas y Lafora.

Sesión del día 6 de mayo de 1963

ALIX Y ALIX, J., y ALIX TRUEBA, J.—«Actualidad de la tuberculosis.»

En recientes publicaciones, es frecuente leer: «contrariamente a una idea frecuentemente difundida, la tuberculosis en Europa plantea un problema serio e incluso grave»; «el recrudecimiento de la tuberculosis»; «que la tuberculosis está vencida»; «que la tuberculosis empieza a ser cosa de museo»; «no debería haber ninguna duda de que la desaparición de la tuberculosis se encuentra en los límites de lo posible, aun cuando el camino que a ello conduce es todavía largo»; «frecuentemente se comete el error de menospreciar a la tuberculosis, y de creer que, ya que tan poca gente muere por la tuberculosis, ello será debido a que la enfermedad ha disminuído en la misma proporción».

Ante este gran problema, queremos abordar algunos aspectos: anarquía en el tratamiento individual; estado epidemiológico; necesidad o no de la hospitalización; necesidad de una investigación sistematizada reglada y homogénea; profilaxis; créditos.

No es nuestra intención solucionar, y mucho menos desde aquí, los problemas. Queremos llamar la atención y el interés de los médicos y de los que no lo son. Y a manera de conclusiones nos permitimos sugerir:

Contra toda creencia, el problema de la tuberculosis es actual.

Sería deseable una reorganización de la lucha antituberculosa en España.

Es necesario reivindicar la función del dispensario y la hospitalización de los tuberculosos abiertos, activos y bacilíferos.

Es necesario reconsiderar la necesidad de suficientes equipos quirúrgicos con actividad centralizada.

Es preciso incrementar las campañas de descubrimiento de casos y profilaxis.

Debería llegarse a una inteligencia entre el SOE y el PNA.

Es necesario reconsiderar las modalidades de acopio económico.

En la discusión intervinieron los doctores Partearroyo, Lago Ferreiro, Blanco (Francisco), López Montero y Sicilia Traspaderne.

Sesión del día 13 de mayo de 1963

SCOLA BASABUREN, E.—«Parálisis facial otógena; su tratamiento quirúrgico.»

El problema de la parálisis facial otógena frente a su tratamiento quirúrgico, está relacionado con la causa determinante, la duración del proceso, las condiciones locales anatomopatológicas y las condiciones neuromusculares de cada caso.

En los diferentes casos que hemos intervenido quirúrgicamente, hemos efectuado las siguientes técnicas: aticoantromastoidectomías descompresoras, en parálisis faciales por inflamación otomastoidea. Liberación del segmento horizontal y piramidal del conducto de Fallopio en parálisis faciales de Bell. Descompresión del segmento descendente del conducto de Fallopio y del agujero estilomastoideo en la paresia facial con hemi-espasmo. Injerto nervioso, utilizando el nervio femorocutáneo, en las secciones traumáticas del nervio, en su segmento horizontal.

Los espasmos esenciales en paresia facial son muy pocos. El caso que presentamos en un film es el único tratado por cirugía otológica, y el resultado ha sido una notable disminución de las descargas músculo-faciales, sin la total desaparición de las mismas, utilizando técnica personal en colaboración con el doctor Rodríguez Adrados.

Las intervenciones sobre el nervio facial en la región otomastoidea pueden ser muy útiles, no solamente en las parálisis faciales inflamatorias, quirúrgicas y traumáticas, sino también en las parálisis faciales médicas, como la parálisis de Bell y los hemi-espasmos con paresia.

En la discusión intervinieron los doctores Gavilán, Salamanca y Obrador.

Sesión del día 20 de mayo de 1963

SANCHIZ OLMOS y VAQUERO, F. — «Alargamiento quirúrgico del fémur.»

Codivilla, en 1905, publica los primeros casos de alargamiento del fémur, realizando una osteotomía oblicua del hueso y ejerciendo a continuación una tracción breve e intensa con sus clavos aplicados en el calcáneo.

Bertrand, en 1951, propone una innovación trascendental, que consiste en colocar un clavo intramedular para mantener la alineación de los fragmentos, así como realizar una osteotomía transversal. El sistema de distracción se basaba en una tracción bipolar sobre un vendaje de yeso cortado circularmente.

En 1958, comenzamos a realizar en nuestro Servicio alargamiento de fémur con la técnica de Bertrand, que hemos ido modificando paulatinamente y que ha quedado bastante sistematizada en nuestra última publicación, con nuestro colaborador León Vázquez. La mejoría progresiva de los resultados, ha sido fundamentalmente posible gracias al aparato ideado por nuestro colaborador doctor Pérez Clemente, y con el que se han resuelto una serie de problemas técnicos del postoperatorio de gran importancia, y cuyos principales detalles son expuestos en la película que les proyectamos, al mismo tiempo que pueden apreciar los resultados obtenidos.

Los alargamientos de fémur realizados hasta la fecha son veintiséis, de los que dieciséis fueron por poliomielitis, cuatro por secuelas de tuberculosis de la cadera, dos por aplasias congénitas y uno por luxación patológica de la cadera. Los alargamientos máximos obtenidos han sido de cinco centímetros, y la media, de cuatro.

LEY PALOMEQUE, E., y GARCÍA ORTIZ, E. — «Aneurisma cerebral operado con paro cardíaco bajo hipotermia profunda.»

El enfermo que presentamos es una mujer, operada al mismo tiempo por dos equipos de cirujanos y asistidos por el grupo de colaboradores necesarios en el control. Uno neuroquirúrgico (doctor Ley Palomeque), otro de cirugía cardíaca (doctor E. García Ortiz).

No intentamos hacer una revisión exhaustiva de los problemas de la hipotermia. Quiero esbozar tan sólo dos hechos: el efecto circulatorio de la hipotermia y el efecto sobre el sistema nervioso central.

La enferma, una mujer de veintisiete años, que el Servicio de Neurología nos envía para investigación de su proceso neurológico; aquejaba una paresia de miembro inferior izquierdo y cefaleas. La exploración clínica y analítica necesaria nos permite el diagnóstico clínico de un proceso vascular cerebral que por angiografía de carótida derecha, visualizamos un aneurisma arteriovenoso cerebral que

se proyectaba lateralmente sobre región rolándica y penetración en cuña de base inferior y con un lado en la cara mesial del hemisferio derecho, alcanzando en profundidad el nivel del cuerpo calloso.

La angiografía de carótida izquierda demostró una plenificación adicional de la malformación posterior. Era evidente que el aneurisma estaba nutrido fundamentalmente por las dos arterias pericallosas, del grupo de las cerebrales anteriores, y su drenaje se hacía principalmente por medio de venas superficiales que desembocaban en el seno longitudinal superior.

Realizada la intervención con hipotermia profunda y circulación extracorpórea conjuntamente por los dos equipos antes mencionados, conseguimos la resección total del angioma sin causar en el cerebro un nuevo trauma que se traduzca por síntomas que no existieran en el preoperatorio.

En la discusión intervinieron los doctores Obrador y G. Rábago.

SESIÓN DEL DÍA 27 DE MAYO DE 1963

FALERO, J. M. — «DIVERTÍCULOS DE LA VESÍCULA BILIAR; COMENTARIOS SOBRE TRES CASOS CLÍNICOS.»

La existencia de divertículos de la vesícula biliar, es una observación rara. Vamos a someter a la consideración de los académicos tres casos de divertículos de vesícula biliar.

El origen de los divertículos en la vesícula se atribuye a las múltiples causas que pueden producir debilidad en la pared del colecisto: es como una hernia de la mucosa según la interpretación de Rokitansky-Aschoff, y su sintomatología no es expresiva, ni mucho menos característica; representa la expresión de una disquinesia biliar a veces matizada con episodios de cólico hepático. Sólo se pueden diagnosticar por colecistografía, con prueba de Boyden. Su tratamiento, en principio, estará matizado a tratar la disquinesia que ocasionan. Se emplearán antiespasmódicos, drenadores, complejo de vitamina B, antibióticos si coexiste la inflamación, dieta adecuada, etc.

Si no mejoran con estas medidas, será necesario la indicación quirúrgica, de colecistectomía, para poder liberar a los pacientes de las molestias que les ocasionan, y como hemos visto en nuestros tres casos, son duraderas a lo largo de los años.

El primer caso es una mujer de cuarenta años, con sus molestias que se remontan a diez años; el segundo, mujer de veinte años con dolor en epigastrio, hace dos años, y el tercero, una mujer de treinta y cinco años, cuyo dolor en hipocondrio derecho viene padeciendo desde hace siete años.

El tratamiento ya citado, y la persistencia de las molestias, llevaron a realizar el tratamiento quirúrgico.

En la discusión intervino el doctor Arias Vallejo.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 452 - TOMO LXXVI
NOVIEMBRE 1963
SECCIÓN VARIA

LA MEDICINA EN OTROS PAÍSES

MEDICINA SOCIALIZADA EN GRAN BRETAÑA

En el mes de julio último se cumplieron quince años desde que en Gran Bretaña se estableció el Servicio Nacional de Sanidad. Y de entre los millones de pacientes médicamente tratados, pocos serán los que hayan sido sometidos a reconocimientos más cabales que los aplicados al propio Servicio. Desde su iniciación, a lo largo de los quince años de su existencia, el Servicio Nacional de Sanidad ha sido sondeado, examinado y escudriñado por equipos de científicos, economistas, sociólogos y expertos en finanzas y eficiencia.

Sin embargo, uno de sus últimos investigadores es un hombre que, por dos buenas razones, puede afirmar ser ajeno a la controversia. Por ser norteamericano puede abordar el asunto desde fuera; y por ser historiador, no está profesionalmente implicado en este Servicio.

Tras un estudio a lo largo de ocho años, certifica que «goza de perfecta salud» el hipotético paciente, orgánicamente bien constituído.

En el prefacio de su libro, titulado «Medicina Socializada en Inglaterra y Gales» (North Carolina Press: London: Oxford University Press, 45 chelines), el doctor Almont Lindsey, catedrático de Historia en el Mary Washington College, Universidad de Virginia, da a su tema la denominación de «enfoque británico de uno de los más difíciles problemas de nuestra época».

Explica, incidentalmente, que aunque hay en efecto tres sistemas separados de servicio médico en el Reino Unido (los otros en Irlanda del Norte y Escocia, respectivamente), son en la práctica tan semejantes que él ha limitado su investigación a aquel que por su extensión comprende casi un 90 por ciento de la población total del Reino Unido.

Una de las primeras cosas que hace su libro es disipar la impresión de que el Servicio Nacional de Sanidad fue un plan ideado apresuradamente, insuficientemente proyectado, y aprobado precipitadamente para responder al clima emocional y político reinante en el país al terminar la Segunda Guerra Mundial. Muy poco ha sido incorporado en la Ley del Servicio Nacional de Sanidad, que no haya sido recomendado o discutido en informes o estudios anteriores. El Servicio fue, en efecto, el resultado de varios años de planteamiento, y fue respaldado en máximo grado por los dos partidos políticos.

Sin embargo, estaba en armonía con el ambiente del primer período de la postguerra. La protección en caso de invalidez, de desempleo, de enfermedad y vejez, el Estado bienhechor, eran aspiraciones de los años del conflicto, como uno de los frutos de la victoria.

El doctor Lindsey da breve y terminante respuesta a los críticos que dicen que, en la situación económica reinante a la sazón, el Servicio era un lujo inoportuno. En la década de 1940 —señala— surgieron muchos nuevos medicamentos y tratamientos que, aunque literalmente vitales, eran tan sumamente caros que sólo un reducido porcentaje de la población habría podido beneficiarse, de haber subsistido el antiguo sistema. Y eso, más que ningún otro factor, hizo inevitable la creación de un servicio médico estatal.

Tras trazar su historia, el doctor Lindsey pasa a citar la reconocida compleja estructura del Servicio. Expresa dudas acerca del sistema tripartito sobre el que se basa. De acuerdo con este sistema, los tres servicios dentro del Servicio —médico de cabecera, hospitales, clínicas y programas de bienestar administrados por las autoridades locales— funcionan independientemente uno del otro, pero bajo la dirección del Ministro de Sanidad. El dotor Lindsey reconoce, sin embargo, que aunque engorroso, este sistema está por lo menos acorde con la forma en que el Servicio Nacional de Sanidad evolucionó y con el respeto británico por la tradición.

Inevitablemente, dichos tres servicios se superponen, pero los problemas que originan no parecen ser insolubles. La idea básica es descentralizar todo lo posible; y la verdad es que la división de obligaciones entre las autoridades nacionales y locales y entre los organismos elegidos y designados ha dado buenos resultados.

Lo que le falta en flexibilidad lo gana en apoyo popular, el cual proviene de la participación de miles de trabajadores voluntarios en las juntas y comités que administran los hospitales. Además, ha creado una democracia que «quizá sea su característica singular».

Entre los temores más frecuentemente expresados, especialmente en sus primeros días, fue que el Servicio Nacional de Sanidad coartaría la libertad profesional de los médicos y socavaría sus buenas relaciones con los enfermos. Según las conclusiones del doctor Lindsey, tal cosa no ha sucedido.

En efecto, profesional y financieramente los médicos británicos están mucho mejor que antes de 1948. La demolición de la barrera de los honorarios ha entrañado que el médico de cabecera pueda tratar y recetar sin la preocupación de que el enfermo esté o no en condiciones de costearse lo que requiere. También hay menos aislamiento y más cooperación entre los médicos de «familia»; la creciente tendencia a establecerse en consultorios cooperativos proporciona a los médicos asociados más tiempo libre tanto para el descanso como para el estudio.

El doctor Lindsey estima asimismo que el método según el cual el médico de cabecera recibe una suma anual por cada enfermo en su lista, funciona razonablemente bien. Resulta más factible que el pago por cada tratamiento, y ciertamente más aceptable para la mayoría de los profesionales que un plan de sueldos.

Acerca del hospital del Servicio (y debe recordarse que su reseña termina antes de que fuese conocido el nuevo plan para el desarrollo de hospitales), el doctor Lindsey dice que aunque muchos edificios dejan aún que desear, el historial para los años 1948-1961 es digno de encomio.

Existen —termina diciendo el doctor Lindsey— muchas razones para que los británicos se sientan orgullosos de su Servicio de Sanidad. Acaso la razón que más gráficamente resalta sea la realidad de la constante mejora en el estado de salud de la población.

(Bol. de información de la Embajada de S. M. Británica, núm. 361, septiembre 1963.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963

EL CITODIAGNÓSTICO EN LAS LOCALIZACIONES ORGÁNICAS MENOS FRECUENTES

POR EL

DR. BARTOLOMÉ GARCÉS

MADRID

Se encuentra en la actualidad una amplia bibliografía sobre casi todas las localizaciones orgánicas en las que se aplica de rutina el *citodiagnóstico* clínico. Son estas, fundamentalmente, las localizaciones ginecológicas, las respiratorias, las digestivas, las urológicas, etc., pero existen una serie de diagnósticos posibles o complementarios que pueden ser llevados a cabo por la citología clínica, que no están fácilmente al alcance del citólogo por basarse sobre experiencias descritas en artículos de revistas y habitualmente sin formar parte de los tratados citológicos más comunes.

Por ello nos ha parecido de indudable utilidad reunir aquí el material descrito y la experiencia propia sobre una serie de localizaciones poco frecuentes entre las llamadas a ser diagnosticadas por el citólogo, y que resumimos a continuación:

I. DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE LOS TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO

RUSSELL, CALVO, ROCA DE VIÑALS y KUNICKI, entre otros, han practicado de un modo sistemático el estudio citológico de los tumores cerebrales, por considerarlo de gran valor, como complemento del estudio histopatológico de estos tumores y de otros de sistema nervioso. La técnica seguida es la del aplastamiento y el examen microscópico puede hacerse por contraste de fases, en fresco, o por los métodos clásicos de tinción ya conocidos. Aun cuando las células aisladas son las que mejor se visualizan, también cabe la posibilidad de observar ciertas arquitecturas, como nódulos, remolinos, sistemas gliovasculares, etc.

Por este método, las finas estructuras cariológicas, la morfología del protoplasma y sus inclusiones, las membranas celulares y las fibrillas aparecen con mayor claridad que en los exámenes histológicos standard. Este método es de inestimable valor para el diagnóstico de aquellos tumores cuyas células son muy diferenciadas y, por el contrario, no es apto para diagnósticos tan brillantes en casos de tumores intermedios.

Resumimos estas características citológicas dentro de un esbozo de ordenación histopatológica, necesario para mayor claridad de exposición.

TUMORES DE PARÉNQUIMA NERVIOSO

a) *Neuróglicos*

1. *Meduloblastoma.*—Frotis fáciles por lo disgregable del tumor, mostrando extensas placas constituídas por núcleos esféricos poco característicos, con red cromatínica visible. Se encuentran también células en forma de pera, que parecen nerviosas embrionarias. Son numerosas las divisiones mitóticas normales y las amitosis. La desproporción núcleo-citoplásmica es elevada y, en muchas ocasiones, el protoplasma apenas se distingue.

2. *Glioblastoma.*—Existen dos tipos, con gradaciones intermedias: Uno multiforme, con polimorfismo extraordinario. Las células son en su mayor parte redondeadas, con grandes núcleos polimorfos, uno o más nucleolos y pequeño citoplasma. Las atipias son marcadas y la malignidad manifiesta. Hay células gigantes y numerosas divisiones mitóticas. Son frecuentes las células unipolares y bipolares del tipo de los espongioblastos. El citoplasma contiene numerosas mitocondrias y gránulos brillantes.

Otro *tipo isomorfo,* con acúmulos densos y uniformes de células muy regulares en su tamaño, es más benigno que el anterior. El protoplasma es en estas formas grande y alargado, y las mitosis escasas y típicas.

3. *Astroblastoma.*—Presenta estructuras poco diferenciadas, típicamente astroblásticas, de tamaño algo grande y con escasas gliofibrillas. Véase en la figura 1, el esquema de una mitosis diploide en la célula de un astroblastoma, con deformación de sus cromosomas, que aparecen con las cromátides hinchadas y el centrómero reducido, en ocasiones, a un hilo.



Figura 1

4. *Astrocitoma.* — Grupos y nidos de células estrelladas, unipolares y bipolares, con núcleos muy regulares, redondos u ovales, y membranas nucleares claras. La cromatina microgranular contiene uno o más nucleolos. Numerosas mitocondrias se hallan alineadas alrededor del núcleo y en los apéndices celulares. El citoplasma de las células bipolares, del tipo de los espongioblastos, contiene delicadas fibras de glia. Las células están separadas por amplias estructuras fibrilares y son frecuentes los focos de calcificación.

5. *Oligodendroglioma.* — Densos agregados de células con núcleos redondos y estrecho halo de citoplasmas, que dan la impresión de mosaico. Las mitosis son poco frecuentes. Las mitocondrias granulares son menos abundantes que en los astrocitomas, y las estructuras fibrilares típicas de estos últimos no suelen verse aquí y sí, en cambio, zonas de calcificación. Aunque las características citológicas son benignas, existen grados diversos de malignidad en ocasiones.

6. *Ependimomas y ependimoblastomas.*—Predominio de grandes células esféricas con un núcleo redondo excéntrico, conteniendo uno o varios nucleolos. El citoplasma abundante contiene numerosas mitocondrias granulares y gránulos brillantes.

b) *Nerviosos* (neuroblastoma y neurocitoma).

TUMORES DE LAS CUBIERTAS

a) *Meninges*

1. *Meningiomas.*—Se ven acúmulos de células esféricas con un núcleo oval de escasa cromatina y gran nucleolo oscuro. Se encuentran estructuras espirales y fibrosas celulares, del tipo de los fibroblastos.

La imagen del *meningioma psammomatoso,* cuyas células se disponen en pequeños corpúsculos en forma de bulbo de cebolla, a menudo centrados por un cuerpo hialino o cálcico, no ofrece dudas al diagnóstico.

Más difícil resulta el tipo de *meningioma fascicular,* cuyas células más o menos poligonales, fusiformes, agrupadas y muy regulares, no presentan nunca monstruosidades.

2. *Meningoblastomas.*—Entidad muy rara, que podrá sospecharse cuando, entre las estructuras celulares propias del meningioma, aparezcan elementos de características hiperregenetivas y atípicos.

3. *Sarcoma de la dura.*—Predominan los núcleos largos, esféricos, con escasa cromatina, uno o más nucleolos y un estrecho margen de citoplasma.

4. *Colesteatoma o epidermoides.*—La presencia de células de tipo pavimentoso, cornificado y, particularmente, la presencia de elementos epiteliales granulosos permitirá el diagnóstico diferencial con los craneofaringiomas en que la cornificación se hace directamente, sin paso intermedio por la formación de estrato granuloso.

b) *Nervios periféricos*

1. *Neurinoma.*—Frotis difícil y «squash» más difícil todavía. Abundancia de tractos fibrosos con células fusiformes poco regulares, que se disponen frecuentemente en empalizada y con protoplasma mal delimitado.

2. Neurofibroma de RECKLINGHAUSEN.

TUMORES DE LOS ÓRGANOS ANEJOS

a) Cuerpo pineal. — Pinealoma. Llamado también «Pinealseminoma» por la semejanza que tienen con los seminomas de testículos, estos tumores son de frotis muy fácil y presentan grandes extensiones de células de aspecto linfocitario y otras mucho mayores intercaladas, que destacan de un modo evidente y corresponden a pinealocitos. Estos tienen un núcleo de gran tamaño, cromatina escasa, nucleolo patente y escaso protoplasma. Tanto estas células como las linfocitoides, son muy regulares.

b) Hipófisis. — De fácil diagnóstico por su morfología típica, los frotis se obtienen con gran facilidad y la intensidad y apetencia colorante permite distinguir granulaciones en el protoplasma que dan la orientación diagnóstica de los distintos tipos. A continuación damos algunos detalles adicionales.

1. *Adenoma cromóforo.* — Hay una mayoría de células redondas con un gran núcleo vesicular y un nucleolo. El estrecho margen de citoplasma contiene numerosas mitocondrias. Los núcleos son uniformes y contienen poca cromatina. Algunas veces el carácter epitelial de las células está preservado.

2. *Adenoma eosinófilo.* — Las células son dos o tres veces más grandes que en el tipo cromóforo. El citoplasma, bastante abundante, está lleno de grandes acúmulos de espesos gránulos oscuros.

c) *Adenoma basófilo.* — Entidad muy rara, cuyas células pueden diagnosticarse por su apetencia tintorial.

c) *Plexos.* — Papiloma y carcinoma. Vellosidades con escaso estroma, formadas por bandas de células cúbicas regulares, de núcleo redondo y pequeño y sin atipias en el papiloma y con irregularidades y atipias nucleares en el carcinoma.

d) *Disembrioplasias.* — Craneofaringioma. La clase de tumor viene demostrada por las células presentes de tipo pavimentoso cornificado, gigante, cuya malignidad se establece por los criterios nucleares corrientes. Recuérdese lo mencionado al hablar del colesteatoma o epidermoide en relación con el diagnóstico diferencial con el craneofaringioma y su forma de llegar a la cornificación celular. También en este grupo podrían incluirse los raros teratomas de tracto hipofisario, cuya citología no merece describirse.

Tumores metastásicos

No ofrecen dificultad a la vista de células ajenas a las nerviosas que las rodean; muéstranlo acúmulos sin interposición de sustancia intercelular y morfología uniforme, casi siempre de aspecto epitelial o cilíndrico-glandular. Las mitosis son muy frecuentes. Merecen destacarse por su frecuencia e interés, el carcinoma de células redondas de pulmón, cuya metástasis cerebral podría confundirse con el meningioma benigno pseudoepitelial, si la visión de las atipias nucleares no estableciera un fácil diagnóstico diferencial. Más difícil resulta el de las metástasis del hipernefroma, que también asemeja un tumor cerebral benigno, ya que tiene muy pocas atipias celulares y mitosis.

II. Citología del líquido cefalorraquídeo

Más que como entidad independiente de la anterior, esta segunda parte del capítulo es complemento obligado de la primera, en la que se estudiaban los tumores de sistema nervioso. El estudio citológico del líquido cefalorraquídeo es, por otra parte, más amplio en sus indicaciones, ya que abarca entidades nosológicas no tumorales, mientras que la citología normal o patológica no tumoral del cerebro, por ejemplo, carece de interés práctico por el momento y no ha sido mencionada. Por este motivo, al estudiarla en líquido cefalorraquídeo, podemos decir que completamos en cierto modo el apartado anterior.

Para el estudio citológico del líquido cefalorraquídeo, reproducimos de Pedro Pons las técnicas para su extracción a través del espacio subaracnoideo, mediante las punciones lumbar o cisternal.

La lumbar se practica introduciendo una aguja de 10 centímetros de longitud entre las apófisis espinosas de la cuarta y quinta vértebras lumbares. El sujeto estará en decúbito lateral, con la mayor cifosis posible de la columna vertebral.

La punción cisternal, desagradable de practicar por la topografía de la región, suele ser, no obstante, menos molesta y peligrosa para el enfermo, siempre que se practique con habilidad. Se punciona en el punto medio de la línea bimastoidea, a través de la membrana occipitoatloidea, con una aguja de inyección intramuscular de longitud no superior a 8 centímetros. En general, se cae en la cisterna cerebral magna al profundizar de 3 a 6 centímetros. En los sujetos delgados, basta penetrar 3'5 centímetros, y en la mayoría, de 4 a 5 centímetros. Se centrifuga el

líquido obtenido a 3.000 revoluciones por minuto durante diez minutos y se retira rápido el líquido sobrenadante, dejando el tubo invertido sobre un papel de filtro, para que quede seco. El sedimento se extiende sobre el porta mezclado con albúmina bovina.

Insistiremos en el hecho de que con frecuencia el líquido es tan escasos en sedimento, que la centrifugación deberá ser repetida sucesivas veces en el mismo tubo, hasta conseguir la cantidad suficiente para el examen, que aconsejamos se haga como el anteriormente descrito.

Ya hemos hablado de los métodos técnicos para la obtención del líquido, que en centros donde se realicen con gran frecuencia o para investigación cuidadosa, conviene sean completados por métodos de acumulación y de filtración, al estilo de los ideados por Bischoff. De este último autor tomamos una serie de datos generales, que conviene tener previamente presentes en todos los exámenes de líquido cefalorraquídeo.

1. Según los criterios morfológicos corrientes, la mayor parte de las células contenidas en líquido cefalorraquídeo recién extraído, son vitales y se deben achacar a los artefactos técnicos los signos de degeneración que muestren.

2. A las pocas horas de la punción se empiezan a observar cambios necrobióticos, que se adelantan si el producto se deja secar o si su concentración no es fisiológica, por falta de limpieza en el material usado.

3. La vitalidad de los distintos elementos celulares es diferente, pero, según Schonenberg, bastante parecida para cada clase de células en los distintos estados patológicos.

4. Los leucocitos de núcleos segmentados proceden de la sangre. En inflamaciones, hemorragias y lesiones mecánicas, pueden también encontrarse otras células sanguíneas (linfocitos y monocitos).

5. Descontado lo dicho en el apartado anterior, tanto en condiciones normales como en procesos inflamatorios o excitantes, las células que aparecen proceden del tejido conjuntivo subaracnoideo.

Tras estos detalles técnicos y generales, damos a continuación los datos citológicos de los encuentros en líquido cefalorraquídeo:

Citología normal. — El estudio citológico del líquido cefalorraquídeo es de antiguo conocido y practicado de rutina en análisis de enfermos del sistema nervioso central. Habitualmente es practicado un recuento que, si no arroja cifras superiores a cinco células por milímetro cúbico, es normal. Cifras ligeramente más elevadas son normales en niños. Para nosotros es interesante la fórmula o citograma que, en los casos normales, arroja los siguientes porcentajes:

70 por ciento, células mononucleares, mayores que linfocitos, de 10 a 20 micras de tamaño, con núcleos que pueden contener uno o dos nucleolos y citoplasma basófilo y sin gránulos.

10 a 30 por ciento, células mononucleares grandes, de 20 a 30 micras, parecidas a los monocitos de la sangre, con escasa densidad de tinción de sus núcleos, que no suelen contener nucleolos.

10 a 30 por ciento, linfocitos, de unas 10 micras de tamaño, con cromatina densa y gránulos azurófilos.

Citología patológica no tumoral. — Representada por síndromes inflamatorios, infecciosos, degenerativos o traumáticos, presenta una gran variedad de número y fórmulas celulares, que hemos pretendido resumir en el cuadro de la figura adjunta, a nuestro juicio suficiente para lo que en este resumen se pretende.

CITOLOGÍA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN PATOLOGÍA NO TUMORAL

(Según datos de ORTIZ GONZÁLEZ, SANCHO y BISCHOFF)

ENFERMEDAD	NÚMERO DE CÉLULAS POR mm^3	TIPO DE CÉLULAS
Meningitis serosa	Pequeño aumento	Principalmente mononucleares y linfocitos
Meningitis purulenta circunscrita	Hasta 1.000	Además de los leucocitos polinucleares neutrófilos, de predominio patente, aparecen eosinófilos, linfocitos grandes y monocitos abundantes, células cebadas y plasmáticas y elementos reticulares del mesénquima subaracnoideo
Meningitis purulenta difusa	Considerable aumento (hasta varios miles)	
Meningitis meningocócica	Hasta 15.000	
Meningitis tuberculosa	De 10.000 a 15.000	Principalmente mononucleadas, linfocitos y, en el brote reciente, un mayor componente del cuadro celular leucocitario, propio de toda inflamación
Meningitis por virus y por leptospiras	Aumentadas	Elementos reticulares del mesénquima subaracnoideo en toda clase de formas. Se distinguen de los leucocitos por su tendencia a la fagocitosis
Meningitis granulomatosa crónica	Ligero aumento	Formas mononucleadas y linfoplasmocitarias
Pirexia de los lactantes y cuadros inespecíficos, incluso sin sintomatología neurológica	Ligera pleocitosis	
Lúes secundaria, sin síntomas nerviosos clínicos	A veces, aumento	Formas mononucleadas
Endarteritis luética	Aumento discreto	
Meningoencefalitis luética	Hasta 500	
Tabes	Aumentadas	
Parálisis general progresiva	Aumentadas hasta varios centenares	Linfocitos, células plasmáticas y grandes mononucleadas
Lúes congénita	A veces, pleocitosis	
Infecciones parasitarias	Ligero aumento	Formas mononucleadas y gran cantidad de eosinófilos
Absceso cerebral	De 20 a 1.000	Cuando no está encapsulado, predominan los polinucleares. Cuando está encapsulado, las formas mononucleadas
Atrofia primaria	Hasta 4, en el primer líquido recogido, y hasta 8, en el último, correspondiente a espacios subaracnoideos	Formas mononucleadas
Encefalitis no purulentas	Pueden llegar a 100	Formas mononucleadas y linfocitos
Encefalitis y encefalomielitis diseminada	Normal o ligero aumento	Formas mononucleadas y, a veces, aparición de células plasmáticas
Esclerosis múltiple	Ligero aumento o normal	Formas mononucleadas y frecuente aparición de células plasmáticas que, aunque raras veces con el aspecto típico, pueden diferenciarse fácilmente
Polineuritis infectotóxicas	Normal o muy ligeramente aumentadas	Formas mononucleadas
Polirradiculitis aguda curable de Guillain-Barré	Ligero aumento	Generalmente, predominio de linfocitos
Pequeñas hemorragias intracraneales de recién nacidos y prematuros	Ligero aumento	Neutrófilos, células reticulares y macrófagos
Hemorragia ventricular o subaracnoidea	Aumentadas, a veces varios centenares	Al principio, polinucleares; despues, mononucleares, hematíes abundantísimos y eritrófagos siempre, incluso a las tres semanas después del ataque
Hematoma subdural	Normal	Ocasionalmente, escasos hematíes
Coma cerebral	Depende del proceso	Depende del proceso

Citología tumoral. — La citología neoplásica de descamación no es un hallazgo frecuente en liquor y no todos los tumores exfolian en él elementos para un fácil diagnóstico. Por este motivo creemos que es importante dar a conocer las *tumoraciones que exfolian* más corrientemente sus células en el líquido, por orden de prelación.

a) Tumores primarios de sistema nervioso que metastatizan por la vía del líquido cefalorraquídeo:

1. Papiloma y carcinoma de plexos.
2. Meduloblastoma.
3. Pinealoma maligno.
4. Ependimomas del IV ventrículo.
5. Glioblastomas isomorfos.

b) Tumores metastásicos que exfolian en el líquido cefalorraquídeo:

1. Carcinomatosis meníngea.
2. Sarcomatosis meníngea.
3. Pinealomatosis meníngea.
4. Blioblastosis difusas.
5. Meningiomatosis difusa epitelial (CERVÓS-NAVARRO y ESCALONA).

Reproducimos de BISCHOFF algunas características sobre los hallazgos neoplásicos en liquor: La metástasis meningocerebral de leucemias y tumores y el mismo crecimiento de abscesos neuroectodermales pueden diagnosticarse con grandes posibilidades de acierto en hallazgos celulares unívocos, es decir, cuando se ven complejos celulares enteros, fragmentos de tejidos o una siembra de elementos neoplásicos típicos. No sólo la carcinosis meníngea y la sarcomatosis, sino también la metástasis cerebral aislada cuidan antes de tiempo de poblar de células tumorales las cavidades del líquido cefalorraquídeo. En los tumores neuroectodermales esta tendencia a la metástasis espontánea en las cavidades del líquido cefalorraquídeo es más reducida, pero pueden traspasarse células y conglomerados celulares de estos abscesos al líquido cefalorraquídeo, incluso cuando no tienen ningún contacto con la superficie cerebral, ofreciendo con ello una prueba citológica. Esto es válido ante todo para el meduloblastoma y para el glioblastoma multiforme, que de este modo ya pueden captarse en una fase previa del crecimiento.

Las *características citológicas* de las células malignas encontradas en liquor se ajustan a los mismos criterios generales de malignidad que en otras partes del cuerpo. Una cierta cautela es necesaria al enjuiciar el valor de la hipercromasia, que no se observa con demasiada constancia en estas células malignas, que pueden tener una cromatina parecida a la normal. Igualmente debe establecerse un diagnóstico diferencial con las células ependimales descamadas, que casi siempre han perdido su citoplasma, y muestran núcleos redondos u ovales y con los grandes macrófagos, conteniendo partículas fagocitadas.

Resumiendo, podemos decir que el citograma tumoral muestra las siguientes características:

1. Pleocitosis, incluso cuando la tumoración no descama en el seno del líquido, particularmente en los gliomas. Es igualmente característica en los casos de leucemia con síndrome meníngeo, llegando a encontrarse hasta 7.000 células por milímetro cúbico.
2. Células no encontradas habitualmente, como leucocitos y plasmáticas.
3. Células grandes, de más de 20 micras y con frecuencia multinucleadas.
4. Relación núcleo-citoplásmica elevada y uno o más grandes nucleolos.
5. Mitosis.

3. Citología oftalmológica

La *conjuntiva*, accesible fácilmente a frotis con distintos tipos de espátula o algodón montado, tiene una constelación citológica interesante, que describimos a continuación:

Las *células normales* se hallan distribuídas en capas epiteliales según las características ordinarias ya descritas y sufren en la mujer variaciones cíclicas que permiten su valoración como índice de las funciones ováricas, de la misma manera que ocurre en vagina y en otras mucosas.

Las *células patológicas* varían según la etiología. En todos los estados inflamatorios, aumenta la descamación epitelial, aumentando el número de leucocitos neutrófilos, en ocasiones junto con hematíes, linfocitos e histiocitos. Cuando estas conjuntivitis tienen un componente alérgico pueden encontrarse en algunos casos eosinófilos y basófilos. La conjuntivitis crónica se asocia a menudo con la presencia de un micofito, el Pilyrosporum ovale. Las conjuntivitis purulentas muestran abundantes piocitos y lisis celular. Células parcialmente queratinizadas se hallan en la conjuntivitis «sicca».

AGARWAL y colaboradores siguen mediante el frotis conjuntival el curso terapéutico de la conjuntivitis flictenular. En esta afección existe una gran descamación de las células cúbicas, así como una reducción del tamaño celular. En caso de infección secundaria predominan los leucocitos polinucleares sobre los linfocitos y mononucleares.

La reacción mononuclear inclina al diagnóstico de una afección por virus, tal como ocurre en la conjuntivitis folicular aguda tipo Beal. El virus del herpes simple, del Molluscum contagiosum o de la querato-conjuntivitis epidérmica dan una característica reacción linfocitaria. El hallazgo de las típicas células del Molluscum, ovoides, refulgentes, sin núcleo, rodeadas de una membrana con un contenido de masa compacta, tiene tanto valor como una biopsia. También se encuentran células epidérmicas con queratinización de eleidina.

El hallazgo de los cuerpos de inclusión en las células epiteliales de la conjuntiva y córnea no sirve para diferenciar el tracoma de otras conjuntivitis con inclusiones. Las inclusiones del tracoma no son morfológicamente distintas de las de las conjuntivitis «por inclusiones», en la que se presentan especialmente abundantes en los raspados de la conjuntiva tarsal inferior, mientras que en el tracoma abundan más en la conjuntiva tarsal superior. Este hecho es válido en la fase aguda, pues en la fase crónica y cicatrizal el número de cuerpos de inclusión es muy escaso. Mayor seguridad parece tener el citodiagnóstico del material obtenido por expresión folicular, en el cual los signos de necrosis difieren del aspecto citológico de otros procesos foliculares no tracomatosos. Se observan en el tracoma, según THYGESON, restos celulares, células con núcleo desnudo y numerosos macrófagos con restos celulares en su protoplasma. Un dato de especial interés diagnóstico es la presencia en los frotis del exudado o del rascado epitelial de numerosas células plasmáticas.

Las *células tumorales* serán diagnosticadas por los criterios habituales ya conocidos.

Humor acuoso. — Habitualmente se investigan en el mismo elementos bacterianos, pudiendo utilizarse el método para el diagnóstico de tumoraciones de cámara anterior.

La punción para el estudio del humor acuoso, naturalmente, es técnica de alta especialidad y sólo el oftalmólogo podrá obtener este líquido y entregárnoslo para

su estudio. La técnica de obtención es favorecida por el empleo de la cánula de AMSLER, plana, en forma de lanceta, que se introduce en el borde corneal un poco por delante del limbo al nivel del meridiano de las tres horas, en condiciones de asepsia rigurosa, procurando no lesionar el iris ni herir el cristalino, lo cual provocaría una catarata. El momento de mayor peligro es el de aspiración. La presión endocular es suficiente para hacer penetrar varias gotas de líquido en el tubo.

De la densidad del líquido no hay que hablar, porque siendo la cantidad habitualmente muy escasa, hay que aprovecharlo por entero y utilizar en muchas ocasiones el sistema de colocar previamente sobre el porta albúmina o suero humano bien centrifugado. Esta técnica de fijar el sedimento sobre el cristal es necesaria para que queden pegados los elementos formes y pueda introducirse en el fijador, sin peligro de que se desprendan y sea inútil la tinción posterior.

4. CITOLOGÍA DEL TIROIDES

La técnica para obtención de material tiroideo se hace por punción, y en el sistema mejor es el procedimiento del dryll-biopsia, por el que se obtiene un cilindro de tejido al entrar la aguja a gran número de revoluciones, con giro impulsado por un motor eléctrico. La punción del tiroides encierra graves peligros por la vascularización tan intensa de su parénquima. Los distintos tamaños que llega a alcanzar el tiroides y el estudio del volumen y forma de cada caso, aconsejarán la manera particular de abordarlo. En general, no debe ser incindido de frente, sino de lado hacia delante y hacia abajo. La punción también puede ser realizada con la aguja de VIM-SILVERMAN.

Las *células normales* aparecen agrupadas junto con elementos hemáticos y sustancia coloide. Son redondas y parecidas a los linfocitos, siendo su cromatina de distribución similar a la de las células plasmáticas. La hiperfución del tiroides viene demostrada por un aumento del citoplasma, que muestra una granulación paravacuolar.

TEMPKA y colaboradores anotan cuatro tipos de células que pueden ser distinguidas según las sucesivas fases secretorias de los folículos:

1. Pequeñas células no granulares sin nucleolos (fase inactiva).
2. Las mismas con nucleolos (preparación para la actividad).
3. Células mayores granulares (fase activa).
4. Células grandes espumosas (retorno a la fase inactiva).

Los *contenidos quísticos* son de fácil diagnóstico y en ellos pueden apreciarse en ocasiones sábanas epiteliales de células de revestimiento de la pared del quiste y frecuentes hematíes, más o menos degenerados. La punción simple de los quistes puede diagnosticar la naturaleza adenomatosa o neoplásica de un nódulo tiroideo aislado.

Las *células neoplásicas* son fácilmente reconocibles por sus anomalías y se muestran agrupadas, con grandes núcleos, a veces con formas triangulares o poligonales. La distribución cromática es finamente reticular y la membrana nuclear encogida. Pueden verse en ocasiones grandes nucleolos, células gigantes y mitosis atípicas.

5. CITOLOGÍA HEPÁTICA

La simple punción, particularmente si es realizado con el sistema del «Dryll-biopsy», suministra datos por el color y consistencia. Cuando ésta es normal y el

color rojizo naranja, puede pensarse en un tejido normal; cuando la consistencia es como papilla y el color gris, coincide con necrosis o neoplasias; el color verde hace suponer ictericias; la consistencia dura, supone una fibrosis propia de la atrofia amarilla o cirrosis.

Damos a continuación una nota técnica del sistema de punción hepática, transcribiendo el utilizado por ROCA DE VIÑALS y GALLART-ESQUERDO, por considerarlo el más útil y sencillo:

«Se coloca al enfermo en decúbito supino, o mejor en decúbito lateral izquierdo; esta última posición proporciona mayor libertad de movimientos y la exposición de casi la totalidad del área hepática. Limitada la zona de matidez por percusión, el punto de elección para practicar la punción radica en la línea axilar anterior, a nivel del octavo o noveno espacio intercostal, por encima del borde superior de la costilla subyacente, ya que así tenemos la seguridad de no lesionar el paquete vasculonervioso costal.

Elegido el punto de punción, se procede a la anestesia de la pared por infiltración con novocaína al 2 por ciento, hasta entrar en contacto con la cápsula de GLISSON. Seguidamente, se introduce la aguja de punción con su mandril hasta el peritoneo. Se retira el mandril y colocamos una jeringa corriente de 3 centímetros cúbicos, haciendo aspiración en vacío. Se invita al paciente a inspirar profundamente y se le ordena que contenga la respiración y, aprovechando este instante, en que el hígado ha descendido y está más en contacto con la pared abdominal, se introduce la aguja rápida y perpendicularmente al eje del cuerpo. También rápidamente la retiramos, dejando aspirar al sacar la aguja. Realizada la punción impulsamos fuertemente el émbolo de la jeringa y depositamos la porción biopsiada del hígado sobre un portaobjetos; a continuación se practican las extensiones, que se tiñen con diversas técnicas. A veces, después de efectuadas las extensiones, agrupamos las pequeñas partículas restantes para incluirlas en parafina.

Previamente a la punción se habrán practicado las pruebas de laboratorio adecuadas para destacar la posibilidad de hemorragia (tiempo de coagulación, de sangría, de protrombina, etc.), las cuales nos orientarán sobre la conveniencia o no de efectuar la punción.

La punción hepática con la técnica preconizada por nosotros es indolora y no presenta ningún peligro para el paciente. Además, por su sencillez, no requiere aditamento alguno ni cuidado especial.»

En el *hepatograma normal* pueden encontrarse células hepáticas, de los conductos biliares intrahepáticos y de la cápsula de GLISSON y vasos sanguíneos. Según HEILMEYER y BEGEMANN, el tamaño de las células hepáticas normales varía entre 15 y 50 micras. El citoplasma de las células aisladas es frecuentemente de límites imprecisos y contiene vacuolas en su región marginal, ofreciendo una coloración característica rojizo-violeta heterogénea, con una granulación tupida fina azul-violácea. En relación con el protoplasma, el núcleo es pequeño; es redondo u ovalado y tienen una estructura cromatínica fina y apretada y, por lo general, uno o dos nucleolos azules, de límites nítidos. Todo ello frente a coloraciones hematológicas. Es frecuente encontrar células hepáticas binucleadas, y de vez en cuando con tres núcleos.

En las *alteraciones no malignas* la morfología celular es alterada, particularmente en protoplasma, que se hace anormal, globuloso y vacuolizado, con aumento de la relación núcleo-citoplásmica. En la degeneración grasa se encuentran gotas de grasa o pigmentos biliares en protoplasma. El depósito patológico de ciertos

pigmentos, como lipofucsina, hierro y pigmentos biliares, es demostrable por técnicas específicas, que habitualmente se hacen en nivel histológico. En la tesaurismosis de GIERKE, las grandes células cargadas de glucógeno son demostrables.

En las *neoplasias*, el hallazgo de células atípicas y con los criterios de malignidad descritos, entre las normales, hace el diagnóstico más fácil en las metástasis que en los tumores primarios, rarísimos.

6. Citología del testículo

Las punciones de testículo pueden hacerse con aguja fina y son mejor toleradas que la punción biopsia, siendo las únicas contraindicaciones los procesos inflamatorios recientes o la sospecha de tuberculosis local. No sólo el producto extraído de la punción tumoral, sino también el examen del líquido del derrame vaginal puede dar resultados provechosos. La punción se hará previa anestesia, que, en enfermos muy aprensivos, puede ser con pentotal, y el acto operatorio deberá ser realizado por el urólogo.

En el *citograma normal* se pueden distinguir:

1. Espermatozoides inmóviles.
2. Espermátidas (antecesores inmediatos de los espermatozoides): de pequeño tamaño y redondas, mononucleadas, con núcleo excéntrico, a veces en vía de ser evacuado. Su tamaño oscila entre 5 y 10 micras y pueden verse abundantes y a veces en forma de conglomerados, con cabezas de espermatozoides en su vecindad.
3. Espermatozoos: Células mononucleadas, de 10 a 15 micras, con gran núcleo, que ocupa casi toda la célula y a veces se presenta con picnosis.
4. Espermatogonias: De mayor tamaño que las anteriores y de cromatina menos compacta.
5. Células binucleares de tamaño variable (de 16 a 25 micras); las más pequeñas, que muestran una parcial diferenciación, serían las generadoras de los espermios bicéfalos.
6. Células multinucleadas: Con tres a nueve núcleos, de 9 a 28 micras de tamaño. Responden verosímilmente, así como las anteriores, a una influencia nociva antimitótica.
7. Leucocitos.

El *citograma patológico* tiene como primera característica el aumento de la exfoliación y, por tanto, la abundancia de las células descritas. Los tipos descritos en el citograma normal en los número 5 y 6, son hallazgos muy escasos en los exámenes normales, siendo su abundancia por sí misma índice de anormalidad. En general, la exfoliación pronunciada se presenta de un modo normal en los varones infecundos. Como ya dijimos al hablar del examen de esperma, este hecho ha sido comprobado e incluso establecidos porcentajes celulares, de las llamadas células redondas, que acabamos de describir aquí con detalle. Por otra parte, la rareza de células testiculares en el semen azoospérmico denota una proliferación escasa del epitelio seminífero, oclusión o alteración funcional de los conductos.

Las células neoplásicas se evidencian por las características generales de malignidad ya descritas. En el seminoma, las células malignas son regulares y raramente monstruosas.

7. Citología de hueso

La intervención sobre hueso requiere cuidados y técnicas especiales, que vamos a describir. Deben ir precedidas de radiografías de control de frente y de perfil, y estudiado el punto de punción por radioscopia inmediata. La anestesia local por medio de novocaína deberá ser también profunda, si el caso lo requiere, y los enfermos nerviosos habrán de ser preparados, por ejemplo, con la asociación de Fenergán y morfina.

Halla aquí su indicación la toma con dryll-biopsia, que se realiza del modo siguiente:

Hecha la incisión epidérmica de unos cuatro milímetros, se introduce con la mano la cánula fija, provista de su trocar, hasta sentirla bien en contacto con la parte del hueso, para que sirva de guía e impida cualquier deslizamiento sobre el periostio. Se fija el trépano en la transmisión y se introduce, sin girar, en la cánula, hasta que contacte con el hueso.

Puesto el motor en marcha a velocidad moderada, se atraviesa el hueso hasta su medula. La penetración debe hacerse perpendicularmente a la tangente del punto a biopsiar. Con el fragmento obtenido se hace el estudio histológico o citológico que interese. Esta es una de las ocasiones en que el procedimiento dryll es más indicado y útil. Por otra parte, las punciones son infinitamente menos dolorosas que las punciones esternales o de la cresta ilíaca, efectuadas a mano y con la inevitable y dolorosa aspiración. Las biopsias de huesos profundos, como las de la diáfisis de fémur, se pueden realizar fácilmente por este sistema.

Es aplicable la punción en hueso, de un modo particular para el diagnóstico de tumoraciones primarias y metástasis. Con frecuencia, el citólogo es llamado a dar un criterio aproximado, ante la demora obligada por la decalcificación de las piezas, paso necesario, casi siempre, en la técnica del diagnóstico histológico. Prescindimos de describir muchas afecciones óseas o de medula ósea, e incluso la citología normal del hueso, porque es diagnóstico que necesita de la visión estructural histológica, que no puede dar la citología, tan variada y de la que no se tiene experiencia. *En general, las células neoplásicas* de tumoraciones primarias tienen el aire familiar de la neoplasia, y se distinguen por las características habituales de malignidad y de un modo particular por su presentación en amasijos o «Cell balls». El hipercromatismo nuclear es inconstante. El núcleo es vesicular, con mitosis frecuente y faltando en muchas ocasiones, o presentando la habitual desproporción núcleo-citoplásmica. Es observable una pérdida de la acidofilia en las células adultas, reemplazadas por una basofilia citoplásmica.

Según VIVES, hay una serie de caracteres morfológicos comunes a todas las células tumorales benignas y malignas. En los tumores en que abundan las células, los frotis están constituídos por agrupaciones de fácil diagnóstico, mientras que en los tumores de predominio conjuntivo, se observan células aisladas de más difícil diagnóstico. En los tumores benignos las células presentan una imagen regular, de tamaño y forma casi igual, núcleos ovales o redondos, y su red cromática pareja y regular con uno o dos nucleolos pequeños.

En el tumor de EWING, se obtiene escasa pulpa, por lo compacto de su estructura. Las células son de núcleos ovales, grandes, cromatina de red muy fina, transparente y uno o más nucleolos. El protoplasma es azul grumoso y sin gránulos.

En los *sarcomas* se observan núcleos hipercromáticos, grandes, a veces monstruosos, con dos o más núcleos. Siguiendo a VIVES, se impone diferenciar estas células gigantes de los tumores con las células gigantes polinucleares de los tumo-

res de células gigantes benignos, que generalmente son más ricos en núcleos, siendo además más regulares y con sus nucleolos más pequeños.

En las micrometástasis óseas, además de las células tumorales propias de las metástasis, suelen verse reacciones secundarias de tipo hematológico, consistentes en el aumento de plasmocitos, eosinófilos y linfocitos. En las metástasis óseas es frecuente el hallazgo de una hiperplasia de células reticulares plasmáticas.

8. Citología de líquidos articulares

Polley y colaboradores nos hablan de la punción articular. La más fácil es la de la rodilla, cuyo sitio de elección es la inserción de la membrana sinovial en la parte superior de la rótula.

En los *líquidos normales* el número de células, según Bilbao, es escaso, no pasando de 80 a 100 por milímetro cúbico. Las células predominantes son los monocitos, aproximadamente en un 50 por ciento. Siguen los linfocitos en un 25 por ciento. El resto está formado por células sinoviales, mononucleares no clasificados y algunos leucocitos neutrófilos.

En los *estados patológicos* se presentan variaciones: En la artritis infecciosa se hallan cifras notables de células, con gran aumento de neutrófilos. La artritis tuberculosa, fuera de la fase de máxima agudeza, se caracteriza por un predominio de linfocitos. En las artrosis, la citología es normal y sólo en ocasiones se observa un ligero aumento del número de células. En las artropatías traumáticas, en el momento álgido se puede observar un aumento numérico de células, generalmente pasajero y que no se acompaña de modificaciones en el citograma. En algún caso, según Ropes y colaboradores, el hallazgo de hematíes depone en contra de la naturaleza infecciosa.

9. Citología dermatológica

El citodiagnóstico clínico en Dermatología consiste en el frotis directo obtenido de un modo espontáneo sobre superficies ulceradas o sobre lesiones de cualquier característica. Se utiliza una espátula, un escarificador o una lanceta, frotando la superficie que nos interesa conocer, teniendo buen cuidado en las superficies ulceradas de hacerlo de un modo particular en la zona de transición entre el tejido sano y el enfermo. Se debe tener también el cuidado de limpiar previamente con gasa estéril las secreciones purulentas o hemorrágicas, con objeto de que el material recogido sea particularmente el citológico lesional, no completamente triturado o ya en vías de esfacelación.

En las dermatopatías ampollosas, se procurará elegir una ampolla íntegra que se recorta cuidadosamente a punta de tijera, dejando vaciar su contenido. Se examina éste por una parte y, por la otra, el suelo de la lesión. Para hacerlo se raspa suavemente de un solo golpe el fondo de una ampolla con un escarificador de Vidal. Puede usarse también una espátula, un vaocinostilo o el borde cortante de un bisturí.

Aunque las lesiones dermatológicas son fácilmente accesibles a la biopsia, existen ya unos conocimientos citológicos aprovechables, y en ocasiones se basa en ellos el diagnóstico al pretender evitar el traumatismo del examen histopatológico. Tzanc, Dulango y otros han insistido sobre los caracteres citológicos de las dermopatías, y la contribución a su diagnóstico no es en modo alguno desdeñable.

El cuadro *celular normal* de una punción de piel o dermograma es de escasa significación. Solamente se encuentran células reticulohistiocitarias aisladas, epitelio cutáneo, escasos linfocitos y neutrófilos.

Uno de los apartados más importantes de la patología cutánea se halla constituído por las *dermopatías ampollosas*. De muy variada etiología, su examen citológico tiene especial interés en algunas, a cuyo estudio nos ceñiremos, fundamentalmente al pénfigo.

En el *pénfigo* crónico vulgar se encuentra una abundancia extraordinaria de elementos malpighianos. Las células son redondas, separadas entre sí, sin puentes intercelulares, aunque estén agrupadas. Los núcleos son esféricos, hipertróficos, sin monstruosidades. La cromatina aparece en red fina, llena de pequeños grupos, y los nucleolos son patentes. El citoplasma es abundante, basófilo y condensado en la periferia en forma de aureola definida más oscura. Aunque las células son un poco mayores que las normales. En un mismo frotis todas son de la misma talla, destacando este monomorfismo.

En el pénfigo subagudo, junto a las células citadas anteriormente, se observan otras de mayor volumen y aspecto más maligno, con mitosis anormales, multinucleación y nucleolos monstruosos.

En la enfermedad de Senear-Usher, las células son más pequeñas, uniformes y menos abundantes que en el pénfigo vulgar.

Nazzaro establece la distinción entre el pénfigo vulgar y la dermatitis de Duhring-Brocq. En la primera de estas afecciones es constante la presencia de las células acantolíticas descritas anteriormente, o «células del pénfigo», en particular en las exacerbaciones del proceso. En el mismo criterio abundan Ludwig y Bauer, haciendo constar además que la eosinofilia es común en ambos procesos, si bien es generalmente mayor en el líquido ampolloso del Duhring. Sin embargo, Bolgert y colaboradores deducen de sus observaciones que, tanto la eosinofilia local como la sanguínea, no tienen valor en el diagnóstico diferencial de ambas dermitis. La abundancia de células malpighianas en el pénfigo vulgar se explica por la acantolisis o fragilidad de las conexiones intercelulares, mientras que en el Duhring, de localización subepidérmica, las pocas que se encuentran son de caracteres normales.

Por último, en este apartado de las dermopatías ampollosas citemos que en el extendido del líquido vesicular de la vacuna, en la primera vacunación, aparecen granulocitos neutrófilos en su mayoría, con algún poliblasto o linfocito. El interés del examen citológico es, según Tello, el hallazgo de eosinófilos en la vesícula de revacunación, como resultado de los fenómenos alérgicos desencadenados por la misma, dato de utilidad en el diagnóstico retrospectivo de la vacunación antivariólica.

En el *dermograma paraneoplásico*, las alteraciones cuantitativas encierran un máximo interés, al predominar con frecuencia un determinado tipo celular. La enfermedad de Hodgkin y en la micosis fungoide pueden ser idénticos los dermogramas de los estadíos en placas y tumoral. Las células micóticas inmaduras y las células reticulares atípicas, en algunos casos alcanzan un tamaño considerable y semejan grandes células gigantes de Sternberg mono y multinucleares. Es típico de estas enfermedades un acentuado dermograma, se caracteriza por una imagen uniforme de células linfocitarias que muestran un carácter de malignidad absoluto. En las retículo sarcomatosis, según Steigleder y Laukner, las células infiltradas pueden transformarse en plasmáticas o en células espumosas, acumulando abundantes grasas birrefringentes. Son malignizaciones histiocitarias, o sea, reticula-

res, que clínicamente pueden confundirse con la micosis fungoide. En la micosis fungoide, se observan grandes núcleos ovales, muchas veces desnudos, regulares, densos, con hipercromasía y anisocromía, con un nucleolo grande y protoplasmas deshilachados, a veces destruídos o granulosos.

En las *neoplasias epiteliales no pigmentadas* hay que distinguir fundamentalmente los tres tipos de epiteliomas.

Los epiteliomas espinocelulares muestran una imagen al frotis muy característica para quien tenga una experiencia, aun pequeña. Se observa una tendencia general a la queratinización, a la presencia de elementos escamosos, fibras anucleadas, restos y detritus. La pobreza celular suele ser la regla, con polimorfismo de los elementos, que muestran núcleos claros, irregulares o picnóticos, con la cromatina mal distribuída, escaso DNA y nucleolos muy aparentes ya ricos en RNA. El citoplasma es abundante y con frecuencia queratinizado, y a veces con granulaciones.

Esta tendencia a la queratinización se observa incluso en los núcleos y en la presencia de frecuentes células fuertemente eosinófilas de grandes núcleos, y protoplasmas abundantes.

El epitelioma bascocelular o basalioma presenta, según DULANTO, células redondeadas, ovales o fusiformes, de núcleos voluminosos, fuertemente basófilo, provisto de uno o dos pequeños nucleolos, sin grandes anomalías morfológicas, pero con interesantes modificaciones en las partículas cromatínicas sexuales. Estos núcleos regulares y monomorfos ocupan casi toda la célula. El protoplasma es escaso, sin queratinización y con frecuencia contiene lipoides, grandes cantidades de material PAS positivo y raramente glucógeno. Las mitosis son bastante frecuentes.

Por el método de impronta sobre biopsia se precisan detalles de su estructura: la abundancia de racimos celulares, de elementos desprovistos de epiteliofibrillas y de filamentos de HERXHEIMER y que se queratinizan de un modo abrupto, sin interposición de estrato granuloso, tal como sucede en las células de la matriz del pelo, de las que derivan, según el autor indicado, y no de la capa basal de la epidermis de superficie, como es común creencia.

En el aspecto histoquímico, observa DULANTO la proporción de células B de CASPERSSON y SANTESSON, frecuentes en el centro de los acúmulos neoplásicos y en mayor cantidad que las células A, más habitualmente encontradas en la periferia de dichos acúmulos, lo cual habla de la poca radiosensibilidad de estos tumores, en contra también de la creencia habitual. De ello hablaremos más adelante.

En el epitelioma intermediario, los grupos celulares muestran un citoplasma más abundante, que es el encontrado en los basaliomas, más o menos intensamente basófilos y finamente granular, sin tendencia a la queratinización. Los núcleos, muy irregulares en volumen, a veces hasta cinco veces mayores que otros. Los nucleolos patentes, no suelen ser monstruosos y, en general, la célula de esta neoplasia no presenta las mitosis y marcada anaplasia de la del epitelioma espinoso. Se ven células aisladas con más frecuencia que en el anterior.

En las *neoplasias epiteliales pigmentadas* la citología puede prestar grandes servicios, particularmente en diagnósticos precoces por punción o impronta, cuando la histiología es todavía difícil y dudosa. En general, la presencia de pigmento choca a los ojos del citólogo y ayuda al diagnóstico precoz de estos tumores. Describimos los más característicos.

En los melanomas benignos, a veces la obtención de los frotis es difícil. Muestran una variable celularidad, con elementos ovales, fusiformes o redondos,

aislados o en grupos pequeños, de núcleos regulares y de parecido volumen. El nucleolo es pequeño y los límites citoplásmicos difusos, mostrando contener granos de melanina y vacuolas. Se encuentran también células epidérmicas.

En los nevocarcinomas, la densidad celular, anisocitosis, anisonucleosis y aumento de la relación nucleocitoplásmica son la regla. Se pueden encontrar células de aspecto redondeado o poliédrico de tipo epiteliomatoso o el tipo fusiforme de los sarcomas, con contornos celulares bastante limpios. Los núcleos, que pueden ser excéntricos y bizarros, presentan los distintos nucleotipos estudiados, más otro de nucleolo voluminoso y poco coloreable llamado nucleolo vacuolar. No siempre el pigmento, pero su falta constituye una rareza.

En el epitelioma basocelular pigmentado los frotis son ricos en células cilíndricas agrupadas en acúmulos voluminosos, con predominio de nucleotipo A.

En el angiohistiocitoma es frecuente encontrar hematíes y pequeños acúmulos de células ovales, con pigmentación ocre en masas.

En el fibroxantoma del dermis se encuentran hematíes, histiocitos y células regulares conteniendo pigmento ocre o negro.

10. CITOLOGÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

La obtención del líquido amniótico de las gestantes puede ser necesaria con fines diagnósticos o pronósticos. La técnica, que tomamos de BEVIS, es una paracentesis. En el punto medio de la línea que une el ombligo con la síntesis del pubis, se practica una infiltración con anestesia local. La paracentesis uterina se realiza con una aguja de punción lumbar y el líquido amniótico es aspirado con una jeringuilla.

Esta punción es preconizada en España por MONTALVO, por carecer de peligro, incluso si se llega a placenta. Colocada la mujer en decúbito supino, se localiza el feto, y se debe tener presente al hacer la paracentesis, que ésta debe caer sobre las partes pequeñas de aquél. Se debe prescindir del sistema de hacer la punción por vía vaginal, por mezclarse el líquido extraído con secreciones de la madre, que pueden dar lugar a errores de interpretación.

Es suficiente la extracción de 6 a 8 c. c. de líquido, que se centrifugan durante diez minutos a 10.000 revoluciones por minuto. Pueden encontrarse células ya positivas hasta en embriones de 1'7 milímetros, pero el momento oportuno para hacer este análisis es, según el indicado autor, a partir de los seis meses de gestación. Aunque pueda hallarse una positiva en embriones de diez días, como hemos dicho, la punción es peligrosa antes de la novena semana de gestación. Posteriormente, no lo es ni para la madre ni para el feto.

Existe un sistema basado en el examen citológico del líquido amniótico para el diagnóstico antenatal del sexo. Este método, presentado por SACHS y colaboradores, recusado por BARRIO, se funda en el recuento del corpúsculo, naturalmente, en los dos últimos grupos.

Su interés estriba, no sólo en el diagnóstico antenatal del sexo, sino también en las posibilidades de detección precoz de enfermedades como la hemofilia. Estos aspectos clínicos ya pueden obtenerse a los cuatro meses.

Los errores no superan el 1 por ciento en el diagnóstico antenatal del sexo, y son debidos a defectos técnicos, como, por ejemplo, a los exámenes realizados sobre líquido de mujeres en trabajo de parto, en que, al mezclarse éste con las secreciones maternas, da origen a un diagnóstico erróneo de hembras.

TA-YUNG LIN y colaboradores realizan esta prueba en embarazadas de más de ocho meses y obtienen un porcentaje de aciertos del 93 por ciento, pudiendo

atribuir en principio parte de los escasos errores a defectos técnicos, con lo que el método parece ser estadísticamente muy exacto.

11. Citología varia

En este apartado pueden incluirse gran número de exámenes citológicos poco conocidos y que quizá el tiempo revalorizará por medio de experiencias provechosas. Nosotros sólo mencionamos la posibilidad de estos estudios sobre tumoraciones benignas y malignas u otro tipo de lesiones, en las zonas de la economía no especificadas anteriormente, como son las vasculares, los músculos, etc., donde la aplicación de las descripciones dadas hasta ahora, tanto en lesiones inflamatorias como degenerativas, pueden ayudar al diagnóstico. La presencia en músculo de células muy ricas en glucógeno puede conducir al diagnóstico de policoria glicogénica por insuficiencia hepática, por ejemplo.

En el diagnóstico de senos maxilares, Cleves y Mendoza recomiendan el estudio citológico del material obtenido mediante punción, seguido de lavado de la cavidad. Previamente se practica un lavado de la fosa nasal con solución salina fisiológica. A continuación, y después de anestesiar el meato inferior mediante un algodón empapado en solución de cocaína, se punciona la pared externa del meato con una aguja de las utilizadas para lavados del seno maxilar, y se practica un lavado de la cavidad con suero fisiológico tibio, recogiendo el líquido, al cual se le adicionan unas gotas de ácido acético y se centrifuga. Se examina el sedimento.

Los abscesos tuberculosos, los hoy ya rarísimos gomas sifilíticos, etc., tienen indudablemente unas características citológicas dignas de ser conocidas y de rendir un servicio al diagnóstico. Con mayor motivo y más fácilmente, los criterios de malignidad generales en las neoplasias ayudarán a sentar diagnósticos en cualquier localización.

Por último, además de estas localizaciones, hay que tener presente aquellas constelaciones citológicas, presentes en la totalidad o en la mayor parte de órganos de la economía en determinados procesos patológicos, unas de tipo infeccioso, como, por ejemplo, la citomegalia, otras de tipo degenerativo, neoplásico, etc.

RESUMEN

El estudio del citodiagnóstico tiene un gran valor como complemento de los datos obtenidos del examen histopatológico, ya que por este método las finas estructuras cariológicas, la morfología del protoplasma y sus inclusiones; las membranas celulares y las fibrillas, aparecen con una mayor claridad que en los exámenes histológicos rutinarios.

Por eso el método adquiere un inestimable valor para el diagnóstico de los tumores de células muy diferenciadas y no tanto en aquellos casos intermedios.

En el presente trabajo se resumen las características citológicas y se hace una agrupación por sistemas y órganos, resaltando las particularidades de cada grupo, siempre con vistas a una posible ayuda diagnóstica.

Dirección: Calle Marcenado, 33. Madrid - 2.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA MÉDICA «B», DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
Profesor E. DE LA FIGUERA

ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES EN ARAGÓN

POR LOS DOCTORES

M. ANDÉRIZ LÓPEZ y J. DEL CAMPO URBANO

ZARAGOZA

Introducción

Las parasitosis intestinales son muy frecuentes en todo el mundo, y en nuestra región abundan de forma insospechada. En el presente artículo nos proponemos condensar nuestras ideas sobre este tema, basados en el estudio, durante cuatro años, de los cuadros clínicos producidos por los parásitos que se encuentran en el intestino. Casi todos los pacientes observados han sido estudiados en la Clínica universitaria del profesor La Figuera.

Nos encontramos ante el hecho evidente de que las parasitosis intestinales son procesos poco diagnosticados, especialmente cuando no se expulsan gruesos helmintos o cuando los parásitos son del orden microscópico, como sucede con las lamblias. El polimorfismo de los cuadros que producen, y el hecho de que dan lugar a los más variados síntomas, digestivos y extradigestivos, hace que pocas veces se piense en ellos como posibles agentes causales de determinados procesos y que muchos pacientes recorran varios médicos, aquejados de dolencias «pertinaces», hasta que se da con la causa parasitaria de las mismas y desaparecen las molestias.

En general, hay que evitar dos prejuicios al hablar de parasitosis intestinales:

a) El caer en el olvido de su gran frecuencia y no contar con ellos al realizar el recuento mental de las posibles causas de un síndrome digestivo o de cualquier tipo que se nos presente.

b) El extremo contrario, o sea, el atribuirles más papel patológico del que realmente pueden tener. Ya es sabido que una cosa es tener parásitos en el intestino, y otra muy distinta es aquejar una enfermedad parasitaria. De hecho es cierto que muchos portadores de parásitos no padecen ninguna molestia.

De todas formas, la gran frecuencia de estas afecciones, así como su indudable papel en la patología humana, nos han movido a considerar este aspecto de la medicina, demasiado olvidado en los programas y explicaciones durante el estudio de la misma, y que por lo común quedan relegados a los profesores de Bacteriología, siendo tratados muy superficialmente en las disciplinas clínicas.

Añadiremos que nuestra experiencia del tema se refiere a los adultos, ya que en niños son, sin duda, mucho más frecuentes. Es por esta razón por lo que son más descuidados sus aspectos clínicos cuando se trata de personas mayores.

Signos clínicos generales

Como norma general, hay que decir que no guarda, por lo común, relación la intensidad de un cuadro patológico con el número de parásitos existentes en el paciente. En la mayoría de los casos, tampoco hay síntomas propios de determinadas parasitosis, aunque se vea cierta tendencia, dentro de los diversos grupos de parásitos, a manifestarse de forma parecida.

La sospecha de parasitosis intestinal se puede realizar de dos maneras: por las descripciones de la familia o de los mismos enfermos, que dicen «echar parásitos», o por síntomas indirectos de la más variada naturaleza.

Interesa hacer hincapié en que no siempre que los familiares dicen que un paciente «ha echado parásitos» es cierto que lo sean. En nuestro laboratorio hemos comprobado múltiples veces que lo que expulsaban los enfermos, en muchos casos, eran mucosidades de intestino grueso y aun elementos vegetales.

En cuanto a los síntomas indirectos, son muy variados y podemos clasificarlos, sólo con la idea de poderlos recordar más fácilmente, en dos grupos:

a) *Digestivos.* — El síntoma más frecuente es la dispepsia crónica, con períodos de agudización, y que cede irregularmente a los antidiarreicos. Fundamentalmente se observan estos cuadros en los protozoos: lamblias y amebas. El considerarse muy rara la amebiasis intestinal en nuestras latitudes, hace que si se piensa en ella se deseche prontamente la idea.

Otras veces adoptan la forma de gastritis subagudas o crónicas. Es el caso de los pacientes con inapetencia, náuseas frecuentes, sensación de plenitud gástrica tan pronto como ingieren alimentos, etc. Hemos visto que la creencia popular de que «la solitaria» causa bulimia no tiene mucho fundamento en la realidad. Más bien hemos observado la anorexia en las parasitosis intestinales.

Las manifestaciones biliares crónicas son muy frecuentes, especialmente cuando se trata de lamblias. Por lo común, pasan diagnosticadas de colecistitis, sin ahondar más en el juicio crítico de las mismas. El sondeo duodenal y la presencia del protozoo hacen que se aclare la verdadera naturaleza del proceso.

Finalmente, por no citar sino los síntomas de orientación más frecuentes, el consabido prurito anal, que se asocia a las oxiuriasis, puede faltar en muchos casos o ser sustituído por un síndrome rectal típico.

b) *Extradigestivos.* — En general, la manifestación más común en los parasitados es el retraso del desarrollo. Es conocido el gamado infantilismo parasitario. Muchas muchachas amenorreicas a los dieciocho o veinte años deben su alteración a la presecia de parásitos desde su infancia, y que pasaron sin diagnosticar, o bien resistieron a los tratamientos. En ocasiones hemos visto cuadros parecidos a las avitaminosis, pelagroides o raquíticos.

El asma bronquial es una manifestación que no hay que olvidar es relativamente frecuente en las parasitosis. Hemos observado casos de muchachas asmáticas, quienes después de haber agotado todos los recursos terapéuticos hallaron el alivio de su dolencia al tratarse su parasitosis intestinal, que no se había diagnosticado.

Las manifestaciones neurológicas son también muy frecuentes: ataques epilépticos, que corren el riesgo de juzgarse esenciales; intranquilidad, insomnio, irritabilidad, zumbidos de oídos, etc.

En el aspecto hematológico hallamos anemia en un porcentaje muy elevado de casos. En el terreno de la alergia, son frecuentes las afecciones cutáneas. La agalactia de las mujeres que lactan también es de observación nada rara.

Normas para el diagnóstico

Lo primero para diagnosticar una enfermedad es pensar en ella; no se diagnostica lo que no se piensa. Lo segundo, atribuir su verdadero valor a la causa encontrada. Este juicio crítico de saber o estimar hasta dónde pueden producir enfermedad los agentes causales, y concretamente, en nuestro caso, los parásitos intestinales, sólo lo da la experiencia, cuanto más dilatada mejor.

Una vez sospechada la parasitosis, si se trata de un vermes visible a simple vista, es necesario el examen microscópico de las heces. Con ello podremos llegar a establecer la naturaleza del parásito en muchos casos, y a descartarla en otros, en los que lo expulsado sean mucosidades. Da buen resultado diluir en agua las heces, con lo que el examen macroscópico se facilita mucho.

Una norma que seguimos nosotros y que puede ser útil en bastantes casos, es mostrar láminas de parásitos, con sus colores naturales, a los pacientes o sus familiares. Esto lo realizamos cuando no han traído las deposiciones, y creemos que el procedimiento supera a las meras descripciones o a los dibujos que puedan hacer los enfermos o el médico.

También hay que recomendar que los pacientes depongan sistemáticamente en recipientes donde se puedan observar después las heces, al menos durante los períodos sospechosos. El envío de las deposiciones al laboratorio ha de hacerse lo más rápidamente posible.

Creemos que el examen parasitológico de las heces ha de hacerse, siempre que sea posible, por el especialista; pero no descartamos que el médico general, especialmente en determinados ambientes, pueda realizarlo él mismo. Sin entrar en detalles técnicos, que manuales hay donde recogerlos, podemos dar las siguientes normas generales:

a) El examen microscópico ha de hacerse sucesivamente a varios aumentos, comenzando por los más pequeños. Hay huevos demasiado grandes, que pueden verse a cien o menos aumentos, y quistes y protozoos que requieren el objetivo de inmersión.

b) Los exámenes coprológicos, tanto si los hace el médico general como el parasitólogo, han de reiterarse varias veces cuando los resultados sean negativos. Es fundamental esta insistencia, ya que los ciclos reproductivos de los parásitos no son uniformes.

c) Hay que dedicar el tiempo necesario a cada observación. Dar un resultado negativo después de cinco minutos al microscopio, es perder el tiempo.

d) Es medida muy conveniente que los exámenes parasitológicos sean hechos simultáneamente por varias personas. En muchos casos sucede que un resultado es negativo, y positivo el otro. Esta medida, aparte de conferir seguridad en la identificación del parásito, acorta los períodos de observación.

Clasificación

Dentro de las parasitosis que más hemos observado, hay predominio de las oxiuriasis. En segundo término figuran las ascaridiasis y lambliasis; y en tercer lugar de frecuencia, las infestaciones por tenias y tricocéfalo, debiendo considerarse raras las demás, pero posibles, no obstante.

Por orden de frecuencia:

Grupo primero: oxiuros.
Grupo segundo: áscaris, lamblias.
Grupo tercero: tenias, tricocéfalo.
Grupo cuarto: las demás parasitosis.

Clasificación taxonómica (de las parasitosis en Aragón):

Protozoos:

1. Rizópodos: Amebas. Variedades: entamoeba hystolítica, amoeba coli, endolimax nana.
2. Infusorios: balantidium coli.
3. Flagelados: giardia lamblia, tricomonas hominis. chilomastix mesnili.

Helmintos:

1. Trematodos: Distomas, especialmente la fasciola hepática; squistomas o bilharzias.
2. Cestodos: tenias y afines: taenia saginata, taenia solium, taenia equinococus, hymenolepis nana, botriocephalus latus.
3. Nematodos o nematelmintos:
   Oxiuros: enterobius vermicularis.
   Ascaris: ascaris lumbricoides.
   Tricocéfalo: trichiuris trichiura.
   Anquilostomas: uncinaria duodenale.
   Estrongilias: anguillula intestinalis.

En Aragón no hemos hallado otros parásitos, ni tenemos noticia de que hayan sido identificados.

Como es natural, los protozoos se identifican por sus formas vegetativas o por sus formas quísticas. Los helmintos, por examen macroscópico o por el hallazgo microscópico de sus huevos, embrionados o no.

Nos referiremos únicamente a los más corrientes:

Lamblias *(Giardia lamblia)*

Son muy frecuentes, especialmente en los niños, pero también en los adultos. Sus cuadros clínicos son, sobre todo, de dos clases:

1) Intestinales, con diarreas de aparición irregular, rebeldes por lo común a los antidiarreicos usuales e incluso a los antibióticos, si bien éstos pueden enmascarar el cuadro por resultar parcialmente útiles, ya que son eficaces muchas veces contra las lamblias, sobre todo la terramicina, pero no de forma definitiva.

2) Biliares, ya que las giardias o lamblias colonizan de forma especial en el duodeno y se hallan en la bilis con gran frecuencia. Puede haber incluso ictericia hepatocelular y fiebre, pasando diagnosticados de hepatitis algunos casos de lambliasis que hemos visto.

Esta variedad de aspectos clínicos de las lambliasis ha hecho que erróneamente hayan sido tratados los pacientes de los más variados procesos, como tuberculosis intestinal, dispepsias crónicas, gastritis, hepatitis, colecistitis, etc.

Diagnóstico. — Precisa el examen microscópico, repetidas veces, hasta dar con el protozoo o descartar su existencia. Este examen puede hacerse en dos medios:

a) En heces, donde lo más frecuente es hallar formas quísticas, pero también hemos visto casos de formas vegetativas.

b) En bilis, lugar donde se observa con preferencia el parásito, y muy frecuentemente en formas vegetativas, dotadas de movilidad, visibles a 450 aumentos y mejor con inmersión.

Las observaciones y diagnóstico diferencial con el *Chilomastix mesnili* han de hacerse por inmersión, desde luego. Damos por curada a una persona cuando no presenta lamblias en bilis, ya que puede ser negativa la exploración fecal y positiva la biliar. Por esta razón, preferimos el examen de bilis como prueba más segura.

Tratamiento. — Fracasan casi todos los preparados que se recomiendan para ello. Es una equivocación creer que todo antiparasitario sirve para todos los parásitos. Nosotros hemos logrado buenos resultados con dos preparados:

a) La atebrina, que ahora no se vende en España, tal vez por su escaso interés comercial, pero que creemos debería ponerse en venta, al menos en pequeños lotes. Parecido es el «Acranil».

b) El hidroximetil--nitroimidazol, conocido con el nombre de «Flagyl» en el comercio, activo también contra tricomonas.

c) Los antimoniales y terramicina son mucho menos eficaces, a nuestro juicio.

Oxiuros *(Enterobius vermicularis)*

Creemos que es la parasitosis intestinal más frecuente en Aragón, hasta el punto de afirmar que *está parasitada la tercera parte*, aproximadamente, *de la población rural y un alto porcentaje de la que vive en las ciudades.* Las estadísticas sanitarias fallan fácilmente por la negligencia en la declaración de las mismas, aparte de su limitada obligatoriedad.

Clínica. — Se da esta parasitosis con incidencia familiar. Deben examinarse todos los familiares de los parasitados. Hemos comprobado múltiples veces la infestación de familias enteras.

Su sintomatología es variada, siendo errónea la creencia de que el prurito anal es el síntoma más frecuente, así como la de considerar que sólo producen cuadros intestinales.

Desde luego, el hecho de que la hembra verifique la puesta de huevos en el ano hace que el rascado, debido al prurito, arrastre huevos a otras mucosas, pudiendo ser muy variada la localización de las lesiones. Podemos dividir los síntomas en dos grupos: locales y generales:

a) *Locales.*—Figuran las enteritis diarreicas, el síndrome rectal, los pruritos, las vulvitis y vaginitis infantiles, etc.

b) *Generales.* — Eosinofilia casi siempre, anemia, detención o retraso del crecimiento, epilepsia, vértigos, cefaleas, neuritis del octavo par, alteraciones del carácter.

c) *Otros.* — Destacamos por su interés dos clases de cuadros:

1. Apendiculares, por introducción del oxiuro.
2. Toxialérgicos: asma bronquial, fenómenos cutáneos, gastritis crónicas, rinitis, etc.

Diagnóstico. — Se puede realizar de tres maneras:

a) Examen directo de las heces. Es característico el oxiuro.

b) Examen microscópico de las heces, con contraste de lugol o en fresco, diluídas con suero fisiológico o enriquecidas por cualquiera de los procedimientos habituales. Podemos ver así los huevos, también muy típicos e inconfundibles.

c) Examen de los huevos recogidos con cinta adhesiva de celofán de las márgenes del ano. Juzgamos este último procedimiento muy superior a los anteriores, si bien hay que complementarlos todos ellos. La casa «Parke-Davis» ofrece a los médicos tiras de celofán ya acondicionadas y adaptadas para la más fácil toma de productos de las márgenes del ano. Estas tiras se fijan inmediatamente a un portaobjetos.

Tratamiento. — Hay varios tratamientos, pero no existe todavía un ati-oxiuriásico universal, pese a que los folletos de propaganda de diversos laboratorios así lo pretendan. Hemos visto recidivas en todos los casos. El orden de preferencia que vamos a citar en los medicamentos empleados contra la oxiuriasis no supone más que nuestra propia experiencia.

1. *Pamoato de pirvinio.*—Hay ya varias marcas en el mercado: «Vanquín», «Polyquil», «Pamoxán», etc. Por lo común, basta una sola dosis un día con el desayuno, sin necesidad de purgar al paciente. Hemos visto escasas intolerancias, pero podemos citar gastroenteritis y un caso de neuritis del octavo par. Suele darse en cantidad proporcionada al peso, por lo que conviene consultar los prospectos, dadas las diversas concentraciones en que se despacha. Puede repetirse la cura a los quince días.

2. *Piperacina.*—Muy eficaz, pero se observan resistencias más abundantes. Precisa cura con purgantes e insistir en la administración de los preparados. Existen muchos en el comercio.

3. *Violeta de genciana.*—Del que podemos decir lo mismo que en el caso anterior.

4. *Terramicina.*

5. *Oxiquinoleína.*

Ascaris (*Ascaris lumbricoides*)

Respecto de su aparición hay que decir que es más frecuente en América que en España, y que se presenta en colectividades de muy diversa topografía. Unas zonas serán ascaridiásicas y otras no. Los pueblos del cinturón de Zaragoza dan un contingente muy elevado de áscaris.

La sintomatología del áscaris es menos intestinal de lo que se cree, pasando desapercibidas muchas veces. No es nada extraño el hallazgo del parásito en las deposiciones de niños inapetentes, llamando la atención a los familiares por su tamaño (lombrices), ya que oscila entre los 15 y los 25 cm.

Clínica.—Los síntomas intestinales consisten en diarreas, gastroenteritis subagudas y especialmente dispepsias.

Es muy llamativa la participación de vía biliares en esta parasitosis, dando lugar a cuadros colecistíticos, e incluso a la formación de cálculos.

Los síntomas generales son muy acusados: eosinofilia, infiltrados fugaces pulmonares, participación del sistema nervioso, alergia nasal, cutánea y de mucosas, etcétera. En cambio, las peritonitis y oclusiones intestinales hemos tenido menos ocasión de observarlas.

Diagnóstico. — Se realiza bien por el examen macroscópico de las heces, o por el hallazgo de huevos, casi siempre infecundos, en el examen coprológico. El hecho de no necesitarse huésped intermediario en el ciclo de la ascaridiasis, hace que deban realizarse también exámenes familiares en estos casos.

Tratamiento. — El de elección es la piperazina o etilendiamida. También se emplea el «Hetrazán» o dietilcarbamazina. Se requiere cura purgante y reiterar los tratamientos.

Merece citarse un ensayo de tratar la parasitosis con curas enzimolíticas, con papaína (Vermizyn).

La más frecuente es la Taenia saginata, aun cuando pueden darse las otras variedades. Excluímos de nuestra descripción la tenia equinococus, tan frecuente en Aragón, por tener muchísima más importancia clínica sus manifestaciones extraintestinales, los conocidos quistes hidatídicos.

Las teniasis son muy poco expresivas en cuanto a sus síntomas locales. Son más frecuentes los generales: eosinofilia, fenómenos alérgicos, etc. El enfermo suele darse cuenta por lo llamativo que resulta el hecho de expulsar largas cintas de forma característica, con anillos inconfundibles. Llama la atención el buen estado de salud que casi siempre tienen estos pacientes, acudiendo a la consulta por haber visto el parásito, al revés de lo que sucede con otras helmintiasis o parasitosis.

El diagnóstico se realiza por el examen de fragmentos del parásito, bien a simple vista, bien con lupa, o por la demostración de los huevos en las heces.

El tratamiento ha de realizarse bien o no realizarse, debido a que precisa la expulsión de la cabeza o escólex para asegurar la curación, y teniendo en cuenta que pueden parasitar simultáneamente varias tenias a una misma persona.

De los diversos medicamentos que se han propuesto, hemos ensayado fundamentalmente dos, sin negar eficacia a otros. Creemos que en materia de tenias tiene mucho interés e importancia el adecuado método en el tratamiento, aparte del medicamento empleado.

a) La atebrina, con cura purgante, y deponiendo en recipiente templado. Permite apreciar así grandes fragmentos de parásito y comprobar la expulsión del escólex.

b) El llamado «Cestocida» «Bayer», derivado de la salicilamida. Es más fácil de administrar, y no requiere cuidados especiales, pero tiene, a nuestro juicio, un inconveniente: con frecuencia se digiere la tenia muerta, por lo que no siempre se puede reconocer la expulsión de la cabeza.

c) En plano más secundario citamos los extractos de helecho macho, las pepitas de calabaza, las cápsulas tenífugas, etc. A veces pueden ser eficaces cuando fallan otros procedimientos.

Otras parasitosis

Amebas. — Aunque son frecuentes en países tropicales, también hemos podido observar casos en Aragón, probablemente importados por medio de personas procedentes de estos países. El tratamiento que hemos empleado en los casos de amebas y chilomastix tratados ha sido el sulfato de paromomicina o «Humatín».

Tricocéfalo. — Se encuentra con frecuencia en los exámenes coprológicos el huevo de este parásito. Produce cuadros de gastroenteritis inespecíficas, anemias, hemorragias ocultas intestinales y leves trastornos neurológicos, sobre todo excitabilidad e insomnio. Es muy rebelde a la terapéutica, pudiendo decirse que no se ha encontrado aún el antitricocefaliásico específico. Se pueden ensayar el «Vermizym», la santonina, etc.

Tricomonas. — Aun cuando tienen repercusión patológica más frecuente en ginecología, también se observan casos de parasitación intestinal, que pueden confundirse en el examen microscópico con las lamblias. Su tratamiento de elección el el «Flagyl», que ya hemos citado antes.

RESUMEN

Se exponen unas consideraciones sobre la gran frecuencia de las parasitosis intestinales en Aragón, destacando por orden de frecuencia las producidas por oxiuros, lamblias, áscaris, tenias y tricocéfalo. Se dan normas para el acertado diagnóstico de las mismas, así como se señalan los tratamientos específicos de algunas de ellas, basados en la experiencia adquirida en la Cátedra de Patología Médica del profesor La Figuera.

Dirección: Madre Vedruna, 3. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

GLUCEMIA EN GESTANTES QUE VIVEN EN LA ALTITUD

POR LA

SRTA. AIDA SALCEDO BARRIONUEVO

LIMA (PERÚ)

La sangre de la embarazada normal presenta modificaciones celulares y físicoquímicas, que merecen señalarse. Entre éstas, las variaciones glucémicas ofrecen interés, como lo demuestran los trabajos que se han efectuado.

LONGEN, en 1952, y SERFATY, en 1955, de Buenos Aires, estudiaron minuciosamente las variaciones cuantitativas glucídicas de la mujer grávida, cuyos mecanismos reguladores de la glucemia varían por la gestación, que altera la función neurovegetativa.

La fibra uterina aumenta indudablemente su metabolismo durante la gestación, y mucho más en el curso del parto, consumiendo, por tanto, el útero gran cantidad de glucosa.

Este trabajo estudia las variaciones glucémicas en gestantes aparentemente sanas, radicadas en Arequipa (Perú), ciudad que está a 2.230 metros sobre el nivel del mar, y consta de las siguientes partes: en la primera refiero las comprobaciones que se han hecho sobre el tema; en la segunda parte relato las investigaciones e interpreto los resultados, para terminar con conclusiones y bibliografía.

Agradezco 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 (Perú), el haberme sugerido el tema y suministrado bibliografía; al doctor RÓMULO BARRIONUEVO C., jefe de la Sección de Maternidad del Hospital General de Arequipa (Perú), el haberme proporcionado pacientes; al doctor HÉCTOR ORTIZ T., jefe del laboratorio de Bioquímica, las facilidades que me otorgó para llevar a cabo la parte experimental; y a la Q. F. señorita Ada Villanueva, jefe de Prácticas del curso de Farmacología y hemerotecaria de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, el orientarme en los cálculos estadísticos.

VARIACIONES GLUCÉMICAS EN LA GESTACIÓN

La observación clínica y experimental demuestra que se requiere perfecta regulación del metabolismo de carbohidratos durante la gestación, en orden a la evolución del feto.

Según CASSANO [3], al principio de la gestación, la relación hipofisoadrenalítica y la marcada tolerancia de azúcar son necesarias para el curso normal del primer período de evolución del feto; en el segundo trimestre de embarazo, el hipercorticismo y estado paradiabético hacen posible el crecimiento fetal rápido; en el tercer trimestre de gravidez, el incremento de la tolerancia materna a los carbohidratos, como consecuencia de aumento hiperadrenalínico, parece restringir el excesivo crecimiento del feto y protege su desarrollo.

CAPADACQUA y BATTARINO [4] estudiaron el metabolismo glucídico durante la gestación normal y en condiciones prediabéticas, apreciando las variaciones de la sobrecarga de glucosa administrada por vía intravenosa, llegando a la conclusión de que en gestantes normales hay equilibrio del metabolismo de glucosa.

HURWITZ y JENSEN [14] comprobaron que está disminuída la tolerancia a la glucosa en la embarazada. En el 17 por ciento de los casos que estudiaron aumentó el azúcar sanguíneo en más de 50 mg. por ciento, cuarenta y cinco minutos después de la inyección, que en personas no gestantes sugeriría el diagnóstico de diabetes.

BOKELMAN y JENSEN [2] sostienen que la disminución de la tolerancia a la glucosa es prueba de embarazo.

Es frecuente que aparezca azúcar en orina de embarazadas, sea glucosa o lactosa, en cantidades cuyo límite varía. Esto se debe a que disminuye el «umbral renal» para el azúcar, por acción directa del embarazo sobre el epitelio de los riñones, según refiere M. LUIS PÉREZ [22], de Buenos Aires.

Durante la gestación no comprobaron variaciones glucémicas GUDERMANN y RANBITSCHECK [12], TONKES [30] y MANDRUZZATO [16].

STANSFIELD da como límites normales de glucemia en las embarazadas entre 0'45 y 1'69 g. por mil, y RAWLEY, en un caso encontró 2'50 g. por mil como normal, sin signos de diabetes.

Entre los autores que consideran a la mujer gestante hipoglucémica está MORAGUES BERNAT [17], de Buenos Aires, quien opina que se debe diferenciar la normoglucemia de la mujer ingrávida de la gestante; para la mujer ingrávida considera cifras normales las que oscilan entre 0'90 y 1'20 g. por mil, y para la embarazada, entre 0'60 y 0'90 g. por mil, dando una media de 0'70 g. por mil.

NUBIOLA [20] refiere que ELBERT (1938) y EBERT (1942) sostienen que la hipoglucemia gravídica tiene en gran parte origen endocrino.

M. LUIS PÉREZ [22], de Buenos Aires, afirma que la glucemia en los primeros meses del embarazo es de 0'91 g. por mil, pero que, al aproximarse el séptimo mes, disminuye a 0'76 g. por mil, hasta que se produce el parto, que llega a 0'64 gramos por mil.

DEXEUS FONT y DEXEUS TRÍAS [8] afirman que la glucosa sanguínea se mantiene normal durante los primeros meses de gestación, con cierta tendencia a decrecer a partir del séptimo mes.

PERALTA CAYÓN [23], de Bogotá, dice que los hidratos de carbono deben aumentar para satisfacer muchas necesidades de la preñez, sobre todo para favorecer en el feto el crecimiento de sus tejidos; mas se observa que la glucosa sigue normal en los primeros meses, o sea, 0'80 a 1 g. por mil, en la sangre, para disminuir desde el séptimo mes, por aumento de la masa sanguínea, a 0'76 g. por mil, que a su vez puede aumentar algunos centigramos con el parto; en cambio, el glucógeno tiene evolución cuantitativa opuesta. Desde el punto de vista hormonal, sostiene que los estrógenos provocan hiperglucemia, y la progesterona, hipoglucemia.

ALEJANDRO CORDONA, de Bogotá, según refiere PERALTA CAYÓN [23], estableció que la glucemia normal es de 90 a 1'10 g. por mil, y que en doscientas observaciones, la glucemia fue normal en las embarazadas.

LAVERDE MERCADO [15], de Bogotá, dice que desde el tercer mes de embarazo puede comprobarse glucosa en la orina, que se acentúa durante la segunda mitad, adquiriendo su máximo en el parto, para disminuir después, por combustión interna orgánica, desapareciendo poco a poco en la lactancia o cuando ésta se suprime con estrógenos.

MARAZZINI [18] estudió ochenta gestantes en diversos estadios de gestación, encontrando que la glucemia en ayunas, en el primer trimestre de gestación, es de 0'96 g. por mil, disminuyendo durante los siguientes trimestres a 0'82 g. por mil. Estas comprobaciones las explica por el estado funcional del aparato digestivo y del hígado en las embarazadas, que participan en el metabolismo de la glucosa.

Para ROWE [25] y colaboradores, la glucemia en ayunas es menor en las embarazadas, presentándose casos de verdadera hipoglucemia.

HOET y BRASSEUR [13] comprobaron en la mujer diabética que durante los primeros meses de embarazo su metabolismo mejora debido a que la tolerancia para los hidratos de carbono es mayor en la gravidez; pero a medida que la gestación avanza, disminuye la tolerancia a los glúcidos, produciéndose sobrecarga del trabajo de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, que si estuviese sano compensaría fácilmente este exceso de trabajo fisiológico; pero como esto no sucede, es fácil que se presente cetosis.

ROSZKOWSKI, HINTZ y JANCZEWSKA [27] estudiaron la relación entre trastornos en el metabolismo de los carbohidratos y patología de los fetos, comprobando que los defectos congénitos y muerte intrauterina fetal son más frecuentes en el embarazo con curvas de tolerancia glucémica anormal, que en el grupo de control con curvas normales.

BOTELLA LLUSIÁ [1] sostiene que la carencia de hidratos de carbono se manifiesta en la grávida por acidosis con desglucogenización del hígado, produciendo cetosis.

Para SERFATY [29], de Buenos Aires, el factor fetal debe ser tenido en cuenta como glucorregulador, aunque no es posible considerarlo como única causa de la hipoglucemia materna, pues se ha observado que la glucemia es menor durante los últimos meses de gestación, que es cuando el páncreas fetal está en el apogeo de su funcionalismo. Y aunque es opinión general la acción agravante del embarazo sobre la diabetes materna, se han publicado casos en los que la gestación mejora a la diabética por hiperfunción del páncreas fetal, y se ha comprobado que la glucemia aumenta en los casos de embarazada con muerte fetal intrauterina y retención.

En el Perú han estudiado glucemia en la gestante RAMÍREZ SAAVEDRA [26], que estudió ciento cincuenta casos, encontrando como cifra media 0'77 g. por mil y cifras extremas de 0'41 a 1'16 g. por mil, y A. NEIMAN [21], que en noventa embarazadas no encontró variación en los cinco primeros meses, pero a partir del sexto mes el aumento fue más notable, hasta alcanzar su máximo en el noveno mes. Como cifras extremas encontró de 0'63 a 1'15 g. por mil.

Respecto al factor altitud, FORBES [10] estudió en Chile la glucemia en normales, con la técnica de Folin y Wu, encontrando que a nivel del mar era de 107 miligramos por ciento, y en Chuquicamata (2.600 metros sobre el nivel del mar), 94 mg. por ciento.

CASTEX [6], de Buenos Aires, no encontró diferencias glucídicas a nivel del mar y la altura.

MAURICIO SAN MARTÍN [29], de Lima, estudió en 1940 la glucemia en normales, encontrando a nivel del mar 0'963 g. por mil, y en Huancayo (3.000 metros sobre el nivel del mar), 0'930 g. por mil.

CARLOS MONGUE CASINELLI [19], de Lima, también en normales encontró que la glucemia es menor en la altitud, pero que no hay relación estricta entre el contenido de glucosa en la sangre y los cambios de presión barométrica.

De lo expuesto puede afirmarse que el estudio de la glucemia de la gestante es tema interesante y que las variaciones cuantitativas de este elemento de la homeostasis merecen particular interés.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con el objeto de estudiar la glucemia de gestantes en la altitud, he cuantificado glucosa en sangre total de ciento treinta y tres gestantes y treinta no gestantes, de 20 a 35 años de edad, con más de dos años de residencia en Arequipa (Perú), ciudad situada a 2.230 metros sobre el nivel del mar, siguiendo la técnica de Folin y Wu [9].

Según el tiempo de gestación, se les reunió así:

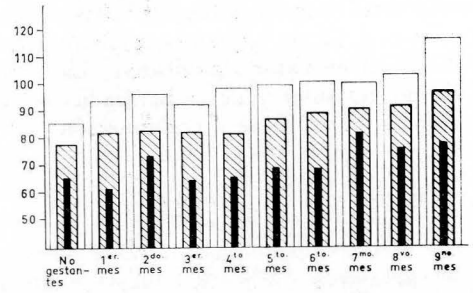
Del primer mes	10 casos	Del sexto	16 casos
Del segundo	14 »	Del séptimo	27 »
Del tercero	10 »	Del octavo	20 »
Del cuarto	11 »	Del noveno	12 »
Del quinto	13 »		

La apreciación estadística de los resultados que obtuve cuantificando glucemia en ciento treinta y tres gestantes en diferentes meses de embarazo, y en treinta no gestantes, va a continuación:

Mes de gestación	*Número de casos*	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	*Coef. variación*	*Cifras extremas*
Primer mes	10	94'50 ± 3'96	11'9 ± 2'83	12'38	60-102
Segundo mes ...	14	90'00 ± 4'40	15'85 ± 2'11	17'61	52-112
Tercer mes	10	88'62 ± 2'20	6'62 ± 1'56	7'46	79-96
Cuarto mes	11	86'18 ± 1'29	4'10 ± 0'92	4'65	78-92
Quinto mes	13	86'15 ± 5'22	18'09 ± 3'69	20'99	54-105
Sexto mes	16	85'50 ± 2'51	9'74 ± 1'78	11'39	70-106
Séptimo mes ...	27	84'20 ± 1'82	9'46 ± 1'28	11'23	68-101
Octavo mes	20	78'50 ± 2'86	12'78 ± 2'02	16'28	51-99
Noveno mes	12	84'70 ± 4'32	14'33 ± 3'05	16'91	62-118
No gestantes ...	30	87'58 ± 1'42	7'80 ± 1'09	8'90	72-103

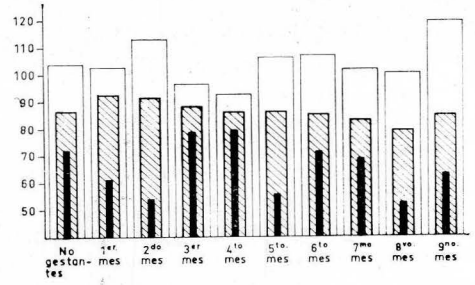
Presentamos seguidamente, en forma gráfica, la glucemia de gestantes de Arequipa y de Lima, para que se aprecie su cantidad y las comprobaciones que realicé en esa ciudad del Perú y las que efectuó NEIMAN [21], de Lima.

GLUCEMIA EN GESTANTES QUE VIVEN EN AREQUIPA



Cifras mínimas: ▬ Cifras medias: ▥ Cifras máximas: ▭

GLUCEMIA EN GESTANTES QUE VIVEN EN LIMA



Antes de interpretar los resultados que obtuve, debo referir las comprobaciones parciales que efectué. Así, en treinta mujeres aparentemente sanas, no grávidas, las cifras extremas de glucemia fueron de 72 a 103 mg. por ciento, con promedio de 87'58 ± 1'42; desviación «standard», 7'80 ± 1'09, y coeficiente de variación de 8'90 por ciento.

En diez casos de grávidas, en el primer mes de gestación, la glucemia fluctuó entre 60 y 102 mg. por ciento, con promedio de 94'50 ± 3'96; desviación «standard», 11'9 ± 2'83, y coeficiente de variación de 12'38. Comparando los promedios estadísticos de no gestantes y de embarazadas en primer mes de gestación, no obtuve diferencia significativa, pues la probabilidad de error fue 0'10, conforme se ve a continuación:

	N.° de casos	*Media ± E. st.*	*Dif. ± E. st.*	T_{38}	P	*Porcentaje de dif.*
Primer mes gestación .	10	94'50 ± 3'96	6'92 ± 4'20	1'64	0'10	7'32 %
No gestantes .	30	87'58 ± 1'42				

Del segundo mes de embarazo hasta el séptimo, la glucemia no fue menor de 52 mg. por ciento, ni mayor de 106 mg. por ciento. Las cifras promedios de estos meses fueron 90'00 ± 4'40 en el segundo mes, 88'62 ± 2'20 en el tercero, 86'18 ± 1'29 en el cuarto, 86'15 ± 5'22 en el quinto, 85'50 ± 2'51 en el sexto y 84'20 ± 1'82 en el séptimo.

Comparando la media estadística de glucemia entre el segundo y séptimo mes de embarazo, con la glucemia de no gestantes, aparentemente sanas, la pequeña diferencia que comprobé no tiene valor significativo. La comparación entre cifras de glucosa sanguínea de no gestantes y de embarazadas de séptimo mes, sólo dio 4'01 por ciento de diferencia, como se ve a continuación:

	N.° de casos	*Media ± E. st.*	*Dif. ± E. st.*	T_{55}	P	*Porcentaje de dif.*
Séptimo mes gestación . .	27	84'20 ± 1'82	3'38 ± 2'32	1'5	Entre 0'10 0'20	4'01 %
No gestantes.	30	87'58 ± 1'42				

En el octavo mes de gravidez, la concentración de glucemia disminuyó significativamente, pues la cifra promedio fue de 78'50 ± 2'86, con cifras extremas de 51'2 a 99'2 mg. por ciento, que comparadas con las cifras de glucemia de no gestantes, da 11'56 por ciento de disminución, con probabilidad de error entre 0'01 y 0'001, como se ve a continuación:

	N.° de casos	*Media ± E. st.*	*Dif. ± E. st.*	T_{48}	P	*Porcentaje de dif.*
Octavo mes gestación . .	20	78'50 ± 2'86	9'08 ± 3'17	2'86	Entre 0'01 0'001	11'56 %
No gestantes.	30	87'58 ± 1'42				

En el noveno mes la glucemia de la gestante aumentó algunos centigramos, alcanzando como promedio 87'50 ± 4'32 y cifras fiduciales de 62'4 a 118 mg. por ciento.

Resumiendo, las comprobaciones que he efectuado cuantificando glucemia en gestantes que residen en Arequipa (Perú), población situada en la zona andina, a 2.230 metros sobre el nivel del mar, puedo afirmar que no ofrece variación significativa, desde el primer mes de gestación hasta el séptimo, en relación con la cifra de mujeres no gestantes de la misma localidad. Sólo en el octavo mes disminuye, 11'52 por ciento; más tarde, en el noveno, aumenta algunos centigramos.

La pequeña disminución de glucemia de un mes a otro de embarazo, a medida que avanza la gestación, la comprobé al hacer la cuantificación de glucosa sanguínea en la misma gestante en diferentes meses de gravidez, como se puede ver a continuación:

Mes de gestación	*Nombre*	*Edad*	*Natural de*	*Glucemia*
Quinto mes . . .	R. L.	21	Arequipa	86'4 mg. %
Séptimo mes . . .	R. L.	21	Arequipa	76'0 mg. %
Sexto mes	M. T.	35	Arequipa	80'8 mg. %
Séptimo mes . . .	M. T.	35	Arequipa	77'6 mg. %
Séptimo mes . . .	N. R.	20	Puno	94'4 mg. %
A los diez días . .	N. R.	20	Puno	87'2 mg. %

Las comprobaciones que he hecho sobre glucemia en el curso de la gestación están de acuerdo con las de MARAZZINI[18], quien encontró cifras muy parecidas.

En los primeros meses de gestación no hay variación cnantitativa significativa, pero a partir del séptimo mes la disminución se hace notoria; están de acuerdo con estas comprobaciones DESEUS FRONT y DEXEUS TRÍAS[8], MANUEL LUIS PÉREZ[22], PERALTA CAYÓN[23], SERFATY[29], RAMÍREZ SAAVEDRA[26], GONZALES COLLAZO y COLOMBO[11] y NUBIOLA[20].

Los resultados que he obtenido al cuantificar glucemia en gestantes, en Arequipa (Perú), concuerdan con los de A. NEIMAN[21], de Lima, en gestantes, pues comprobó que no hay variación significativa del primero al sexto mes de gravidez; pero a partir del séptimo mes, en las gestantes limeñas aparece un aumento significativo hasta el noveno mes; mientras que en las embarazadas de Arequipa hubo disminución glucémica significativa en el octavo mes. Esta discordancia en los resultados puede explicarse, según MARAZZINI[18], por particular estado funcional del aparato digestivo y del hígado en las gestantes.

Además, debe tenerse en cuenta el factor altitud, que hace variar la homeostasis, para adaptar al ser humano a nuevas condiciones ambientales, que lo llevan a la hipoxia. Y también la técnica que se emplea para cuantificar glucemia, según afirman PETERS y VAN SLYKE[24].

CONCLUSIONES

1.ª Se determinó glucemia en ciento treinta y tres gestantes, aparentemente sanas, que residían en Arequipa, población que está situada a 2.230 metros sobre el nivel del mar, y que se asistían en el «Hospital General» de dicha ciudad.

2.ª Las cifras de glucemia de treinta mujeres no gestantes aparentemente sanas, fueron las siguientes: promedio, 87'58 ± 1'42; desviación standard, 7'80 ± 1'09, y coeficiente de variación, 8'90.

3.ª La glucemia en gestantes que viven en Arequipa disminuye ligeramente del primero al séptimo mes de embarazo, con disminución de 4'01 por ciento y probabilidad de error 0'10.

4.ª En el octavo mes de gestación comprobé disminución significativa de glucemia, que fue de 11'56 por ciento, y probabilidad de error entre 0'01 y 0'001.

5.ª La glucemia en el noveno mes de embarazo aumentó ligeramente sobre el octavo mes de gestación, pero no sobrepasa las cifras normales.

6.ª Las variaciones cuantitativas de glucemia del primero al quinto mes de gestación, en Arequipa, concuerdan con la variación significativa de glucemia en embarazadas de Lima. Sólo en los últimos meses de gestación hay discordancia.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo las variaciones glucémicas aparecidas en gestantes aparentemente sanas y cuya vida se desenvuelve en un clima de altitud de 2.230 metros sobre el nivel del mar.

Para ello hace primero una síntesis de los trabajos y comprobaciones realizados en la bibliografía mundial sobre este tema y que en general acusa cifras menores de glucemia en la altitud.

A continuación refiere las investigaciones realizadas en ciento treinta y tres gestantes y otras treinta en mujeres fuera de este estado, pero viviendo en idénticas condiciones de altitud, y de sus comprobaciones deduce que desde el primer mes al séptimo apenas ofrecen las cifras una variación significativa. Durante el octavo mes disminuye más del 11'5 por ciento, y posteriormente, en el noveno, vuelve a aumentar algunos centigramos, pero sin sobrepasar las cifras normales.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOTELLA LLUSIÁ, J.—«Patología obstétrica». Barcelona, 1961.
2. BOKELMANN, O., und ROTHER, J.—*Klin. Wochenschr.*, 7: 543, 1928.
3. CASSANO, F.—«Regulatione nel metabolismo dei carbohidrati». *Ann. Ostet. Gine.*, 81: 6, 1959.
4. CAPADACQUA, A., e BATTARINO, P.— «Il coefficiente di assimilazione del glucosio nella gravidanza fisiologica e nello stato prediabetico». *Quad. Clin. Ostet. Ginec.*, 12: 2, 1949.
5. CORDONA, A.—«Anotaciones sobre albuminuria gravídica y eclampsia». Bogotá, 1935.
6. CASTEX, M. R.—«Estudios sobre la Biología del Hombre de Altitud realizados en la Meseta de Bolivia por la Misión Científica Argentina». Buenos Aires, 1937.
7. DODERLEIN, A.—«Tratado de Obstetricia». Barcelona, 1938.
8. DEXEUS FONT y DEXEUS TRIAS DE BES.—«Tratado de Obstetricia». Barcelona, 1957.
9. FOLIN, O., and WU, H.—«A simplificied and improved for determination of sugar». *J. Biol. Chem.*, 41: 367, 1929.
10. FORBES, W. H.—*Ann. J. Physioll.*, 116: 309, 1936.
11. GONZALES COLLAZO, A., y COLOMBO. E.—«La glucemia en el embarazo». *Bol. Inst. Mater.*, 5: 105, 1936.
12. GUDERMAN, H. E. L., und RAMBITSCHECK.—*Yien. Arch. Inn. Med.*, 11: 567, 1926.
13. HOET, I. P., et BRASSEUR, L.—«Le metabolisme des glucides au cours de la gestation». *Anales d'Endrocrinolc gie*, 15: 26, 1954.
14. HURWITZ, D., and JENSEN, J.—New *Englad J. Med.*, 234: 327, 1946.
15. LAVERDE MERCADO.—«Metabolismo de los hidratos de carbono durante el embarazo». Academia Nacional de Medicina. Bogotá, 1946.
16. MANDRUZZATO, F.—*Bull. Soc. Ital Biol. Speri.*, 12: 781, 1937.
17. MORAGUES BERNAT, J.—«Clínica Obstétrica». Buenos Aires, 1937.
18. MARAZZINI, F.—«La toleranza agli idrati di carbono durante la gestazione, il travaglio e il puerperio fisiologici». *Ann. Oste. Ginec.*, 78: 887, 1936.
19. MONGE CASSINELLI, C.—«Glucosa, ácido láctico y ácido pirúvico a nivel del mar y en la altura». *Anal. Facultad de Medicina de Lima*, 32: 1, 1949.
20. NUBIOLA, P.—«Tratado de Obstetricia». Barcelona, 1951.
21. NEIMAN MECLER, A.—«Glucemia en gestantes normales». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1962.
22. PÉREZ, M. L.—«Tratado de Obstetricia». Buenos Aires, 1954.
23. PERALTA CAYON.—«Obstetricia y Clínica Obstétrica». Bogotá, 1956.
24. PETERS, J. P., and VAN SLYKE, D. D.—«Quantitative Clinical Chemistry Interpretations». New York, 1946.
25. ROWE, A.; GALLIVAN, D.. and MATHEWS, H.—*Ann. J. Physiol.*, 96: 95, 1931.
26. RAMÍREZ SAAVEDRA, M.—«Valores de la glicemia en el embarazo de 150 casos; Hospitales de Belén y Obrero de Trujillo». Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, 1956.
27. ROSZKOWSKI, I.; HINTZ, R., y IANCZENSKA.—«Nieprawindlawe, Kuzywe enkrowe Norzckieguciazy y polovu». *Polsky Tejgoelwik Le Karske*, 15: 1.931, 1960.
28. SAN MARTÍN, M. V.—«Distribución de la glucosa sanguínea y su variación con el cambio de altitud». *Anal. de la Fac. de Med.* de *Lima*, 23: 312, 1940.
29. SERFATY, S. O.—«Valores de la glucemia en el embarazo». *Prensa Médica Argentina*, 42: 964, 1955.
30. TONKES, E.—*Mschr. Geburtsh. Gynak.*, 110: 313, 1940.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima (Perú)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963

LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN LA LEUCEMIA

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRO, JR.

ALICANTE

DESDE que BARD, en 1888, expuso la sugerencia según la cual la leucemia puede considerarse como un «cáncer de la sangre», hasta el presente, salvo algunas excepciones, entre los patólogos se profesa la teoría de la naturaleza neoplásica de esta enfermedad, no obstante estar lo suficientemente demostrado, a partir de ELLERMAN y BANG, en 1908, que la leucemia aviaria y la de los mamíferos está producida por un virus, y como más tarde se ha demostrado con la humana (MAS Y MAGRO, 1951) y la del ratón (GROSS, 1954).

Al presente, en la leucemia humana hemos de considerar la intervención de dos factores fundamentales en su etiopatogenia: el virus causal y la alteración del sistema hematopoyético (MAS Y MAGRO) en relación a las metaplasias leucémicas, mieloides y linfoides. La magnitud de estos factores es distinta según se trate de la forma aguda o sobreaguda y de la forma crónica de la enfermedad leucémica. En la primera, el curso está intervenido exclusivamente por el virus leucémico; en la segunda, el efecto patológico depende casi exclusivamente de las metaplasias leucémicas. Estas no representan una reacción defensiva, sino una alteración patológica en relación con la actividad leucémica del sistema hematopoyético exclusivamente. La acción del virus se realiza de un modo indirecto, ya que produce una hiperactividad de las células del sistema.

A la transfusión de sangre en la leucemia, cuyos efectos beneficiosos fueron observados por los clínicos SABIN, DOAN y otros, les atribuyeron efectos relacionados con la reintegración de un principio existente en la sangre normal conveniente para la maduración de los leucocitos. Según BARNARD, la sangre de ciertas personas tendrían propiedades antileucémicas, ejerciendo efectos de reintegración del citado principio. En opinión de MAS Y MAGRO, dada la naturaleza virásica de la leucemia, la transfusión de sangre ejercería una acción antivirus, exactamente como la hemoterapia con respecto al virus de la poliomielitis infantil, en donde no se puede alegar la carencia de aquel principio de maduración.

Se ha probado por la experimentación y la clínica, que los virus son muy sensibles a la acción de la sangre total y al plasma sanguíneo completamente desprovisto de corpúsculos. Los intentos numerosos de transmisión experimental de la leucemia inoculando sangre de un leucémico a un animal por las vías intravenosa, intraperitoneal, etc., fracasaron completamente, ya que los virus eran destruídos

por la sangre y las secreciones hísticas de los tejidos de los animales de experiencia; siendo, sin embargo, positivas las transmisiones realizadas por vía intradérmica, por escarificación en la piel (MAS Y MAGRO), evitando la efusión de la sangre en estas líneas de escarificación, en donde el virus se pone en contacto con las células histiocitarias, en las cuales vive, se multiplica y se «adapta a las condiciones metabólicas del animal huésped» (MAS Y MAGRO).

La primera transfusión realizada en el hombre fue practicada por JEAN DENIS, en 1667. Es natural que en las leucemias, dada la intensa hipoglobulia que presenta algunas veces, se intentara la transfusión, y así lo hizo por primera vez BLASIUS, en 1863, con resultados bastante desfavorables, y posteriormente por MOSLER; pero el número de fracasos era abrumador sobre los éxitos. Téngase presente, además, la falta de material adecuado, como agujas para la punción venosa, utilizándose, en su lugar, tubos de vidrio cuyos extremos había que afilar para introducirlos en los vasos respectivos. Entonces no sólo se utilizaba sangre humana, sino también de algunos animales, concretamente el cordero, siendo abandonada finalmente por completo «a causa de los graves peligros que hace correr al que la recibe» (SCHONBORN, 1889). Incluso la sangre humana producía graves peligros, ya que hasta muchos años después no se conocieron los grupos sanguíneos, que tuvieron como antecedente el fenómeno de la heteroaglutinación por BORDET en los animales, siendo LANDSTEINER, en 1900, quien observó el mismo fenómeno en la especie humana, y fundándose en ello dividió a los individuos en tres grupos y, finalmente, CASTELLO y STURLI descubrieron el cuarto grupo. Hoy día, conocidos los grupos y subgrupos, la transfusión bien realizada no ofrece el menor peligro.

Para mayor seguridad, los resultados de la isoaglutinación deberán ser observados macro y microscópicamente, ya que de este modo se puede discriminar con toda seguridad la falsa aglutinación por apilamiento de los eritrocitos. Además de la determinación previa de los grupos y subgrupos sanguíneos, es muy conveniente realizar la prueba directa (suero del receptor con sangre del dador ya seleccionado). El método de JEANBRAU, como *test* directo para la determinación de la compatibilidad o incompatibilidad intersanguínea es el que ofrece mayores seguridades. Se han señalado algunos defectos, en ciertos casos verdaderos inconvenientes, como la necesidad de obtener la sangre por punción venosa para conseguir el suero del receptor, lo que requiere cierto número de horas, en detrimento de la rapidez que demanda la urgencia de la transfusión. Nosotros, en 1946, publicamos un micrométodo, en el cual la sangre del receptor se obtiene por punción del dedo, operando de la siguiente forma: En un tubo de hemólisis, en cuyo fondo se vierten 0'5 c. c. de solución estéril de citrato sódico al 3'8 por ciento, se vierten unos 80 mm. c. de sangre obtenida del receptor por punción dactilar, medidos con la pipeta de hemoglobina. Mezclar bien y centrifugar rápidamente hasta que quede separado el plasma incoloro, que se retira con una pipeta fina y se vierte en otro tubo de hemólisis, con lo cual disponemos de plasma suficiente para varias determinaciones. Entonces realizamos el *test* de la isoaglutinación colocando unas gotas de este plasma sobre un portaobjetos y añadiendo una gota de sangre de uno de los supuestos dadores. Nosotros hemos practicado numerosas pruebas con resultados altamente satisfactorios, hasta el extremo de prescindir, en algunos casos, de los sueros standard.

La transfusión de plasma, como aconseja BARNARD y otros investigadores norteamericanos, cumple perfectamente el postulado de antivirus, pero con esto no se ha llenado completamente el objetivo de la transfusión en la leucemia, en la que

existe un hecho constante de la hipoglobulia, que determina un estado permanente de anoxemia, desde luego nada favorable a la función defensiva de los sistemas histiocitarios y hematopoyéticos, y, por tanto, con evidente detrimento de la resistencia orgánica.

En la leucemia no debe utilizarse sangre conservada en frascos standard, cuyo empleo debe limitarse a casos urgentes de hemorragias de otra índole, ya que su poder antivirus es completamente nulo. Debe emplearse en la transfusión sangre fresca, de forma directa (de dador a receptor), ya que de este modo conserva perfectamente sus propiedades antivirales y, además, por su acción coagulante y aporte de plaquetas en los casos de diátesis hemorrágicas y formas trombopénicas. A este respecto, citaré el caso de una enferma de leucemia linfoide crónica, en fase de activación, con 2.200.000 eritrocitos por mm. c., a la cual se indicó una serie de transfusiones de 200 c. c. de sangre fresca. Se le hicieron unas quince transfusiones, pero utilizando sangre de frascos standard, y la cifra de los eritrocitos apenas se elevó. Entonces, en vista del fracaso, se empleó la sangre recién obtenida, y su resultado fue que con sólo seis transfusiones de 200 c. c., la cifra de los eritrocitos se elevó a 4.000.000 por mm. c., mejorando su estado general y apetito.

En contra de esta forma de la transfusión, se expone la posibilidad de que coagule la sangre en la jeringa, dificultando su perfecta realización. No es corriente se presente esta dificultad, ahora bien, podría acaso presentarse cuando se inyectasen grandes cantidades de sangre. De todas maneras, es indiscutible que el empleo de sangre citratada presenta una gran comodidad, de consiguiente y en su defecto podría hacerse de esta forma, pero a condición de que desde la extracción del dador hasta su aplicación al receptor transcurriera un tiempo mínimo, no más de dos horas, y sobre todo realizar todas las manipulaciones con la más estricta asepsia.

Leucemia aguda. — A propósito de las remisiones de la leucemia aguda, BARNARD hace una revisión de la bibliografía con motivo de un caso de remisión de leucemia aguda tratada por exanguinotransfusión (BESSIS). La influencia favorable de la transfusión ha sido observada por varios autores (TZANCK, DEBRÉ, LAMY, THISFFRY, BERNARD, MALLARMÉ, CROIZAT, JEANNENEY, RINGENBACH, WIENER, BESSIS y BURSTEIN). BERNARD DREYFUS, que cree haber reunido la casi totalidad de las observaciones de la literatura, con veintiún casos en la que la remisión fue completa y duradera; dieciocho casos con recidivas; en dos casos la curación pudo afirmarse veinte meses después, en un caso, y dos años y medio, en otro. De sus observaciones deduce que la transfusión sanguínea tiene un efecto evidente en la remisión de la leucemia.

La pauta a seguir en la transfusión depende del número de los eritrocitos. En el adulto, si la cifra es inferior a 4.000.000 por mm. c., se practicarán una serie de transfusiones diarias a dosis de 200 c. c., hasta que la cifra de los eritrocitos alcance los 4.500.000 a 5.000.000 por mm. c., continuando entonces, caso de persistir el cuadro agudo, con dosis de 25 a 50 c. c. diarios, controlando la cifra de los eritrocitos para que no sobrepase los 5.200.000 por mm. c., en cuyo caso hay que suspender, estando entonces muy indicado el empleo de la heterohemoterapia, inyectando por vía intramuscular 5 c. c. de sangre diarios o alternos, extraída inmediatamente antes de persona sana, en caso de que la cifra de los eritrocitos descendiera, cosa muy posible, hay que reiterar la transfusión hasta que los eritrocitos alcancen otra vez su nivel normal.

En los niños estas dosis deberán ser menores, variando la cantidad entre 60 y 100 c. c., si la cifra es inferior a 4.000.000 de eritrocitos por mm. c., reduciendo la dosis a 25 c. c. cuando ya se alcancen los niveles normales, y recurriendo finalmente a la heterohemoterapia a dosis de 2 c. c. diarios por vía intramuscular.

Hay que advertir que durante un plazo más o menos largo, los eritrocitos tendrán tendencia a disminuir, incluso a pesar de las transfusiones. No hay que desanimarse por ello, y debemos reiterar la transfusión hasta lograr su estabilización.

Sobre el efecto de la transfusión en la leucemia aguda, presentamos el caso de un joven de dieciocho años afecto de leucosis mieloblástica de extrema gravedad, con un cuadro intenso de diátesis hemorrágicas, al cual no le daban más de quince días de vida; se logró una supervivencia de más de un año, produciéndose el desenlace a causa de una afección gripal intercurrente.

Leucemia crónica. — A esta forma de leucemia le son aplicables todo lo expuesto anteriormente para la leucosis (leucemia aguda). En estas leucemias con hiperleucocitosis, con la transfusión sanguínea es posible reducir sensiblemente el número de leucocitos, como ha ocurrido en muchos casos, y también reducir el número de las células inmaduras.

CASO N.° 1.—Hombre de 60 años. Leucemia linfoide crónica. Primera observación: 21 de agosto de 1961.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos por mm. c., 3.800.000; leucocitos por mm. c., 224.000; plaquetas por mm. c., 30.000; neutrófilos segmentados, 3 por ciento; neutrófilos insegmentados, 4 por ciento; linfocitos, 83 por ciento; linfoblastos, 10 por ciento.

Se le practican una serie de transfusiones de 200 c. c.:

5 septiembre 1961.—E., 4.700.000; L., 200.000.
7 septiembre 1961.—E., 4.300.000; L., 172.000.
11 septiembre 1961.—E., 4.420.000; L., 115.000. Después de dos transfusiones de 200 c. c.
14 septiembre 1961.—E., 4.820.000; L., 50.000. Plaq., 115.000; linfoblastos, 5 por ciento. Después de dos transfusiones.
16 septiembre 1961.—E., 4.880.000; L., 40.000. Después de dos transfusiones de 200 c. c.
18 septiembre 1961.—E., 4.880.000; L., 38.000. Después de dos transfusiones de 50 c. c.
22 septiembre 1961.—E., 810.000; L., 36.000.
24 septiembre 1961.—E., 4.600.000; L., 29.000.
26 septiembre 1961.—E. 4.480.000; L., 20.000.
30 septiembre 1961.—E., 4.400.000; L., 20.000. Plaq., 180.000.
2 octubre 1961.—E., 4.000.000; L., 18.000. Plaq., 236.000.
4 octubre 1961.—E., 4.000.000; L., 14.000. Linfoblastos, 2 por ciento; neutrófilos, 39 por ciento.
6 octubre 1961.—E., 3.780.000; L., 11.600.
12 octubre 1961.—E., 4.520.000; L., 11.600. Después de una serie de transfusiones de 200 c. c.

Hasta el 7 de diciembre estas cifras se mantienen poco más o menos igual, llegando las plaquetas hasta 230.000 por mm. c., reiterando las transfusiones.

Cinco meses después, sin haber recibido transfusión alguna:

18 mayo 1962.—E., 4.680.000; L., 42.000. Neutrófilos, 15 por ciento; linfocitos, 85 por ciento. Sin linfoblastos.
21 mayo 1962.—E., 4.900.000; L., 24.000. Después de tres transfusiones de 50 c. c.

Tres meses sin transfusión y habiendo sufrido un proceso bronconeumónico grave:

13 agosto 1962.—E., 4.480.000; L., 60.000.
18 agosto 1962.—E., 5.000.000; L., 40.000. Después de cuatro transfusiones de 25 c. c.

Nueve meses sin transfusión:

30 mayo 1963.—E., 4.980.000; L., 36.400; Plaq., 140.000. Sin linfoblastos.

Actualmente persisten, aproximadamente, las mismas cifras.

Como vemos perfectamente en este caso, la reiteración de las transfusiones ha logrado estabilizar la cifra de los eritrocitos, disminuir sensiblemente los leucocitos, aumentar las plaquetas y disminuir, hasta desaparecer, los linfoblastos. En este

enfermo no se ha utilizado más terapéutica que las transfusiones de sangre, antibióticos, corticoesteroides, extractos hepáticos y complejo vitamínico BC a grandes dosis, sin emplear, en absoluto, ninguna medicación citostática.

En algunos casos de leucemia mieloide crónica, la transfusión de sangre ha logrado remisiones bastante importantes, disminuyendo o desapareciendo la esplenomegalia, la febrícula y las células inmaduras, principalmente los mieloblastos.

La transfusión de sangre, completamente desprovista de efectos secundarios, como los producidos por los medicamentos antileucémicos hoy en uso, incluso la radioterapia, cumple una indicación. Los citostáticos, como el N. mostaza, uretano, aminopterina, etc., por sus efectos carioclásicos, actuan inhibiendo la actividad cariocinética de las células reticulares. Los núcleos de estos corpúsculos fijos, progenitores de las células parenquimatosas, son afectados en su actividad cinética, ya en la profase, ya en la metafase. El resultado es su destrucción y su englobamiento por los macrófagos fagocíticos. No quiere decir esto que no hayan de utilizarse, pero solamente cuando fracasa otra terapéutica y administrándolos con cautela y a dosis mínimas.

Las leucosis de paramieloblastos, casi siempre leucopénicas, ofrecen interés evidente por los delicados problemas que presentan a la terapéutica de la transfusión sanguínea. Su conocimiento interesa por su extrema malignidad y muy especialmente por la tendencia que tienen estos enfermos a sufrir choques plasmáticos por la transfusión completa de sangre o incluso de plasma reciente, produciendo leucopenias extremas, hasta 200 leucocitos por mm. c., en algún caso. Esta reacción de shock plasmático nada tiene que ver con el antígeno de los leucocitos.

En general, las dosis masivas de sangre a inyectar, incluso la exanguino-transfusión, son menos útiles que las pequeñas dosis repetidas. Las dosis masivas producen un estado de sideración de la función defensiva del sistema histiocitario.

En la leucemia, como en toda enfermedad infecciosa, las reservas y los excepcionismos sólo sirven de perjuicio, porque si existen remisiones espontáneas, ¿qué fundamentos clínicos tiene la abstención de toda terapéutica? Cuántos enfermos hay con intensas hipoglobulias, que están meses y meses sin ninguna transfusión y mueren, más que por la enfermedad, por la permanente anoxemia, nada favorable a la función defensiva de los sistemas histiocitarios y hematopoyéticos.

Por tanto, en la leucemia, sea aguda o crónica, no debe quedar ningún enfermo con cifra de los eritrocitos inferior a 4.000.000 por mm. c., sin el debido tratamiento transfusional, y más siendo inocua en sí, a condición de realizar una buena técnica, como determinación de los grupos y subgrupos, prueba directa, empleo de sangre fresca por transfusión directa o citratada obtenida recientemente, como máximo dos horas, y, sobre todo, evitar por todos los medios las intensas reacciones transfusionales de escalofríos, fiebre alta, que perjudican de una manera evidente. En estos casos debe utilizarse otro dador o iniciarlas con dosis mínimas, por ejemplo, de 25 a 30 c. c. Ahora bien, reacciones febriles, como máximo hasta 37'8, de corta duración (unas horas) puede admitirse.

RESUMEN

La transfusión de sangre en la leucemia tiene efectos beneficiosos en relación con la reintegración de un principio contenido en ella y conveniente para la maduración de los leucocitos. Los virus son muy sensibles a la acción de la sangre total y al plasma desprovisto de corpúsculos.

Se describen los efectos conseguidos en la leucemia aguda, en donde en algunos casos se han observado remisiones evidentes; y también en la leucemia crónica, en las que la

transfusión redujo sensiblemente el número de leucocitos y también el de células inmaduras.

Se señalan condiciones, cantidades y técnica a seguir para el tratamiento transfusional

BIBLIOGRAFÍA

1. HENEKE.—«Blutung, Blutstillung, Transfusión». Stuttgart, 1885.
2. HIRSCH.—«Infektionkrankheiten». Stuttgart, 1883.
3. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«Determinaciones hematológicas previas de la transfusión sanguínea de urgencia». *Clínica Hispánica*, 1: 39, 1944.
4. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«La prueba directa para la elección del dador en la transfusión sanguínea de urgencia». *Clínica Hispánica*. 2: 118, 1946.
5. MAS Y MAGRO, F., Jr.—«Técnica de hematología clínica». Ed. Científico Médica. Segunda edición. Barcelona, 1953.
6. MORTEN GROVE, LESSES, M. and ANSTALL, H.—«Transfusion Therapy». *New England Jour. of Medicine*, 264: 1.034, 1961.
7. WETHERLY-MEIN, G., and COTTOM, D.—«French blood transfusion in chronic lymphatic leukemia». *Britisch Medical Journal*, 859, 1958.

Dirección: Plaza de Calvo Sotelo, 12. Alicante.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963

CARDIOPATÍA Y EMBARAZO

POR EL

DR. ANTONIO CASIELLO

EX PROFESOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

ROSARIO (REPÚBLICA ARGENTINA)

EL PROBLEMA DEL ABORTO «TERAPÉUTICO»

Cuando, allá por el año 1938 —hace cabalmente un cuarto de siglo—, preparábamos nuestra tesis de profesorado, sobre el tema del epígrafe, el ambiente médico vivía todavía seriamente afectado por la influencia nefasta de unos discutidos «aforismos» de un cardiólogo francés del último tercio del siglo pasado, que proscribía el matrimonio en las cardiópatas; o, si casadas, el embarazo; o la lactancia, si madres. Muchas mujeres pagaron pesado tributo —¡y cuántas murieron!—, amén de la pérdida del fruto de la concepción, por el rigorismo dogmático con que se aplicaban aquellas «leyes», que, propagadas rápidamente por doquier, se aceptaban sin discusión. Era suficiente constatar un ruido de soplo en una embarazada —no se discutía si funcional u orgánico— o apreciar presuntos síntomas de insuficiencia cardíaca —taquicardia, alguna arritmia, polipnea, edemas...— para conformar el cuadro de «riesgo grávido-cardíaco». Tal riesgo —así fuera real o en potencia— se magnificaba por efecto yatrógeno, planteándose *ipso facto* la indicación del aborto que se decía «terapéutico», prácticamente a cualquiera edad del embarazo; la prosecución del mismo se consideraba amenazada por un pronóstico sombrío, que se prejuzgaba de gravedad *in crescendo*, en el transcurrir de la preñez, culminando en el trabajo del parto o, acaso, en accidentes agudos durante el puerperio.

CONDUCTA A OBSERVAR FRENTE A LA GRÁVIDA CARDÍACA

Todos —los que llevamos unas cuantas décadas de ejercicio profesional— hemos sido testigos de tales hechos, a veces dramáticos, y hemos vivido y compartido las angustias de ellos derivadas. Con mucha mayor frecuencia hemos experimentado el dolor de comprobar los desastres que seguían al abuso desmedido, resultante de una indiscriminada generalización de las presuntas indicaciones de la interrupción de la gravidez. Y, como contrapartida o anverso de estas observaciones, surge, por otro lado, la satisfacción de asistir a la evolución *normal* de embarazos, partos y puerperios en auténticas cardíacas en distintos grados de descompensación, sometidas a los tratamientos corrientes, impuestos por su condición

de tales, con prescindencia del embarazo concomitante, mero accidente —sin desconocer toda su significación— circunstancialmente agregado a su cardiopatía.

En el curso de este cuarto de siglo a que aludimos, y aun desde tiempo antes, mucho se ha evolucionado en el sentido que acabamos de apuntar, esto es, considerar y tratar a la paciente como afectada de su aparato circulatorio, teniendo en cuenta, sí, el embarazo en curso, con sus naturales variaciones fisiopatológicas, pero respetándolo a ultranza, venciendo el pesimismo y el temor de quienes, lamentablemente imbuídos de falsos conceptos, ensombrecen de tal manera el pronóstico, que llegan a perder la fe y la confianza en sí mismos y en la adecuada terapéutica; en cuyas condiciones carecen, y privan a su enferma, del imponderable recurso de una sana psicoterapia —de tan trascendente significación—, creando, antes bien, un ambiente iatrógeno de pesimismo, con todas sus desastrosas derivaciones.

Y es que, en efecto, la experiencia muestra que una buena e indispensable asistencia clínica de la grávida cardíaca —similar, por otra parte, a la que requiere y merece cualquier cardiópata— permite la prosecución del embarazo con un riesgo menor que el que comporta su interrupción.

Numerosas estadísticas y autorizadas opiniones, de nuestro ambiente y foráneas, coinciden con tal aserto. Nos remitimos a las citadas en nuestra mencionada tesis y a las consignadas en la interesante comunicación del profesor doctor J. L. MARTINI a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, en 1957, y publicada en *La Semana Médica* (1957, pág. 555) con el valiente y sugestivo título «El aborto provocado ha dejado de ser un recurso terapéutica».

En efecto, un mejor conocimiento, resultante del más adecuado estudio y observación de nuestras pacientes, y los progresos de la moderna terapia correctamente aplicada, constituyen poderosos factores para vencer —con las reservas de nuestra humana limitación— el pesimista pronóstico otrora reinante, responsable de tantos desastres. Ello permite afirmar a MARTINI que en su Maternidad «Pedro A. Pardo», en una serie de más de 16.500 partos, no se ha practicado ningún aborto terapéutico. Por su parte, el profesor DE SOLDATI *no ha tenido que indicar el aborto ni una sola vez* en sus pacientes cardíacas. Y más recientemente, el profesor MOIA, en un enjundioso trabajo sobre el tema, recuerda que ya en 1944 sostenía: «...excepcionalmente, por no decir nunca, hemos tenido que lamentar un serio accidente de insuficiencia cardíaca, ni la muerte de una cardiópata embarazada, por insuficiencia cardíaca» (*El Día Médico*, 1963, 56, 1.241).

CRITERIO DISCUTIBLE

Disentimos, sin embargo, con este autor —y ello nos resulta muy sensible— cuando termina su importante ponencia sosteniendo que «el aborto sólo se indicará (pero ya se lanza una indicación) en aquellos casos en que, a igualdad de condiciones, la insuficiencia cardíaca progresa y no puede compensarse satisfactoriamente cuando se ha llegado al quinto mes del embarazo». Es ésta, en efecto, una afirmación similar a las que en otras oportunidades nos hemos visto obligados a criticar *por el peligro que encierran en sí mismas y por el riesgo, mayor aún, que sus variadas interpretaciones personales originan, como tantas veces ha ocurrido.* Veámoslo: se habla de prevenir o de tratar por todos los medios las manifestaciones de la insuficiencia cardíaca durante la gestación; pero si ella resulta irreductible —y aquí se pone un plazo: el quinto mes—, entonces se impone el aborto. Permítasenos pensar que en manos de un cardiólogo avezado, y actuando en un ambiente de tantos recursos y de tal jerarquía científica, esa situación hipotética, prácticamente, no se ha de plantear nunca. Pero en el supuesto que alguna

vez se presentara por excepción, el dramático caso a que se alude, de una insuficiencia cardíaca que se considerase irreductible y progresiva, la salida que se propone —el aborto al quinto mes—, ¿qué garantía podría ofrecernos? Recapacitemos: el propio autor sostiene, con razón, que: *a*) «Fuera de su acción deletérea sobre el corazón por los cambios hemodinámicos mencionados, *el embarazo no grava habitualmente el curso de la enfermedad que da origen a la cardiopatía*»; *b*) Refiriéndose al pronóstico de las enfermas según la edad, afirma que es más desfavorable en las que pasan de los treinta años, no en razón de la gravidez, sino del curso evolutivo del proceso etiológico, habitualmente reumático, que origina la cardiopatía, por cuya razón «muchas mujeres, fuera de todo embarazo, sólo agravan o desencadenan su insuficiencia cardíaca muchos años después de haber tenido el último hijo de una familia por lo general numerosa»; y *c*) «El pronóstico de la cardíaca embarazada ha mejorado notablemente en los últimos tiempos, mencionándose un porcentaje de muerte materna de sólo el 0'3 por ciento.»

FALIBILIDAD DEL PRONÓSTICO Y RIESGOS DEL ABORTO PROVOCADO

Cierto es que, teniendo en cuenta tales razones, el autor considera sólo el caso irreductible para recurrir, en último y único extremo, al aborto. Pero se puede convenir, sin mucha violencia, y porque así lo enseña la experiencia, que la formulación del pronóstico es la parte más difícil y azarosa de la medicina, y que la presunta «irreductibilidad» de la insuficiencia puede no ser tal. ¡Cuántas veces vemos cardiópatas «moribundos», no jóvenes —como las embarazadas, de reservas insondables—, sino viejos y achacosos, de quienes nada nos es dado esperar, que resurgen una y otra vez, cuando ya todo estaba «terminado»!

¿Cómo, pues, fundamentar o sostener una decisión tan seria, grave y arriesgada —el aborto al quinto mes—, aunque sea con carácter de excepción, sobre una base un tanto deleznable y falible como el pronóstico?

Pero veamos otro aspecto de la cuestión. *El aborto* propuesto *no es una terapia etiológica de la falla circulatoria, que procuramos compensar.* No deseamos ni recordar lo que alguna vez se ha sostenido: considerar el embarazo como *causa* de la insuficiencia cardíaca, y concluir: «*sublata causa, tollitur efectus*». No; la noxa cardíaca —de ordinario reumática— y los deterioros por ella ocasionados, siguen en pie. Se dirá, admitimos, que lo que se procura es desgravar la sobrecarga cardíaca que el embarazo comporta para la paciente. Pero, ¡a qué precio y con qué consecuencias! En efecto, se ha sostenido, con precisión, que, en general, el aborto provocado no es una operación menor y que, aun en manos experimentadas y en ambientes quirúrgicos adecuados, comporta riesgos, que mal podemos subestimar, próximos y remotos, los propios del acto en sí, y las consecuencias endocrinas y neuropsíquicas, complejo de culpa, etc.

Ahora bien: si esto es así en cualquier mujer normal, ¿cuánto mayor será el peligro —shock anestésico y shock quirúrgico— en una cardíaca, severamente afectada por la insuficiencia que se estima irreductible? El mismo autor, en las grávidas cardíacas a término —que presuponemos llegadas a término en un discreto grado de equilibrio circulatorio—, prefiere el parto normal a la cesárea, que suele proponerse para evitar la supuesta sobrecarga del trabajo del parto, ya que esa sobecarga operatoria y los riesgos inherentes a la cirugía superan a los del parto normal. ¿Cómo podríamos entonces subestimar las consecuencias del aborto, provocado en el caso de una descompensación que se juzga irreversible? No se nos escapa una respuesta: la decisión se impone para no cargar con la responsabilidad de la muerte de la madre, que se presume en serio riesgo inminente. (De-

jemos por ahora en suspenso la consideración de que la muerte del feto, *directamente procurada con el aborto*, no ha entrado para nada en consideración.)

Ya hemos mostrado que para evitar un posible peligro para la madre, presumible pero un tanto hipotético, le hacemos correr otro, que juzgamos mayor y además concreto y real. Cierto es —¿quién osaría dudarlo?— que se trata de situaciones angustiosas y dramáticas: la madre puede morir como consecuencia del aborto provocado, pero también puede sucumbir en el andar evolutivo de la insuficiencia cardíaca, si se respeta el embarazo; y aquí se pierde también el feto... *pero no se le mata*, situación antitética a la anterior.

Problema ético y moral

De todos modos, si se considera *aisladamente* —aunque ello sea capcioso y absurdo— *el problema de la madre*, podría concluirse, aceptando una presunta paridad de riesgos para la misma, que la elección de la conducta a seguir —vaciamiento del útero o respeto del embarazo— debiera quedar librada al criterio del médico tratante. Claro está que eso es, en definitiva, lo que siempre ocurre, ya que en el ejercicio de nuestra profesión, en términos generales, no hay más juez que la Providencia y la propia conciencia. Ello no quita, antes obliga, a que razonemos y meditemos, tanto más cuanto más angustioso sea el caso y, entonces, mayor nuestra responsabilidad moral.

Y ahora viene a cuentas *el problema del feto* —que antes dejamos en suspenso—, *inseparable*, sin embargo, *del problema de la madre*. Se ha dicho, con verdad, que la antigua fórmula —de criterio crudamente utilitarista, de veterinaria o de cabaña— «la madre antes que el hijo» ha sido definitivamente desplazada por la de «la madre al mismo tiempo que el hijo». Y para una madre —que suponemos normal y no descastada—, el hijo es tan hijo al quinto mes del embarazo, o antes, como al tiempo de nacer, o después. Sin pretender asumir la defensa del feto, no podemos sustraernos a la idea de ofrecer a la meditación de quien esto lea los emotivos conceptos de Prenant, que exhumamos de nuestra tesis: «*El aborto es un pequeño asesinato en razón de la exiguidad de la víctima; pero lo es mucho mayor en razón de la premeditación, alevosía y acecho; tanto más odioso que otros, porque la víctima es herida en la sombra y porque no tiene ni un grito ni un vagido para defender su derecho a la existencia e implorar piedad a la mano que le hiere.*» Por supuesto, y como es lógico, el autor no hace distingos entre el aborto criminal y el llamado «terapéutico». El móvil es distinto, pero no cambia el efecto, esto es, la occisión del feto, directamente procurada. En otros términos: «el fin no justifica los medios».

Por lo demás, si la conducta expectante, supuesta una terapia clínica adecuada, completa e inobjetable, no logra salvar la vida de la madre, quedaremos angustiados, sí, pero tranquilos frente a lo inevitable, tal como ocurre ante cualquier otro caso en que, a pesar nuestro y de toda nuestra dedicación, se nos mueren los enfermos; pero, por sobre todo, tranquilos en la circunstancia que consideramos, porque no habremos manchado nuestra conciencia con el crimen —como dice Prenant— alevoso del aborto.

Riesgo de ciertas directrices

Afirmábamos más arriba que proponer la interrupción del embarazo en las condiciones expuestas constituía un severo peligro, y abrigamos la esperanza de haberlo así mostrado. Pero agregábamos que existía el riesgo, mayor aún, que

sus diversas interpretaciones pueden originar y de hecho originan. Si se divulga desde una respetada tribuna el concepto que hemos comentado y se acepta la interrupción de la gravidez —aun con el criterio restrictivo y de excepción que con toda prudencia se consigna—, ocurrirá que los abortos se multiplicarán otra vez, extendiendo sus indicaciones; porque no faltarán colegas —y los hay— que, temerosos de la evolución desfavorable de la cardiopatía, anticiparán la fecha de su provocación, o la realizarán más tardíamente, si entonces se agudizan los síntomas, sin contar con el progresivo aumento de los riesgos; o, si logran compensar un tanto la insuficiencia, «aprovecharán» ese momento para intervenir, satisfechos con la idea de que han puesto a la paciente en condiciones de soportar el trauma obstétrico, antes de que vuelva a recaer, en vez de proseguir tenazmente y con valor la rígida terapia cardiotónica en la esperanza de llegar al término del embarazo o a la viabilidad fetal; o, en definitiva, otros propondrán el aborto *ab initio* con criterio «profiláctico», aun en cardiópatas perfectamente compensadas. Esta enunciación de variadas circunstancias posibles no es fruto de especulación imaginativa, sino simplemente el recuerdo de casos reales y vividos que desearíamos muy de veras no volvieran a repetirse. Para lograr este desiderátum, nada mejor, nos parece, que divulgar, como así se hace, las claras nociones de la adecuada y necesaria asistencia de la cardíaca embarazada; pero, *además*, inspirar y transmitir optimismo y confianza en los progresos del tratamiento médico; recalcar el riesgo del aborto «terapéutico» y no dejar de recordar, para execrarlo, que el feticidio es un crimen, aunque no figure en los códigos penales, que —al decir de quien fuera nuestro profesor de Obstetricia, el doctor Clemente J. Lazcano— «constituye una falla de la Medicina, que revela la insuficiencia de su terapéutica, y una vergüenza de la Clínica obstétrica, que, en su finalidad de curar y dar la vida, no debiera jamás dar la muerte».

Digamos, para terminar, con Ivolino de Vasconcellos, en su dulce *Oración del Médico*: «...Dadme, Señor, decisión para que abomine el aborto, nefasta acción que me transformaría en asesino de una víctima inocente».

Addendum

A los efectos de aclarar más, si cabe, el problema y evitar posibles observaciones de cariz polémico, nos permitimos, anticipándonos a las mismas, sostener, por ejemplo, que en el caso planteado no cabe el remanido argumento, a veces esgrimido, según el cual el feto sería un «injusto agresor» que pondría en peligro la vida de la madre, en cuya «legítima defensa» se justificaría, eventualmente, darle muerte. No; el feto, por una parte, es ajeno, en su existir, a la libre voluntad de los padres que lo engendraron; y, por otra parte, no es responsable de la cardiopatía materna; antes bien, sufre sus consecuencias. Tampoco puede repetirse el craso error de afirmar que el feto sea *una parte del todo* que es la madre, cuya vida pondría circunstancialmente en peligro; en tal caso, su eliminación se asimilaría a la exéresis de un órgano neoplásico, o a la amputación de un sector de miembro gangrenado. El feto no es un órgano de la madre, sino un ser distinto y hasta, en ocasiones, incompatible con el organismo materno. Ni puede aducirse —como se ha hecho en circunstancia similar— que, discutiendo el problema del punto de vista exclusivamente médico, científico, sólo importa la salud de la madre, que tenemos entre manos, prescindiendo, porque no interesa, del problema del feto y eludiendo planteamientos de orden sentimental o moral, que se estiman ajenos al quehacer profesional. Ya hemos aludido a este enfoque, considerándolo crudamente materialista y propio del ambiente de la veterinaria o de la cabaña, en

que se puede, sí, sopesar el valor relativo de la hembra servida y su producto, pero absolutamente absurdo y fuera de lugar en nuestro trato con el humano, *ser moral por excelencia.* Y, por último, no se arguya —también esto ha ocurrido— que hay que prescindir de lo que suele llamarse, peyorativamente, «prejuicios morales o religiosos», y atenerse únicamente a los «dictados» de la ciencia. Respondemos, concretando por brevedad, que hemos hecho en primer término —como se habrá podido apreciar— un análisis objetivo del problema desde nuestro punto de vista médico, con una sana y serena crítica de la interrupción del embarazo, cuyos riesgos hemos enfatizado porque suelen subestimarse u olvidarse del todo; y sólo *a posteriori,* que no *prejuzgando,* surge espontánea e ineludiblemente el problema moral, que no interfiere ni invade el ámbito científico, sino al contrario: es la actitud del médico —intervencionista en el caso— la que, desbordando sus límites científicos, invade, en transgresión, los dominios de la moral. ¿O se pretenderá insensibilizarnos a tal extremo que lleguemos a considerar como un hecho baladí y sin afectación moral la muerte directamente procurada de un ser inocente en la sombra del claustro materno, sobre cuya vida no tenemos ningún derecho, aunque se invoque como móvil el propósito —desde luego, noble, aunque con frecuencia malogrado, según hemos visto— de salvar a la madre? El fin —ya lo recordamos— no justifica los medios.

Y, para terminar, pensemos que infringir un precepto del Decálogo —el quinto, *no matar*— choca y repugna a la conciencia de todo hombre normal, y moral, cualquiera que sea su posición filosófica o religiosa... y aun al margen de ella, si este supuesto fuese concebible. Porque, como dice San Pablo: «No debemos engañarnos: de Dios nadie se ríe; porque lo que el hombre sembrare, eso también cosechará» (Epístola a los Gálatas, 6, 7-8).

RESUMEN

Con excelente criterio científico y moral, se aborda en este trabajo una vez más, el debatido problema de la conducta a observar frente a la mujer cardíaca embarazada; analizando lo incierto del pronóstico, siempre falible, así como los riesgos serios y graves que proporciona el aborto provocado en mujer ya severamente afectada por una insuficiencia circulatoria.

Expone con claro juicio el problema ético y moral que se plantea, tanto desde el punto de vista de la madre, como del feto, y señala los riesgos de ciertas directrices intervencionistas que desbordando límites científicos invaden los dominios de la moral.

Dirección: Buenos Aires, 1.540. Rosario (Rep. Argentina.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963
LIBROS

AUTORES NACIONALES

EL SÍNDROME DE LA INSUFICIENCIA PLACENTARIA, *por el doctor* JOSÉ ANTONIO CLAVERO NÚÑEZ. *Prólogo del profesor doctor* JOSÉ BOTELLA LLUSIÁ. *Un vol. (16'3 por 22'5 cm.) de 129 páginas, con 62 grabados (gráficas, esquemas y microfotografías); encuadernado en tela. Editorial Científico-Médica. Madrid, Lisboa, Río de Janeiro, 1963.*

Es el segundo volumen de las publicaciones de la Segunda Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid; colección dirigida por el profesor Botella.

Los trabajos sobre fisiología y patología de la placenta son apasionantes por las incógnitas que nos plantean y que con agudo criterio se intenta ir solucionando merced a los medios con que se cuenta en los laboratorios de la Segunda Cátedra de Ginecología de Madrid, dirigidos por el eficiente maestro profesor Botella Llusiá, que no sólo sabe encauzar los distintos temas, sino que estimula y alienta este género de investigaciones, a las que da el marchamo de su autoridad, presentando galantemente al público estas publicaciones, como sucedió anteriormente con el trabajo del doctor Pedro Puig y Roig sobre «Patogenia de los infartos y de los hematomas placentarios», aparecido también en 1963.

Lógicamente, comienza el autor con los estudios sobre la anatomía y fisiología placentaria, dando una visión del estado actual de estos conocimientos, para lo cual no ha dudado en poner de manifiesto los conceptos que, considerados clásicos, hay que abandonar porque no responden a las más cuidadosas investigaciones actuales.

En el capítulo cuarto, refiriéndose a los aspectos cuantitativos de la placenta humana, señala, como primer antecedente, que Dops, en 1922, ha sido el primero en estimar el valor cuantitativo de las vellosidades en una placenta normal de una gestación a término. Esta superficie ha sido medida por Chritoffersen y Mattingly (1936), por Botella y P. Casanova (1945), por Winkin (1957-1960) y por Clavero (1960).

Vokaer y Van den Eynden practican la histometría con la platina de integración; Rech estudia la superficie vellositaria por medio del recuento nuclear de un fragmento placentario de medidas conocidas.

Estos datos los consigna, con toda honradez científica, como antecedentes a sus investigaciones.

En su estadística, con doscientos quince casos, da las cifras obtenidas en las distintas épocas del embarazo, teniendo en cuenta la relación del peso fetal con la superficie placentaria, en vez de con los meses de gestación, que pueden dar lugar a más errores de interpretación.

Como dato histórico, consigna la visión profética de Claudio Bernad, que hace más de cien años (1859) dio por supuesto que la función principal de la placenta era la de producir glucógeno, y que todavía a fines del siglo pasado. Zuritz y La Barre establecen el concepto de «placenta como pulmón fetal»; el 1946, Hugget, en Oxford, revisa el problema y actualiza la concepción fisiológica de C. Bernad, y en 1958, G. Villee y Hagerman dan a conocer sus trabajos sobre enzimas placentarios y deducen que la placenta se comporta como un órgano activo metabólico.

Todos estos antecedentes estimulan sobradamente las inquietudes del autor y le mueven a estudiar la placenta como órgano activo y filtrante, en el capítulo sexto, completado con los séptimo y octavo, en los que la estudia como órgano de depósito y escretor. A continuación estudia la histometría placentaria y describe la placenta normal, con aportaciones personales, para pasar, a continuación, a la cuarta parte de su trabajo, sobre la patología placentaria, con cuatro capítulos del mayor interés, en los que deja constancia de la contribución de la brillante escuela de la Segunda Cátedra de Ginecología de Madrid.

Resumiendo: Se trata de una publicación interesante en la patología obstétrica, que abre amplios horizontes a la in-

quietud de los tocólogos y que constituye, según palabras del profesor Botella, «la culminación de una serie de investigaciones realizadas en nuestra clínica sobre el problemas de la filtración placentaria».

El libro está presentado con el mayor esmero, como es tradicional en la Editorial Científico-Médica.—M. VICENTE CARCELLER.

LECCIONES DE PSICOLOGÍA MÉDICA, *por* J. J. LÓPEZ IBOR. *Volumen I. Un volumen (17'5 por 24'5 cm.) de 399 páginas; en rústica. Precio: 200 pesetas. Cuarta edición. Ediciones Paz Montalvo. Antonio Maura, 13. Madrid, 1963.*

LAS treinta lecciones de que consta este primer volumen de Psicología Médica, proceden de los apuntes tomados en la cátedra del profesor López Ibor, en la Facultad de Medicina de Madrid, la mayor parte dictadas por él mismo, y otras por sus colaboradores, doctores López de Lerma y Póveda. En sus páginas se nos ofrecen numerosos temas, unos de pura Psicología (los veinticuatro primeros) y otros de Patología psicosomática (los seis últimos), muy bien entroncados éstos con el contenido de los anteriores, y que sirven de valiosa introducción al encuentro del estudiante con el hombre enfermo, ya que en ellos se atiende a las implicaciones psíquicas en la enfermedad somática y viceversa.

Con una prosa jugosa y un tono auténticamente magistral, expone López Ibor temas fundamentales de la Psicología, poniendo especial énfasis en las que podríamos llamar capas profundas de la personalidad. A nuestro modo de ver, son los mejor logrados aquellos capítulos que dedica a la vida instintiva y a la afectividad, matizados ambos con numerosas aportaciones e ideas personales. Quedan pendientes, seguramente para el tomo segundo, cuya próxima aparición esperamos y deseamos, cuestiones referentes al temperamento, al carácter, a la voluntad. a la personalidad, a los factores sociales, etcétera, que harán de es'a obra un instrumento didáctico utilísimo, no sólo para el estudiante que se inicia en el estudio psicosomático del hombre, sino también para todo médico que aspire a una comprensión moderna del sentido de la enfermedad y de los complejos mecanismos por los cuales quedan afectadas por ella todas las capas del ser humano. — REY ARDID.

EL NARCOANÁLISIS ANTE LA MORAL (Uso y abuso de las drogas policíacas), *por* G. MARTÍNEZ DÍEZ, S. I. *Un volumen (20 por 14 cm.) de 198 páginas; rústica. Precio: 50 pesetas. Ediciones Fax, Zurbano, 80, Madrid. 1963.*

ESTE libro lleva el número 29 de la interesante «Colección de Psicología y Medicina Pastoral», y está dedicado a estudiar los modernos métodos de exploración del inconsciente por medio de ciertas drogas, a la luz de la moral cristiana.

Tras un resumen bibliográfico acerca del tema, desde el doble punto de vista médico y jurídico-moral, hace el autor una exposición, también compendiada, de las técnicas del llamado narcoanálisis, que ha sido bautizado por el vulgo con el nombre, un tanto truculento, de «sueño de la verdad». Establece luego una distinción bien neta entre el narcoanálisis terapéutico. perfectamente lícito y muy útil cuando es empleado por manos expertas y su adopción se basa en causas justas. y el narcoanálisis médico-legal, cuya práctica es siempre dudosa desde el punto de vista moral, e incierta si la consideramos científicamente, ya que no siempre lo que revela el sujeto en el estado crepuscular provocado por el fármaco responde exactamente a la realidad, sino que muchas veces está falseado por elementos provenientes de la fantasía o incluso de una actividad onírica Y, naturalmente, cuando se trata de arrancar confesiones a un acusado o declaraciones a un testigo, el método está totalmente en pugna con el respeto debido a la libertad humana y a su integridad psico-física, por lo que está prohibido por la moral e incluso por la legislación de la mayor parte de los países civilizados Tan sólo se prestan a discusión los casos en que el reo o el testigo consientan plenamente en ser sometidos al narcoanálisis, aunque también entonces hay que contar con las limitadas garantías del método para lograr el fin propuesto, que es el esclarecimiento de la verdad.

En resumen, un libro oportuno, documentado y útil para cualquier clase de lectores.—REY ARDID.

AUTORES EXTRANJEROS

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU SYSTÈME LYMPHOÏDE, *por el doctor* A. FOLICARD. *Un vol. (16'5 por 24'5 cm.) de 194 páginas, con 37 figuras; rústica. Precio: 38 francos. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París, VI. 1963.*

EL considerable desarrollo alcanzado en estos últimos años por la patología de la sangre y las técnicas hematológicas, por un lado, y por la inmunología y sus numerosos descubrimientos, por otro, ha hecho cada vez más necesario para patólogos y biólogos un conocimiento más a fondo de los órganos linfoides.

En tiempos pasados, estas «glándulas cerradas» quedaban relegadas a esos capítulos oscuros que existen en los tratados de Fisiología o Patología. Hoy sabemos que en los elementos constitutivos del sistema linfoideo residen potencialidades que los convierten en verdaderos centros de diversos metabolismos. La base de los procesos generales de la nutrición, de la inmunidad, de la alergia, de las reacciones inflamatorias, de la constitución, etcétera, se hallan en los elementos linfoides.

A pesar de la considerable cantidad de trabajos que se le han dedicado en estos últimos tiempos, y no obstante la importancia de los hechos adquiridos, el capítulo de la fisiopatología consagrado al estudio del sistema linfoide encierra aún muchos puntos oscuros o casi desconocidos. Muchas de las nociones clásicas han sido modificadas, cuando no completamente transformadas, y han nacido otras, aisladas por técnicas nuevas.

Al estudio de estas cuestiones, a la vez fundamentales y difíciles, porque todavía son mudables, está dedicada esta obra, que es más un libro de biología patológica que de histología morfológica. Señala lo que se sabe y lo que todavía se ignora, resaltando las relaciones que ligan todos los problemas del tejido linfático con los mecanismos fundamentales de la fisiología y de la patología general.

El plan de la obra es reflejo de esta tendencia. Una primera parte está dedicada a los elementos que cosstituyen el *complejo celular linfoideo*; la segunda indica cómo estos elementos se agrupan en *territorios linfoideos*: ganglios, timo y diversos nódulos. A las funciones esenciales de estos elementos queda destinada la tercera parte, la de la *Biología del sistema linfoideo*. La cuarta parte, especialmente patológica, da un cuadro de las *reacciones de este sistema*, especialmente a los estímulos inmunológicos y a los diversos tipos de agresiones.

La parte gráfica (unas ochenta figuras) está realizada a base de microfotografías, tomadas con microscopio electrónico, y de esquemas muy demostrativos. Una selecta bibliografía de los trabajos más recientes, y un buen índice analítico, completan el libro, que seguramente encontrará favorable acogida.—RICARDO HORNO LIRIA.

LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO, *por el doctor* IAN AIRD. *Un vol. (14'5 por 22 cm.) de 192 páginas; encuadernación en tela. Editorial Científico Médica. Vía Layetana, 53. Barcelona, 1963.*

EL profesor Aird, escocés de nacimiento, fallecido en circunstancias trágicas el año pasado en sus habitaciones del hospital de Hammersmmith, a los 57 años de edad, fue hombre de espíritu inquieto y mente privilegiada, una de las más brillantes de la cirugía británica en los últimos tiempos.

Su cargo de profesor de la Universidad de Londres, le hizo estar en contacto con las jóvenes promociones médicas, apasionándole los problemas relacionados, sobre todo, con la formación del cirujano.

En esta obra por él publicada y que ahora comentamos, hace un estudio completísimo de la preparación que requiere esta difícil profesión, de las cualidades que le son necesarias; conocimiento de idiomas, estudios matemáticos, físicos, químicos, biológicos y zoológicos; como preparación a su educación universitaria previa, que debe ser muy meticulosa en cuanto a los conocimientos de anatomía, fisiología y patología.

Estudia las distintas fases de la preparación quirúrgica a partir del internado, pasando por los grados de «Registrar» y «Senior Registrar» para llegar a la categoría máxima de «Consultor».

Insiste en la necesidad de ser miembro de sociedades quirúrgicas y acudir a congresos especializados nacionales y extranjeros.

Pasa revista a la cirugía general y a las distintas especialidades quirúrgicas: neurocirugía, cirugía ortopédica torácica, plástica, rectal, infantil, oncológica, cardíaca, vascular, etc.

Finamente, nos habla de la preparación quirúrgica en diversas naciones: Australia, Canadá, Sudáfrica, India, Estados Uni-

dos, Francia, Italia, Alemania, Rusia, Polonia, Japón, etc.

La obra resulta sumamente interesante y se lee sin fatiga. Está prologada por Arthur Porrit, y traducida por el doctor don Jacinto de Miguel, profesor adjunto de Patología Quirúrgica de la Facultad de Valladolid.

Por último, en un epílogo, el doctor don César Fernández Ruiz, se ocupa de la formación del cirujano en nuestra patria, señalando con acusada perspicacia y con finalidad constructiva errores y defectos que pueden ser subsanados, atacando más que nada la despersonalización de los servicios, la prisa en llegar de las nuevas generaciones médicas y la excesiva burocratización de la cirugía, que conduce a su proletarización.

El libro está magníficamente editado por la Editorial Científico Médica.—FARO.

TRATAMIENTOS SOMÁTICOS EN PSIQUIATRÍA, *por* LOTHAR B. KALINOWSKY *y* PAÚL H. HOCH, *en colaboración con* B. GRANT. *Versión española del inglés por* R. VIDAL TEIXIDOR. *Prólogo de* J. J. LÓPEZ IBOR. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 468 páginas, encuadernado en tela. Editorial Científico-Médica, Vía Layetana, 53, Barcelona. 1963.*

HACE diez años, los autores de este libro publicaron otro, bajo el título «Tratamientos por choque, psicocirugía y otros tratamientos, en psiquiatría», que ha servido de base al que ahora comentamos, el cual aparece notablemente ampliado y modificado respecto al anterior.

Se trata, sin duda, de una obra fundamental, quizá la más importante en cuanto a terapéutica psiquiátrica se refiere, si exceptuamos el libro monumental de Karl Schneider («Verhütung und Behandlung der Geisteskrankheiten»), que, aunque ya anticuado en algunos aspectos, presenta la ventaja de ocuparse en todas las facetas de tratamiento y profilaxis de las enfermedades mentales, no solamente las puramente somáticas, sino también la laborioterapia, la psicoterapia e incluso la eugenesia.

Todo está puesto al día en el libro de Kalinowsky y Hoch, profesores neoyorquinos que han puesto a contribución su enorme experiencia y su gran preparación científica. Tras su primer capítulo histórico, sigue otro, muy extenso y documentado, sobre las antiguas y modernas drogas psicoactivas. El capítulo tercero está dedicado a las terapias convulsivantes, y en él se describen exhaustivamente las técnicas clásicas de Meduna, Carletti y Bini, así como la más moderna de la inhalación de indoklón (éter exafluorodietil), propuesta por Krantz en 1957 y ensayada con cierto éxito en algunas clínicas de Alemania y Norteamérica.

En el capítulo cuarto se estudia con todo detalle el tratamiento por coma insulínico. La psicocirugía es el objeto tratado en el quinto capítulo, refiriéndose el sexto o otros medios terapéuticos menos usados, que merecen una especial mención, tales como la cura de sueño prolongado, el narcoanálisis, la acetilcolina intravenosa, la inhalación de ciertos gases (dióxido de carbono, nitrógeno, éter sulfúrico, tricloroetileno), la histamina, la atropina a dosis elevadas, las hormonas, la piretoterapia, la hipotermia, el «fotochoque», la neumoencefalografía, etcétera.

Tras un séptimo y último capítulo, en el que se esbozan algunas consideraciones teóricas, sigue una bibliografía con más de mil quinientas citas, y un índice alfabético.

En resumen, una obra magnífica, que reclama imperiosamente su puesto en la biblioteca de todo psiquíatra y aun de todo médico interesado en conocer los grandes progresos realizados en el tratamiento de las enfermedades mentales. — REY ARDID.

20 JAHRE SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN. *Un volumen (16 por 24 cm.) de 191 páginas. Schwabe. Co. Verlag. Basilea, 1963.*

EN este volumen, editado para conmemorar el vigésimo aniversario de la Academia de Medicina suiza, se recogen las biografías de sus presidentes y los acontecimientos más notables que en sus sesiones se han desarrollado durante el período de 1943 a 1963, así como las comunicaciones presentadas y actos celebrados en la misma durante esos años, juntamente con la relación de sus miembros desde su fundación hasta la fecha.

Esta Corporación, que desarrolla una notable labor científica en su país, cuenta con un magnífico edificio propio donado a la institución por los descendientes de Jeremías Wildl-Soein, y construído en 1763, y edita una excelente revista, muy difundida entre los científicos de todo el mundo, entre los que difunde la labor de Suiza en el campo de la Medicina. — RICARDO HORNO LIRIA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

SETOAIN, J., y DOMÉNECH, F. (Barcelona). — «RENOGRAMA CON HIPPURAN I 131.» «*Medicina Clínica*», *t. XL, núm. 6, págs. 409-416, julio 1963. Barcelona.*

LA exploración del funcionalismo renal con isó opos radiactivos, nos ofrece las siguientes ventajas:

1.° Es un método atraumático y extraordinariamente cómodo para el enfermo.

2.° Es un método rápido para obtener una buena información del estado funcional renal.

3.° Es un método muy sensible para analizar y comparar el funcionalismo entre ambos riñones.

4.° Presenta la ventaja sobre la urografía de que nos informa del flujo arterial renal.

5.° Es totalmente innocuo. La dosis recibida en vejiga es de 0'02 rads. Desde el punto de vista de irradiación, es menor que la que recibe el enfermo al ser sometido a una exploración radiográfica.

6.° La dosis de sustancia de contraste yodada, es de 40 ó 50 veces menor que la utilizada para realizar una urografía. Hasta la fecha no se ha descrito ningún caso de sensibilidad al yodo.

7.° Es indispensable para el estudio del posible origen vasculorrenal de una hipertensión y mucho menos molesta que el test de Howard o el de Rappaport. — AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

GALINDO, L.; AREÁN, V. M., y RODRÍGUEZ, F. (Puerto Rico).—«GASTRITIS HIPERTRÓFICA GIGANTE» «*Medicina Clínica*», *t. XL, núm. 6, págs. 398-409, junio 1963. Barcelona.*

SE informa sobre tres casos de gastritis hipertrófica gigante (sínlromes de Menetrier), uno de los que, después de una evolución muy prolongada de la enfermedad, desarrolló carcinoma difuso del estómago con diseminación metastásica generalizada. Se discuten los aspectos clínicos, radiológicos, anatomopatológicos y terapéuticos de la afección, así como el diagnóstico diferencial de la misma con otros procesos con la que puede ser fácilmen e confundida (linfoma, linitis plástica, poliposis, etc.). Asimismo, se hace un estudio comparativo entre las lesiones anatomopatológicas, los hallazgos clínicos y el comportamiento biológico entre la gastritis hipertrófica y la colitis ulcerosa idiopática, sugiriéndose que ambos procesos tengan una base pa'ogénica común. AUTORRESUMEN.

CIRUGÍA

ALMENAR, L. (Valencia). — «FRACTURAS DE COLLES INESTABLES» «*Medicina Española*», *t. L, núm. 293, págs. 83-88, agosto 1963. Valencia.*

EN marzo de 1962 publica Max Scheck, de San Francisco (California), un nuevo método de estabilización de las fracturas de Colles. Se trata de un método simple, que no necesita de aparatos ni técnicas complicadas y con unos resultados francamente satisfactorios en los casos empleados por nosotros.

Las indicaciones del método son, naturalmente, las fracturas de Colles inestables *d'emble* (conminutas, de varios fragmentos, marginales anteriores con subluxación anterior de la mano, etc.) o aquellas que al parecer estables e inmovilizadas clásicamente se comprueba en los controles dislocación secundaria.

La técnica es la siguiente: introducción de un alambre de Kichsner a través de la base de los tres o cuatro últimos metas por su base o tercio proximal. Otro alambre se introduce perpendicular al primero en tercio proximal de cúbito.

En la técnica original se obtiene la tracción por un aparato de Roger Anderson. Nosotros hemos utilizado un estribo en el alambre distal con el que obtenemos la reducción por tracción en el mismo y una contracción con cincha en brazo. Una vez comprobada la reducción radiográficamente (ésta debe ser en hipercorrección), se coloca una escayola incluyendo ambos alambres. La hipercorrección, que se manifiesta por un aumento del espacio interfragmentario y por

una distracción en las articulaciones carpianas, cede con el grado de incurvación que toman los alambres dentro de la escayola. Esta no hace falta, ya que incluya el codo ni el primer meta.

A las cuatro semanas se retira escayola y agujas, colocando otra simple durante tres semanas más.

La técnica propuesta por Max Scheck es sencilla y sin complicaciones, pudiendo ser realizada sin aparatos especiales.

Es el único método que permite, sin duda alguna, la contención de ciertos tipos de fracturas de Colles hasta su consolidación.

En los casos tratados por nosotros, los resultados anatómicos y funcionales han sido perfectos.

Creemos, pues, que es técnica que debe ser incorporada a la práctica corriente en el tratamiento de las fracturas de Colles inestables.—AUTORRESUMEN.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

FERNÁNDEZ - RUIZ, C. (Palencia). — «CUESTIONES CLÍNICAS EN TORNO A LA ENDOMETRIOSIS (SOBRE UNA EXPERIENCIA DE SETENTA Y CINCO CASOS OPERADOS).» *«Anales Médico-Quirúrgicos de la Cruz Roja Española». Madrid, 1963.*

TRAS un breve recordatorio de la contribución bibliográfica española sobre este interesante asunto de la endometriosis, que en orden cronológico, parece ser, los casos aislados aportados en 1927 por Orcoyen, son los primeros publicados y los más cientes que publica el autor con un total de setenta y cinco operados (siete de ellos publicados en 1935 y treinta y seis en 1950), pasa revista a los conceptos de nomenclatura, recordando que fue con el nombre de «adenomiosis» como se le conocía a fines del pasado siglo, hasta el actual de «endometriosis». diciendo que no es tumor. ni inflamación, aunque tiene con ellos ciertos puntos de contacto en su proyección anatomoclínica.

Dedica su atención a su etiología, patogenia, localizaciones genitales y extragenitales, histogénesis, clínica, frecuencia, diagnóstico y tratamiento, que desde el punto de vista práctico lo divide en tratamiento médico, entendiendo por tal lo que se llama «castración hormonal», con lo que se intenta frenar el crecimiento de la heterotopia y atenuar la sintomatología; a este fin se usan los andrógenos no virilizantes (técnica de Monlongelet, de 1941, utilizando dosis de 200 a 500 mg.) o altas dosis de progesterona o gestágenos y esteroides (concretamente, con Emavid). Los estrógenos —dice— han dado resultados muy dispares, y piensa, con Holmes, que hay que revisar el juicio sobre este tratamiento mientras no se aclare suficientemente el papel cancerogenético de los estrógenos.

La fisioterapia a dosis de röntgencastración sólo debe considerarse en las proximidades de la menopausia, no en mujeres jóvenes, y, sobre todo, como complemento quirúrgico.

Afirma que el único tratamiento correcto es la cirugía, que nos permite asegurar el diagnóstico, limitar y proporcionar la acción quirúrgica en cada caso y resolver el problema de las ginecopatías asociadas.

En términos generales, la tendencia actual es decididamente conservadora en jóvenes razonablemente y con finalidad curativa, advirtiendo que al extremar este criterio hay que pensar en la posibilidad de nuevas intervenciones.—M. VICENTE.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

NÚÑEZ, A., y MARTÍNEZ, A. (Sevilla).— «TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS FARÍNGEAS Y FARINGOSTOMAS ACCIDENTALES.» *«Hispalis Médica», t. XX, número 232, págs. 561-569, octubre 1963. Sevilla.*

LAS fístulas faringoesofágicas son complicaciones que pueden presentarse en las intervenciones laríngeas y faringolaríngeas, principalmente en las laringectomías totales y faringolaringectomías a consecuencia de procesos tumorales.

Estas intervenciones necesitan un gran despegamiento de la piel de cuello con trazado de dos grandes colgajos, y aunque la piel de esta región está muy vascularizada, a veces, intervienen factores secundarios que hacen que se produzcan necrosis o deshicencias de sutura con la aparición de fístulas faringoesofágicas. Cuando la comunicación de la faringe con el exterior es pequeña y a través de un trayecto más o menos largo, se denominan fístulas faríngeas, y cuando la comunicación comprende cara anterior de faringe y esófago en más o menos longitud, con continuidad de la mucosa de estos órganos con la piel, se denominan faringostomas.

A continuación, dan a conocer los factores que favorecen la aparición de estas complicaciones. Describen las diferentes técnicas existentes para la corrección de estos defectos. De su estadística personal conjunta de once casos, presentan tres historias clínicas en donde han utilizado técnicas diferentes, deteniéndose en la segunda de ellas para dar a conocer los detalles más importantes de la intervención, que son fundamentales para los buenos resultados de la misma. — AUTORRESUMEN.

APARATO RESPIRATORIO

HERNÁNDEZ DÍAZ, A. (Sevilla). — EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER INCIPIENTE DE PULMÓN. *«Hispalis Médica», t. XX, número 251, págs. 495-506, septiembre 1963. Sevira.*

PRINCIPALMENTE, lo que a todos nos interesa es el precoz diagnóstico de las formas incipientes y, una vez más, concluyo diciendo que las neoplasias pulmonares en sus fases iniciales, ni tienen manifestaciones clínicas, ni dan resultados positivos a casi ninguna de las técnicas exploratorias, y de aquí que la conducta que indicaba al principio es el hacer perder al paciente el tiempo mínimo necesario para exploraciones de rutina y, en algunos casos, un período prudente de tratamiento médico intenso y de observación radiológica seriada con repetición de las exploraciones; ello hará que lleguemos a formarnos una conclusión en cada caso, decidiendo la intervención para evitar el lamentable espectáculo de las neoplasias avanzadas que hoy vemos, que han dejado pasar largo tiempo por falta de un criterio recto y de una decisión y en la única fase en que de verdad se pudo operar al enfermo sin el desastre que significa hacerlo ya tardíamente.—AUTORRESUMEN.

UROLOGÍA

FERNÁNDEZ - LÓPEZ, L. (Madrid). — «EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS URETERALES.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», t. XVII, núm. 5, págs. 456-471, septiembre-octubre 1963. Madrid.*

EL autor hace un estudio sobre sesenta y tres casos de manipulación endoscópica. Insiste en la necesidad de sondaje previo. Asegura la conveniencia de tacto rectal o vaginal en situaciones en que el instrumento tiene difícil entrada por orificio ureteral. Describe un sencillo aspirador plástico. Conviene la utilidad de este método en procesos dismetabólicos.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

PLATER, E., y otros.—«TRASTORNOS HEREDITARIOS DEL METABOLISMO DE LA FENILALANINA, TIROSINA Y TRIPTÓFANO.» *«La Semana Médica», núm. 40, págs. 1.679-1.686, 13 de noviembre de 1962. Buenos Aires.*

HACEN notar cómo el aumento del número y el mejor conocimiento clínico y patogénico de las enfermedades por errores del metabolismo, han hecho que pasen ya al dominio del clínico general y del pediatra, dependiendo de su estudio en muchas circunstancias prevenir lesiones irreparables.

En los errores del metabolismo de la Fenilalanina estudian la oligofrenia fenilpirúvica y la alcaptonuria.

En los de la Tirosina el albinismo total y el parcial, el cretinismo bociógeno familiar no endémico y la tirosinosis.

En los del Triptófano la enfermedad de Hartnup o exantema pelagroide hereditario con ataxia cerebelosa transitoria, la anemia hipoplástica congénita o eritrogénesis imperfecta, llamada también anemia de Blackfan-Diamont, y el autismo.

Describen la patogenia, el cuadro clínico y el tratamiento de estas diversas afecciones.—J. RIVERA.

CANCEROLOGÍA

TUMORES MALIGNOS. — *«Annales chirurgiae et gynaecologiae fenniae», volumen 52, suplemento 123. 1963. Helsinki (Finlandia).*

COMPRENDE este número monográfico el estudio de una serie de 3.169 enfermos de tumores malignos, tratados en el decenio 1947-1956 en un hospital de Helsinki que recibía sus pacientes de toda Finlandia.

La población de esta nación en 31 de diciembre de 1953 era de 4.215.000 habitantes. La incidencia de cáncer fue de 198 por cien mil habitantes, y la tasa de mortalidad de 144 por el mismo número de habitantes en 1954.

La población de Finlandia está muy esparcida y las comunicaciones escasas en

muchas regiones, lo que hace que muchos pacientes fueran tardíamente diagnosticador por acudir tarde a consultar.

El total de casos de cáncer estaba repartido de la siguiente manera: Piel, 60; tiroides, 60; mediastino, 104; cardias, 185; intestino delgado, 9; recto, 145; páncreas, 99; vejiga orina, 109; testículo, 10; mama, 431; labio, 19; pulmón, 657; esófago, 353; estómago, 939; colon, 117; glándulas salivares, 31; riñón, 79; próstata, 67; pene, 19; hueso, 106.

Se hace un estudio analítico de los resultados mostrando en cuadros la edad, sexo, síntomas principales, estudios histológico, duración de los síntomas antes de iniciar el tratamiento, método de tratamiento y sus resultados.

Se expone después la discusión comparando los resultados obtenidos con los de otras series de casos publicados en años recientes.—J. RIVERA.

APARATO CIRCULATORIO

LEAK, I., y JULIÁN, I. G.—«IPRONIACIDA, NIALAMIDA Y MEPROBAMATO EN LA ANGINA DE PECHO.» (*Iproniazid, Nialamide, and Meprabamate in Angina Pectoris.*) «*Brit. Med. Journ.*», *pág. 1.543. 1962.*

ESTUDIAN los autores veintiocho pacientes de insuficiencia coronaria, determinando el número de crisis de angina de pecho en períodos de seis semanas, unas tomando 50 mg. diarios de iproniacida, otras con 100 mg. de nialamida, otras con 400 mg. de meprobamato, y otras tomando un placebo, no encontraron diferencias fundamentales entre los grupos indicados. Tampoco hubo efectos desagradables. El número de mejorías llamativas, en los cuatro grupos fue aproximadamente el mismo.—CIVEIRA.

GINECOLOGÍA

PEREA, J. J.—«TRATAMIENTO DE LAS ANEXITIS CON INFILTRACIÓN DE LOS PARAMETRIOS.» «*La Semana Médica*», *t. 119, núm. 46, págs. 1.939-1.940, 4 de diciembre de 1962. Buenos Aires.*

POR el hecho de constituir esta afección un serio problema en muchas ocasiones, el autor ha utilizado en su tratamiento la infiltración local de parametrios con solución de novocaína o xilocaína y antibióticos o corticosteroides, según los casos.

Describe la técnica utilizada por él y seguidamente expone su experiencia y resultados obtenidos.

En los casos antiguos y con velocidad de sedimentación no muy acelerada, utiliza los corticosteroides, empleando, en cambio, los antibióticos en los casos subagudos y con velocidad de sedimentación alta.

No ha encontrado intolerancia en ningún caso. Obtiene mejorías prolongadas y definitivas, siendo raras las recidivas, en las que puede repetirse el tratamiento sin ningún inconveniente.—J. RIVERA.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

ZUNGRI, E. E., y otros. — «TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DEPRESIÓN CLIMATÉRICA CON IMIPRAMINA.» «*La Semana Médica*», *t. 120, núm. 10, págs. 343-344, 1 de marzo de 1962. Buenos Aires.*

DESCRIBEN el fármaco, sus propiedades y efectos. Seguidamente, los síntomas climatéricos que tratan de combatir.

Trata cincuenta enfermas con una sintomatología variada: actitud melancólica, sensación de tristeza, angustia, llanto, pesimismo, ideas de culpabilidad, obsesivas, suicidas, insomnio, falta de interés.

La dosis media empleada fue de 50 mg. durante ocho semanas. Obtienen la curación en treinta y cinco (70 por ciento), franca mejoría en ocho (16 por ciento), insignificante mejoría en cuatro (8 por ciento) y resultado nulo en tres (6 por ciento).—J. RIVERA.

RABISNTEIN, S., y esposa (Córdoba, Argentina).—«ACCIÓN DE LA VITAMINA B_1-B_{12} *a altas dosis en la neuralgia postherpes zoster.*» «*La Semana Médica*», *t. 121, núm. 4, págs. 158-161, julio de 1962. Buenos Aires.*

HACEN primero un resumen de la afección, sus relaciones con la varicela, frecuencia, zonas de aparición, síntomas y características del dolor.

Seguidamente hacen una revisión de los tratamientos empleados y su acción, ocupándose especialmente de las vitaminas B_1 y B_{12}.

Utilizan estas vitaminas en un preparado que lleva mil gammas de la segunda y cien miligramos de la primera y un derivado pirazolónico (la sal sódica del ácido fenazón metilamino-metilensulfónico).

Lo emplean en siete casos de seis meses a dos años de evolución, y edades entre treinta y uno y setenta y dos años. Empiezan con tres ampollas diarias, pasando a dos al atenuarse los síntomas.

En seis casos el resultado fue satisfactorio, en el otro se mantuvo la neuralgia. La tolerancia fue completa.—J. RIVERA.

APARATO RESPIRATORIO

STUPENENGO, R. E.—«NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO.» «*La Semana Médica*», *t. 119, NÚM. 28, págs. 1.143-1.148, 2 de octubre de 1961. Buenos Aires.*

SE trata de una afección relativamente frecuente, pero cuyo diagnóstico pasa a veces inadvertido.

Expone los diferentes tipos y, desde el punto de vista clínico, lo clasifica en dos grupos:

1.° Neumotórax en sujetos aparentemente sanos. 2.° Neumotórax en sujetos que padecen un proceso pulmonar, generalmente tuberculoso.

El tratamiento debe de estar dirigido a calmar el dolor, la disnea, extraer el aire, atender al colapso cardiovascular, a calmar la tos.

Conseguido este fin urgente, hay que determinar la etiopatogenia para actuar en consecuencia.

Se refiere después al tratamiento médico de las complicaciones y a las circunstancias en que es necesario recurrir al tratamiento quirúrgico.—J. RIVERA.

PEDIATRÍA

NEGUYEN-THE-MINH.—«LA REACCIÓN DE SELLECK-FRADE EN LAS AFECCIONES HEPÁTICAS.» «*La Presse Médicale*», *núm. 31, marzo 1962, París, y «Revista Cubana de Pediatría», vol. 34, núm. 5, págs. 47-48, septiembre-octubre de 1962. La Habana (Cuba).*

SE trata de un nuevo test extremadamente simple y sencillo, que sirve para llegar a un diagnóstico cierto de ciertas afecciones hepáticas.

Su sencilla técnica consiste en preparar una solución madre de acetato de cobre diluyendo 200 mg. del producto químicamente puro en 500 cm. de agua bidestilada.

La solución test se compone de 2'5 cm. de solución madre de 97'5 cm. de agua bidestilada. Puestas en el refrigerador estas dos soluciones permanecen estables y se conservan indefinidamente manteniendo su sensibilidad intacta.

Para *hacer la reacción* basta verter en un tubo de ensayo rigurosamente limpio 6 c. c. de la solución test.

Se le agrega 0'1 cm. de suero fresco del enfermo, se agita ligeramente y se lee el resultado al cabo de *cinco minutos.*

La reacción es *negativa* si la mezcla queda transparente o muestra una opalescencia sin floculación, no pasando de cuatro unidades standard Kinsburg utilizadas en la reacción de MacLagan.

La reacción es *positiva* cuando a la opalescencia se agrega una floculación apreciable a simple vista y sin necesidad de fotocolorímetro o espectrofotómetro.

Cuando es *fuertemente positiva*, la mezcla se hace instantánea y la floculación al minuto.

Neguyen-The-Minh encuentra que esta reacción es comparable al MacLagan, a las reacciones de Gros y a la de Hanger, pero más sensible, pudiendo ser positiva cuando las otras son todavía negativas. Así lo demuestran en doscientos sesenta y seis enfermos.

En ocho casos de *hepatitis viral*, la reacción ha sido siempre positiva desde el comienzo de la afección, y se hizo negativa una semana después de la ictericia.

En catorce casos de ictericia litiásica sólo fue positiva en dos.

En seis casos de ictericia neoplásica fue cinco veces negativa y una vez ligeramente positiva.

El que no se preste a error la reacción, se debe a que este test permite apreciar la estabilidad del suero, porque las reacciones de precipitación obtenidas con las sales metálicas bivalentes dependen, en su precipitación, de la estabilidad del suero. Y la estabilidad del suero depende, a su vez, de la proporción de seroalbúminas y globulinas.

La positividad depende de la *hiperglobulinemia*, del descenso de serinas-globulinas y de la hipoalbuminemia.—A. MALLÓU.

MORALES DE CONCEPCION, J. C. — «ANOMALÍAS DEL TRACTUS GENITO-URINARIO ASOCIADAS A HIPOSPADIAS.» «*Rev. Cubana de Pediatría*», *vol. 34, núm. 5, páginas 33-37.*

EL autor, pensando que las anomalías congénitas no suelen venir solas. estudia el tractus urinario de todo niño cuyos genitales externos no sean normales, radiológicamente.

El hipospadias es una de las anomalías más frecuentes. De cincuenta casos estudiados, quince (el 30 por ciento) presentaron anomalías del tracto urinario. Asimismo, quince (el otro 30 por ciento) presentaban alguna anomalía ósea, independiente de las anteriores, constituídas principalmente por defecto de unión de los arcos vertebrales.

Se presentan once magníficas radiografías de urografías descendentes en las que se demuestra la necesidad del estudio radiológico de todos los niños con defectos en sus genitales.—A. MALLÓU.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963
ACADEMIAS Y SOCIEDADES

SOCIEDAD GINECOLÓGICA DE TENERIFE

SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO 1963-64

La Sociedad Ginecológica de Tenerife dio comienzo a sus tareas inaugurales del curso 1963-64 con una solemne sesión de apertura, con la presencia en su cátedra del profesor doctor César Fernández Ruiz, en la actualidad presidente de honor de la Regional de Castilla, y relevante figura de la Ginecología española. Ante una nutrida concurrencia de profesionales médicos, fue hecha la presentación del ilustre conferenciante por el presidente de la Sociedad, doctor De la Peña Regidor, quien pronunció las siguientes palabras:

«Excelentísimos señores, ilustrísimos señores, señoras y señores: Me honra sumamente la circunstancia de recaer sobre mí, como presidente de la Ginecológica de Tenerife, en el instante solemne en que celebramos la inauguración oficial del curso 1963-64, el grato deber de expresar mi saludo a las primeras autoridades hoy aquí presentes, siempre delicadamente dispuestas a la llamada para compartir la iniciación de las tareas de trabajo en nuestro curso.

Es deber nuestro, y de manera muy especial, hacer expresión de la bienvenida más cordial, en nombre de todos sus colegas de la región canaria, al ilustre profesor doctor César Fernández Ruiz, quien se ha trasladado ex profeso para dar más realce y notoria brillantez a estas jornadas de la Ginecológica de Tenerife. Me permitiréis, pues, consagre unas palabras de oficial presentación al profesor Fernández Ruiz, ya que no necesito la formularia lectura de su jugoso, rico y experimentado «curriculum vitae», porque ya lo conocéis todos, jóvenes y maduros, dedicados a esta disciplina, por la lectura asidua de sus frecuentes escritos en la prensa médica, así como por sus libros, desde "El camino del ginecólogo", en 1956, y su relevante monografía sobre "El embarazo extrauterino". Por todo ello, y en lo que a mí se pueda referir, una amistad nacida allá por el año 1933, en Madrid, en años nuestros de mocedad y aprendizaje, en las sesiones de la Ginecológica, en la calle de Espartero, vínculos interrumpidos en los tiempos de nuestra guerra, y vueltos a continuar en las Jornadas Médico Quirúrgicas de Castellón, en 1939, y ya en Madrid, después de la liberación. Años más tarde, aunque desperdigados en la física lejanía, el uno en Valladolid y el otro en Canarias, volvimos a establecer contactos muy directos, cuando le escribí para solicitar su ayuda y consejos para la fundación, en este archipiélago, de nuestra Sociedad Ginecológica, aportación que nos fue muy útil, al enviarnos el Reglamento de la Ginecológica de Castilla, de la que era entonces presidente, y en la actualidad Presidente de Honor.



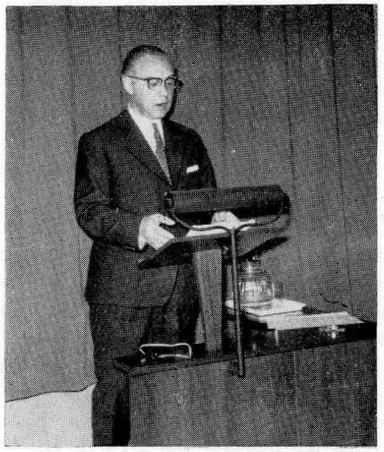
En el centro, Dr. D. Francisco Trujillo Castro, presidente de honor de la Ginecológica de Canarias; a izquierda y derecha, Dr. D. Pablo de la Peña Regidor, presidente de la Ginecológica (Sección de Tenerife) y el Excmo. e Ilmo. Sr. Dr. D. Victoriano Darias Montesinos, jefe de Sanidad Militar de Canarias.

Este hombre, valioso ejemplar humano, consagrado a la clínica y a la actividad médico social, así como su personalidad científica, los tenemos ante ustedes, benemérito trabajador a quien el Gobierno de la Nación ha premiado hace muy poco, condecorándole por el propio Director General de Sanidad, profesor García Orcoyen, con la Encomienda de la Orden del Mérito Civil, en una de las sesiones científicas de la Ginecológica de Castilla, en la sede universitaria de Valladolid.

Es, por lo tanto, que me felicito sea el amigo, y hoy el presidente de la Ginecológica de Tenerife, quien le dé la bienvenida en nombre de todos los ginecólogos de Canarias, y expresarle las gracias más sinceras por la ayuda que prestó a la

creación de esta Sociedad en los primeros meses de su gestación. Por todos los motivos que hemos relatado, es por lo que siempre estuvo en mi mente que un día nos visitase, esperanza que hoy me siento satisfecho de cumplirla en gozosa realidad al verle ocupar esta tribuna.

Tened presente, doctor César Fernández-Ruiz, que esta Sociedad nunca olvidará la fecha de hoy, y mucho menos la aceptación de nuestra petición, que de una forma enormemente desinteresada ofreció a esta Ginecológica de Canarias, agradecimiento que perdurará en los corazones de los ginecólogos de estas islas, que han de ser, de seguro, para usted, como una reencontrada Castilla de ultramar, cuyo españolismo tan reciamente han demostrado a todo lo largo y lo ancho de su intensa historia».



El conferenciante, Dr. D. César Fernández Ruiz, durante su conferencia en la Ginecológica de Tenerife.

A continuación, el doctor Fernández-Ruiz ocupó la tribuna, y disertó sobre el tema «Ventosa y sus aplicaciones», haciendo un amplio estudio de las ortodoxas aplicaciones de este instrumento de la práctica obstétrica, de la cual ha sido, como todos sabemos, pionero en España de su introducción. Al final, ilustró la conferencia con una película en colores, realizada bajo su dirección en su servicio obstétrico-ginecológico.

Al siguiente día, e igualmente en los salones de la Ginecológica, el doctor Fernández-Ruiz explicó su última lección de estas jornadas inaugurales, sobre «Tuberculosis genital y terapéutica». Se extendió en amplias consideraciones sobre el tema propuesto, y recordó al profesor Nubiola, de Barcelona, y otros autores nacionales que se han destacado en el estudio de esta enfermedad, responsable, en la consulta del ginecólogo, de muchos procesos patológicos, y muy especialmente, como causa de esterilidad femenina, problema que al enfrentarse con su investigación ha llevado al conocimiento de la tuberculosis genital, que antes pasaba desapercibida por su forma asintomática de expresarse.

El día 7 de noviembre, e invitado por la Real Academia de Medicina del Distrito de Tenerife, el profesor doctor César Fernández-Ruiz dio una interesante conferencia sobre el tema «Medicina y Arte». Ante una nutrida concurrencia, y estando en la presidencia el doctor don Cecilio Fernández, que ocupa accidentalmente la vacante producida por el fallecimiento de su presidente, el prestigioso doctor D. Angel Vinuesa Alvarez, y como secretario general, el de dicha Corporación, doctor D. Diego M. Guigou Costa; el profesor Fernández-Ruiz hizo un amplísimo recorrido a través de las diversas muestras que en la pintura, escultura y grabado se ofrecen de la representación plástica del hombre enfermo, estableciendo las evidentes conexiones de la obra artística, en muchos aspectos de su significación, con la vida propia de la Medicina. La conferencia fue ilustrada con un copiosísimo documental de obras de autores egregios en la vida del arte, tales como Durero, Rembrandt, Velázquez, Goya, Rubens, Van Gogh, Leonardo de Vinci, Miguel Angel, etcétera.

Durante su estancia en Tenerife, el doctor César Fernández-Ruiz fue agasajado por la Ginecológica de Tenerife con una excursión al interior de la isla, visitando los interesantes rincones de Las Cañadas del Teide, y el complejo turístico del Puerto de la Cruz, convertido con su abigarrado y pintoresco colorido, y el importante dispositivo hotelero de reciente construcción, alineados en la ribera marítima, con una bella nota funcional, en el rincón de máxima atracción turística de Tenerife, todo ello compaginado con la eterna primavera de nuestro clima, lo que permitió al doctor César Fernández-Ruiz manifestarse en cálidos elogios de las bellezas de nuestra isla y augurando grandes éxitos en el porvenir turístico de Tenerife. El doctor César Fernández-Ruiz continuó viaje a Las Palmas de Gran Canaria, invitado por doctor Mejías, presidente de la Ginecológica Regional de Canarias, para pronunciar también allí algunas conferencias.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963
SECCIÓN VARIA

MEDICINA E HISTORIA

EL SABER UROLÓGICO EN LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL SIGLO XVII

POR EL

DR. LUIS S. GRANJEL

CATEDRÁTICO DE HISTORIA DE LA MEDICIDA EN LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

I

Con el presente trabajo pretendo sólo ofrecer la información bibliográfica que será preciso manejar para rehacer un capítulo de la historia de la Urología española, hasta ahora no abordado por quienes han rememorado esta parcela de nuestro pasado médico [1]. El estudio y tratamiento de los afectos urogenitales, durante el *Seiscientos*, no constituyó, desde luego, especialidad, y de ellos se habla, por tanto, igual en textos médicos generales como en tratados quirúrgicos; por su amplitud y rigor estas referencias a la patología urogenital son muy inferiores a las que consignaron, en sus obras, varios médicos y cirujanos españoles renacentistas; estos textos continuaron siendo lectura habitual para los profesionales del siglo XVII, como lo confirma la reedición que de bastantes de ellos se hicieron en el transcurso de esta centuria, así el fundamental texto urológico de FRANCISCO DÍAZ, su *Tratado... de todas las enfermedades de los Riñones, Vexiga, y Carnosidades de la verga, y Vrina*, se reimprime, en Madrid, en 1627 y 1643 [2].

En la formación de los cirujanos del *Seiscientos* influyó asimismo la versión que PEDRO GONZÁLEZ DE GODOY hizo del *Crisol de la Cirugía*, de FABRIZIO D'ACQUAPENDENTE (Valencia, 1676); en este libro se describen diversos afectos urogenitales, la operación de la talla, el tratamiento de las «carnosidades de la verga», la gonorrea y la curación de las verrugas llamadas «higos». Mayor importancia ha de concederse a la versión del clásico texto de GUIDO DE CHAULIAC, realizada por FERNANDO INFANTE DE AURIOLES, publicada, en Madrid, en 1658 [3]; en el texto reactualizado por INFANTE DE AURIOLES, la exposición de la patología urogenital es amplia y sistemática; se inicia con una información anatómica [4] y a ella sigue

[1] Tal ocurre, por ejemplo, en el estudio de Antonio Moya Prats: «Boceto biobibliográfico para una historia de la Urología española» (*Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*, VII, 83-94. Madrid, 1936), y en el «Bosquejo histórico de la Urología en España anterior al siglo XIX» (Madrid, 1945), de Pedro Cifuentes Díaz.

[2] Sobre la obra de Francisco Díaz, cf. Francisco Sánchez Capelot: «La obra quirúrgica de Francisco Díaz», *Estudios de Historia de la Medicina*», II: 185-221; Salamanca, 1959.

[3] La obra de Chauliac había sido ya impresa en Zaragoza en 1624.

[4] (14). Lib. Primero, Caps. XII-XIV, págs. 49-54.

el estudio de la llamada «hernia aquosa», el hidrocele [5]; la litiasis vesical [6], donde se hacen concretas referencias a su «cura manual» y al «arte de orinar con los instrumentos»; los apostemas y úlceras de la «verga» [7]; otros procesos también examinados, si bien de modo sumario, en la obra que menciono, son las perturbaciones en el ejercicio de la función genital por maleficio, el priapismo y el hermafroditismo, la práctica de la circuncisión y el modo de castrar [8]; al tratar de las heridas penetrantes de vientre se hace referencia a las que lesionan el riñón y la vejiga [9]. En los capítulos de la obra de CHAULIAC nombrados, es habitual la referencia a las doctrinas de ABULCASIS.

II

La patología urogenital aparece tratada, según queda indicado, en los textos generales de Medicina del *Seiscientos* y también en las obras consagradas al estudio de las afecciones propias de la edad infantil. Tal ocurre, citándolas por orden cronológico, en las obras de PEDRO GARCÍA CARRERO (1605) y CRISTÓBAL PÉREZ DE HERRERA (1614), de modo sumario en la de JUAN CARLOS AMAT (1623) y con rigor y detalle en el tratado «De morbis acvtis totius corporis humani», de PEDRO MIGUEL DE HEREDIA (1665); la exposición de FRANCISCO HENRÍQUEZ DE VILLACORTA, el maestro de Alcalá, repite la realizada, apenas iniciado el siglo, por GARCÍA CARRERO; capítulos urológicos se incluyen igualmente en los tratados de CIPRIANO MAROJA (1643), JUAN DE LA TORRE y VALCARCEL (1668), FÉLIX JULIÁN RODRÍGUEZ Y DE GILBAU (1677) y JUAN DE VIDÓS Y MIRÓ (1691); concretos problemas de la parte del saber médico que nos ocupa fueron asimismo abordados por GASPAR CALDERA DE HEREDIA, BRAVO DE SOBREMONTE y VICENTE MOLES.

El primer afecto urológico descrito por los escritores mencionados, el que analizan con mayor pormenor, es el relativo a la litiasis renal y vesical, es decir, los cuadros clínicos ocasionados por engendrarse «piedras» en los riñones. Amplio es el relato que de tal proceso hace PEDRO GARCÍA CARRERO [10]; analiza su génesis, describe los síntomas a que da lugar y hace especial mención de los que considera patognomónicos, tanto de la litiasis renal como de la vesical; la intención de la obra de GARCÍA CARRERO hace que este autor, e igual ocurre en la de HENRÍQUEZ DE VILLACORTA, eluda toda mención al tratamiento de los procesos que describe. Más sumarias, menos eruditas también, son las referencias que de la litiasis hacen en sus obras CRISTÓBAL PÉREZ DE HERRERA [11] y JUAN CARLOS AMAT [12]; la descripción de este afecto hecha por CIPRIANO MAROJA, algo detenida, incluye consideraciones sobre su tratamiento médico [13]; la exposición de HENRÍQUEZ DE VILLACORTA [14], queda indicado, es en todo semejante a la de GARCÍA CARRERO. Pormenorizada es la descripción de la litiasis, renal y vesical, que incluye el tratado

[5] (14). Lib. Segvndo. Doctrina Segvnda, Cap. XVII, págs. 251.52.

[6] (14). Lib. Sexto, Doctrina segvnda, Cap. VII, págs. 522-30.

[7] (14). Lib. Segvndo, Doctrina segvnda, Cap. XVIII, pág. 253, y Lib. Qvarto, Doctrina segvnda, Cap. VII, págs. 412-13, respectivamente.

[8] (14). Lib. Sexto. Doctrina segvnda, Cap. VII, págs. 530-32.

[9] (14). Lib. Tercero. Doctrina segvnda, Cap. VI. págs. 365-68.

[10] (9). Disputatio LXII, págs. 976-1.008.

[11] (21). Lib. Tertivs, Cap. LI, fols. 207 r.-08 v.

[12] (1). «De morborum essentijs, causis, & signis», págs. 52-3.

[13] (18). Lib. V, Cap. IX, págs. 384-88, y Cap. X, págs. 388-89.

[14] (11). Disputatio LXIII, págs. 554-58.

médico de PEDRO MIGUEL DE HEREDIA [15]; de menor interés son las referencias que de tal afecto hacen FÉLIX JULIÁN RODRÍGUEZ Y DE GILBAU [16], TORRE Y VALCARCEL [17] y JUAN DE VIDÓS Y MIRÓ [18]. GASPAR CALDERA DE HEREDIA analiza la litiasis, tanto renal como vesical, en varios lugares de su obra, al examinar concretos casos clínicos por él tratados [19]. Merecedoras de mención especial son las alusiones que a la litiasis hace BRAVO DE SOBREMONTE en su relato de la última enfermedad de Felipe IV [20].

La patología renal, hecha exclusión de la litiasis, es abordada por PEDRO MIGUEL DE HEREDIA [21]; CIPRIANO MAROJA estudia las úlceras renales y vesicales [22], y de éstas hablan también CALDERA DE HEREDIA [23] y VICENTE MOLES [24]. Las alteraciones en la micción, la extranguria, la disuria y la iscuria, así como la hematuria, considerando tales perturbaciones como entidades clínicas, son analizadas en los textos de GARCÍA CARRERO [25], CRISTÓBAL PÉREZ DE HERRERA [26] y JUAN CARLOS AMAT [27]; CIPRIANO MAROJA enriquece su relato con referencias a su personal experiencia [28]; una de las historias clínicas de BRAVO DE SOBREMONTE [29] tiene por tema el examen de un caso de disuria; HENRÍQUEZ DE VILLACORTA [30] sigue el relato de las perturbaciones de la micción realizado por GARCÍA CARRERO; amplio es el estudio que de ellas hace PEDRO MIGUEL DE HEREDIA [31], y menos pormenorizados los de RODRÍGUEZ y de GILBAU [32] y TORRE Y VALCÁRCEL [33].

Entre los procesos propiamente genitales, el priapismo es descrito por PEDRO GARCÍA CARRERO [34], CIPRIANO MAROJA [35] y HENRÍQUEZ DE VILLACORTA [36]. MAROJA estudia asimismo la inflamación testicular [37]y el hidrocele (la «hernia aquosa») [38]. La gonorrea, término con el cual los autores del *Seiscientos*, siguiendo la tradición, designan a la espermatorrea [39], es proceso del que hablan MAROJA [40], HENRÍQUEZ DE VILLACORTA [41], VICENTE MOLES [42] y JUAN DE VIDÓS [43]. Sobre impotencia y eunucoidismo, son de mención obligada las amplias disertaciones de GASPAR BRAVO DE SOBREMONTE [44]; una referencia al eunucoidismo figura en la obra de VICENTE MOLES [45]. En el amplio estudio de TORRE Y VALCÁRCEL sobre el «mal de las Bubas», se describen, con algún pormenor, las lesiones genitales motivadas por el morbo gálico [46].

Los autores de textos pediátricos del siglo XVII, GERÓNIMO SORIANO, FRANCISCO PÉREZ CASCALES y JUAN GALLEGO BENÍTEZ DE LA SERNA [47], estudian en sus obras la litiasis propia de la edad infantil [48]; SORIANO describe las escoriaciones y «sahorno» motivados por acrimonia de la orina [49], y PÉREZ CASCALES [50] la iscuria, afecto este que analiza con cierto detalle.

III

Con muy pocas excepciones, todos los textos quirúrgicos españoles del siglo XVII incluyen descripciones, casi siempre sucintas, de ciertos procesos urogenitales, mostrando siempre sus autores en tales relatos preferente interés por el problema de su tratamiento, tanto medicamentoso como manual o quirúrgico. En la primera mitad de la centuria, la más importante contribución al saber urológico hecha por los cirujanos, es la de PEDRO LÓPEZ DE LEÓN, cuya obra, editada en Sevilla en 1628, fue cinco veces reimpresa antes de finalizar el siglo; sumaria es, por el contrario, la referencia a la patología urogenital hecha por ALONSO ROMANO DE CÓRDOVA (1624). Durante la segunda mitad del *Seiscientos* escribieron sobre urología MARTÍN ARREDONDO (1674) y JUAN BAUTISTA RAMÍREZ DE ARELLANO Y ALMANSA (1680), JUAN CASTILLO (1683), DIEGO ANTONIO DE ROBLEDO (1687), MANUEL DE PORRAS y ANTONIO DE VIANA; de las descripciones realizadas por los autores últimamente nombrados, destacan, por su amplitud, las de JUAN CASTILLO y ARREDONDO. El uso de «fuentes» en el tratamiento del «mal de orina» y para la curación de las úlceras renales y vesicales lo recomienda MATÍAS DE LERA.

Los cirujanos españoles del siglo XVII, y en los compendios anatómicos que incluyen en sus textos quirúrgicos, hacen referencia a la composición morfológica del aparato urogenital; algunos, tal ocurre en las obras de ANDRÉS DE LEÓN [51]

---

15 (13). Lib. Primus, Disputatio VII, Caps. IX-XVII, págs. 99-132.
16 (26). Lib. Tertivs, Cap. XXVII, págs. 499-507.
17 (29). Lib. Quarto, Tratado VII, Question XIII, págs. 253-54.
18 (31). Tratado Tercero, Cap. IV, págs. 182-90.
19 (6 bis). Pars Prima; Lib. Tertius, págs. 223-25; *Tribvnalis Melici illvstrationes et observationes practicae*; Lim. Primus, págs. 192-200; Lib. Secvndvs, págs. 253-54, 273-75; Lib. III, pág. 323.
20 (4). Consultatio II, págs. 170-76.
21 (12). Sect. IX, págs. 185-95.
22 (18). Lib. V, Cap. VII, págs. 381-82.
23 (6 bis). *Tribvnalis Medici illvstrationes et observationes practicae*; Lib. Secvndvs, págs. 253-54; Lib. III, págs. 334-35.
24 (19). Cap. XI, págs. 41-3.
25 (9). Disputatio LXIIII, págs. 1.019-31.
26 (21). Lib. Tertivs, Cap. L, fols. 206 v.-07 r.; Cap. LII, fols. 209 r.-09 v.; Cap. LIII, fol. 209 v.
27 (1). «De morborum essentijs, causis, & signis», págs. 51-3.
28 (18). Lib. V, Cap. VIII, págs. 382-84, y Cap. XI, págs. 389-98.
29 (3). Pars Sexta. Consultatio XIII, págs. 728-31.
30 (11). Disputatio LXV, págs. 559-60.
31 (12). Sectio X, págs. 195-200.
32 (26). Lib. Tertivs, Caps. XXI-XXVI, págs. 468-99.
33 (29). Lib. Quarto. Tratado VII, Question XII, págs. 252-53.
34 (9). Disputatio LXV, Cap. II, págs. 1.036-40.
35 (18). Lib. VI, Cap. IV, págs. 403-04.
36 (11). Disputatio LXVI, Cap. II, págs. 650-61.
37 (18). Lib. VI, Cap. I, págs. 399-400.
38 (18). Lib. VI, Cap. II, pág. 400.
39 Recuérdese la definición que de la «gonorrea» de Bernardo de Gordonio en su *Lilio de Medicina*: «Gomorrea es alançar la esperma sin voluntad».
40 (18). Lib. VI, Cap. III, págs. 401-03.
41 (11). Disputatio LXVI, Cap. VII, pág. 562.
42 (19). Cap. LXVII, págs. 345-47.
43 (31). Tratado tercero, Cap. VII, págs. 198-202.
44 (3). Pars. Sexta. Consultatio I, págs. 639-75 y Consultatio VIII, págs. 701-06. Sobre mutación sexual y hermafroditismo trata el autor que nombro en (5), págs. 246-50, y (6), págs. 197-200.
45 (19). Cap. LX, págs. 313-17.
46 (29). «Libro útil y provechoso... de la origen, causas, señales, y cura del mal de las Bubas», págs. 332-76. Este tratado, que figura incluído en la edición de 1715 de la obra de Torre y Valcarcel, editado muerto ya su autor, en realidad no fue escrito por él; se trata de una reimpresión de la obra de Pedro de Torres (*Libro de la enfermedad de las bubas*), publicada en Madrid en 1600 (cf. L. S Granjel: «El tema de la sífilis en la literatura médica española del siglo XVII», en preparación).
47 Sobre estos autores, cf. Antonio Estrada Medina: «Tres tratados pediátricos españoles del siglo XVII»; *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*; II, 2: 189-208; Salamanca, 1963.
48 (28). Cap. XXXIV, págs. 260-66; (20), Caps. XLII-XLIII, fols. 65 v.-72 r.; (8), Tractatvs III, Cap. XXI, págs. 294-97.
49 (28). Cap. XXIX, págs. 232-35.
50 (20). Caps. XXXVII-XLI, fols. 54 v.-65 r.
51 (15). Lib. 1.°, Caps. XX y XXXVI-XXXVII, fols. 32 v.-36 v. y 63 r.-64 r., respectivamente.

y FRAY MATÍAS DE QUINTANILLA [52], limitan a esta alusión su interés profesional por el tema que nos ocupa. Sucintas son las descripciones anatómicas hechas por MARTÍN ARREDONDO [53], DIEGO ANTONIO DE ROBLEDO [54], ANTONIO DE VIANA [55] y MANUEL DE PORRAS [56]; la exposición morfológica que figura en el texto quirúrgico de JUAN CASTILLO es más amplia [57]. De los médicos, el único que incorpora a su obra una noticia sobre la anatomía urogenital es JUAN DE LA TORRE y VALCÁRCEL [58].

En lo que atañe a la patología urológica, el primer tema clínico abordado por los cirujanos españoles del *Seiscientos*, no descrito en los textos médicos de la centuria, es el de las heridas penetrantes de abdomen que lesionan el riñón o la vejiga; sobre ello se encuentran referencias, siempre sumarias, en las obras de LÓPEZ DE LEÓN [59] y ROMANO DE CÓRDOVA [60], en las de ARREDONDO [61] y RAMÍREZ DE ARELLANO [62], DIEGO ANTONIO DE ROBLEDO [63], PORRAS [64] y ANTONIO DE VIANA [65]; algo más pormenorizada es la que hace JUAN CASTILLO [66].

Los textos quirúrgicos del siglo XVII, con la excepción de la obra de MARTÍN ARREDONDO [67], no hacen alusión alguna a la litiasis, afecto éste, queda expuesto, motivo de primordial preocupación para los médicos de la centuria.

Las lesiones de la vejiga y los trastornos en la micción son examinados por JUAN CASTILLO [68], quien describe la úlcera vesical; las perturbaciones en la emisión de orina son expuestas por PEDRO LÓPEZ DE LEÓN [69] y MARTÍN ARREDONDO [70]. La llamada «hernia aquosa», el hidrocele, lo estudian LÓPEZ DE LEÓN [71], ALONSO ROMANO DE CÓRDOVA [72] y ANTONIO DE VIANA [73]. De los apostemas que asientan en la «verga» o lesionan el escroto y los testículos sólo se halla mención en el texto de LÓPEZ DE LEÓN [74].

El capítulo de la patología urológica más minuciosamente tratado por los cirujanos del siglo XVII, y del que nada dicen los textos médicos, es el relativo a las

52 (23). Tratado de Anotomia, págs. 81-4 y 111.
53 (2). Tratado de Anotomia, págs. 7-8.
54 (25). Tratado 2.°. págs. 35-6.
55 (30). Tratado de Anotomia, pág. 28.
56 (22). Tratado de Anothomia, págs. 38-9 y 42-3. Manuel de Porras editó, en 1716, su *Anatomía Galénico-Moderna*, obra en la cual la escueta información morfológica incorporada a su tratado quirúrgico figura ampliamente desarrollada.
57 (7). Lib. Primus. Sectio tertia, págs. 64-76.
58 (29). Lib. 2.°. Tratado III, Questiones XIV-XV, págs. 119-20, y Tratado IV, Question I, págs. 120-21.
59 (17). Segvnda Parte. Lib. Qvarto, Cap. I, pág. 251.
60 (27). Pregvntas con svs respvestas, págs. 150 y 186.
61 (2). Págs. 21 y 245.
62 (24). Pág. 183. Cierto interés posee el relato que Ramírez de Arellano hace de una lesión vesical por arma de fuego sufrida, en duelo, por el licenciado Melchor Triviño; el suceso acaeció en Ciudad Real, en 1653 (Tratado de Observaciones Cirvrgicas, Observación XI, págs. 162-67).
63 (25). Tratado sexto, Cap. V, págs. 185-88.
64 (22). Tratado de heridas de vientre; pág. 137.
65 (30). Tratado de las llagas; pág. 97.
66 (7). Lib. Secvndvs, Pars tertia, Sectio tertia, Cap. XIII, págs. 223-24.
67 (2). Definiciones qvirvrgicas; págs. 95-6.
68 (7). Lib. tertivs, Pars tertia, Sec. octava; págs. 328-31.
69 (17). Lib. séptimo; Cap. VII, págs. 358-59.
70 (2). Definiciones qvirvrgicas; pág. 95.
71 (17). Lib. tercero; Cap. XVIII; pág. 101.
72 (27). Tratado de tumores particulares; págs. 48-9.
73 (30). Capítulo de las hernias; págs. 133-35.
74 (17). Lib. tercero; Caps. XVI-XVII; págs. 97-101.

úlceras y «carnosidades» de la uretra, sobre el cual, es sabido, hicieron una fundamental contribución los tratadistas españoles de la centuria precedente, en especial FRANCISCO DÍAZ. PEDRO LÓPEZ DE LEÓN describe las úlceras genitales [75] y las «carnosidades del caño de la vrina» [76], para cuyo tratamiento sigue propugnando, de acuerdo con el magisterio de los cirujanos renacentistas, el uso de las «candelillas»; el estudio clínico de las «carnosidades» de la uretra y su curación son también objeto de detenido estudio en la obra de MARTÍN ARREDONDO [77], quien asimismo enumera diversos remedios para el tratamiento de otras lesiones del aparato genital consecutivas, casi siempre, como las «carnosidades», a procesos venéreos [78]. El tema que nos ocupa lo describe también RAMÍREZ DE ARELLANO [79], JUAN CASTILLO [80] y DIEGO ANTONIO DE ROBLEDO [81].

La espermatorrea, último afecto urológico expuesto por los cirujanos del *Seiscientos*, es descrita por LÓPEZ DE LEÓN [82] y MARTÍN ARREDONDO [83], quien asimismo hace referencia a otro proceso, definido como «relaxación del balano, o miembro viril» [84], considerado por él, siguiendo la autoridad de FRANCISCO DÍAZ, consecuencia de una previa «destemplanza» renal o hepática.

Lo expuesto en el presente trabajo permite concluir afirmando que de los afectos urológicos, y siguiendo la orientación impuesta por los autores renacentistas, los médicos del siglo XVII se interesaron, de preferencia, por el problema de la litiasis y las perturbaciones en el proceso de la micción, mientras los cirujanos mostraron especial interés por la descripción clínica y el tratamiento de las llamadas «carnosidades» uretrales; los restantes capítulos de la patología urogenital se encuentran mencionados, con dispar minucia desde luego, tanto en textos médicos como quirúrgicos, hecha excepción de las lesiones renales y de la vejiga ocasionadas por heridas penetrantes en abdomen. Cuanto los autores del siglo XVII, médicos y cirujanos, exponen en sus obras sobre los afectos propios del aparato urogenital, nada nuevo añade a lo ya descrito, con mayor rigor y amplitud, en las obras publicadas en la precedente centuria, las cuales, según se ha indicado, continuaron siendo leídas en el transcurso del *Seiscientos*.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMAT, J. C.—«Frvctvs Medicinae ex varijs Galenj Locis decerpti». Valentiae, M.DC. XCIII (Primera edición. 1623).
2. ARREDONDO, M.—«Verdadero examen de Cirvgia recopilado de diversos avtores». Madrid, 1674.
3. BRAVO DE SOBREMONTE, G.—«Resolvtionvm, & Consultationum Medicarvm. Vltima editio...». Lvgdvni, M.DC.LXXI.
4. BRAVO DE SOBREMONTE, G. — «Opervm Medicinalivm. Tomvs Secvndvs...». Lvgdvni, M.DC.LXXIV.
5. BRAVO DE SOBREMONTE, G. — «Operv Medicinalivm. Tomvs Tertivs...». Lvgdvni, M.DC.LXXIV.

75 (17). Lib. qvinto; Cap. XXV, págs. 283-84.
76 (17). Lib. sexto; Cap. XI, págs. 307-09.
77 (2). Definiciones qvirvrgicas; págs. 102-07.
78 (2). Experiencias para las llagas de la vía y berrugas; págs. 306-07.
79 (24). Tratado de las vlceras; Cap. XV, págs. 88-92.
80 (7). Lib. tertivs, Pars. tertia, Sec. decimatertia. págs. 342-43.
81 (22). Tratado octavo, Cap. XI, págs. 243-45.
82 (17). Segvnda parte, Lib. sexto, Cap. X, págs. 305-07.
83 (2). Consvlta novena, págs. 252-56.
84 (2). Definiciones qvirvrgicas, pág. 115.

6. BRAVO DE SOBREMONTE, G. — «Operum Medicinalium. Tomus Quartus...». Lugduni, M.DC.LXXIV.
6 (bis). CALDERA DE HEREDIA, G.—«Tribvnal Medicvm, Magicvm, et politicum. Pars Prima». Lugduni Batavorum (1658); Ibi.: «Tribunalis Medici Illvs rationes et observationes practicae...». Antverpiae; Anno M.DC.LXIII.
7. CASTILLO, J. DE.—«Tractatvs quo continentvr svmme necessaria tàm de Anatome, quàm de Vulneribus, & Vlceribus, tàm in genere, quàm in particulari...». Matriti, M.DC.LXXXIII.
8. GALLEGO BENÍTEZ DE LA SERNA, J.—«Opera Physica, Medica, Ethica, quinque Tractatibus comprehensa...». Lvgdvni, M.DC.XXXIV.
9. GARCÍA CARRERO, P.—«Dispvtationes Medicae svper Libros Galeni de Locis Affectis. & de alijs Morbis ab eo ibi relictis». Compluti, 1605.
10. GONZÁLEZ DE GODOY, P.—«Crisol de la Cirugía. Escrito en latín y traducido en castellano...». Valencia, M.DC.LXXVI.
11. HENRÍQUEZ DE VILLACORTA, F.—«Lavreae Doctoralis Medìcae Complvtensis. Tomus Tertius...». Lvgdvni, M.DC.LXXX.
12. HEREDIA, P. M. DE. — «Operum Medicinalium. Tomus tertius...». Lvgdvni, M.DC. LXXXVIII (primera edición, 1665).
13. HEREDIA, P. M. DE. — «Operum Medicinalium. Tomus Quartus...». Lvgdvni, M.DC. LXXXIX.
14. INFANTE DE AURIOLES, F.—«La Magna, y Canonica Cirvgia de Gvido de Cavliaco, principe della...». Madrid, M.DC.LVIII.
15. LEÓN, A. DE.—«Tratados de Medicina, Cirvgia y Anatomia». Valladolid, 1605.
16. LERA GIL DE MURO, M. DE.—«Práctica de Fventes...». Madrid, 1657.
17. LÓPEZ DE LEÓN, P.—«Pratica y Teorica de los Aposemas en general, y particular. Qvestiones, y practicas de Cirvgia...». Calatayud, 1683 (primera edición, 1628).
18. MAROJA, C. DE.—«Opera Omnia Medica». («De internorum morborum natura, & curatione»). Lugduni, 1688 (primera edición, 1643).
19. MOLES, V.—«De Morbis in Sacris Literis Pathologia». Madrid, 1642.
20. PÉREZ CASCALES, F.—«Liber de affectionibvs pverorvm...». Matriti, 1611.
21. PÉREZ DE HERRERA, C.—«Compendivm totivs Medicinae ad tyrones, eis magna distinctione, & claritate modum discendi & prouectoribus reminiscendi insinuans, in tres libros diuisum...». Matriti, 1614.
22. PORRAS, M. DE.—«Medvla de Cirugia, y examen de cirvjanos». Madrid, s. f. (1691).
23. QUINTANILLA, FRAY MATÍAS DE.—«Breve Compendio de Cirvgia». Valencia, 1683.
24. RAMÍREZ DE ARELLANO Y ALMANSA, J. B.—«Cirugia, Ciencia y Methodo racional...». Madrid, 1680.
25. ROBLEDO, D. A. DE.—«Compendio Cirurgico, vtil, y provechoso a sus profesores...».
26. RODRÍGUEZ Y DE GILBAU, F. J.—«Praxis Medica Valentina, in gratiam tyronvm scripta; in tres libros digesta...». Valentiae, 1681 (primera edición, 1677).
27. ROMANO DE CÓRDOVA, A.—«Recopilación de toda la Teórica, y Práctica de Cirugía...». Madrid, 1638 (primera edición, 1624).
28. SORIANO, G.—«Methodo, y orden de cvrar las enfermedades de los niños». Madrid, 1929 (primera edición, 1600).
29. TORRE Y VALCARCEL, J. DE LA.—«Espejo de la Philosophia, y compendio de toda la Medicina...». Pamplona, 1715 (primera edición, 1668).
30. VIANA, A. DE.—«Espejo de Cirugía...». Valencia, 1705 (primera edición, Sevilla, s. f.).
31. VIDÓS Y MIRÓ, J. DE.—«Medicina, y Cirvgia Racional, y Espagirica...». Sevilla, 1722 (primera edición, 1691).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 453 - TOMO LXXVI
DICIEMBRE 1963
SECCIÓN VARIA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
U. N. E. S. C. O.

EL MÉDICO DE CABECERA

En opinión del Comité de Expertos de la O. M. S. en Enseñanza Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, que se reunió en Ginebra en diciembre de 1962, el punto inicial de contacto entre el público y la profesión médica debe ser el *médico de cabecera*. Pero además de salir de las escuelas de casi todos los países un número insuficiente de médicos, existe entre los graduados una tendencia creciente a especializarse, y esta división de la ciencia médica en compartimientos hace que con frecuencia se vea al paciente como una reunión de diferentes problemas para los especialistas y no como un todo.

Consideró el Comité que una de las mayores justificaciones de la especialización es que las técnicas y los conocimientos médicos se han hecho demasiado detallados y complejos para que los pueda enseñar o conocer un solo médico. Los jóvenes graduados en medicina, al pensar en la práctica general independiente, se sienten cada vez más inseguros desde el punto de vista científico, pues saben que necesitan de toda la gama de instalaciones y consultas proporcionadas por el medio hospitalario. Este argumento, sin embargo, no es completamente favorable a la especialización, pues, si bien el médico de familia puede rezagarse en sus conocimientos sobre los avances científicos de la medicina, cabe citar en su favor la característica compensadora de que adquiere más habilidad y conocimientos en la resolución de los menos aparentes, pero igualmente importantes, problemas psicológicos, sociales y económicos de sus pacientes y de sus familias, y más capacidad para movilizar los recursos apropiados de la comunidad. A esto puede añadirse que los especialistas sólo son expertos en su propio terreno y que saben tan poco de las especialidades ajenas como pueda saber el médico familiar. Podría eliminarse la sensación de que el médico de familia pierde el contacto con sus colegas y con las instalaciones profesionales, dándole acceso a los laboratorios, a los hospitales y los consultorios.

ATRIBUCIONES DE LA MEDICINA FAMILIAR

La finalidad de la medicina familiar, en opinión del Comité de Expertos, debe ser la provisión de asistencia médica completa e integrada a los pacientes de una colectividad. Puede considerarse también la medicina familiar como el vehículo gracias al cual los conocimientos, la destreza y las técnicas desarrolladas en el hospital pueden aplicarse a los problemas del diagnóstico y del tratamiento de

la enfermedad, a la profilaxis y al fomento de la salud de la población. Por consiguiente, a medida que avanza la ciencia médica, el alcance de la medicina familiar sufre constantes modificaciones. No sólo el médico de familia ha de ocuparse de situaciones y de problemas que no requieren el traslado del paciente al hospital o su ingreso en éste, sino que además el contenido de esta esfera de la práctica médica está sufriendo continuos cambios. Así, en cualquier país, mucho de lo que hace sólo algunos años se consideraba como de la competencia exclusiva del hospital ha pasado a la esfera de la práctica general, y puede considerarse justamente como de la incumbencia del actual médico de familia.

En la práctica familiar el paciente se pone en contacto directo con el médico, que se hace cargo de él y le proporciona una asistencia personal continua. El médico le cuida en el seno de su familia, lo que significa que debe conocer las circunstancias familiares y ser capaz de ajustar el diagnóstico y el tratamiento a tales circunstancias; por otra parte, el médico se hace cargo asimismo de la asistencia de la familia. Por su especial posición respecto de los pacientes y de sus familiares, los médicos de familia tienen funciones especiales en la profilaxis de la enfermedad y en el fomento de la salud. La formación del médico de cabecera debe considerarse simplemente como una preparación para que continúe su adiestramiento durante su vida profesional, pero debe contener los elementos básicos de preparación científica que le permitan asimilar todos los progresos ulteriores de la medicina y aplicarlos en el momento oportuno. Es asimismo importante la actitud del médico de familia, cuya eficacia está condicionada esencialmente por sus actitudes hacia sus enfermos y hacia los problemas que se le presentan con frecuencia al asistir a los incurables, a los difíciles, a los recalcitrantes, a los socialmente inadaptados, así como al enfrentarse con las numerosas cuestiones similares aceptar las responsabilidades, tomar decisiones e inmediatas al alcance de la mano. Una actitud adecuada permite a veces al médico trabajar en circunstancias desfavorables, por ejemplo, cuando tiene que asistir a muchos enfermos y dispone de poco tiempo, medios materiales escasos o inadecuados y auxiliares ineptos. Entre los atributos personales que convienen al médico de familia está la capacidad para asumir y aceptar las responsabilidades, tomar decisiones e imponer su autoridad cuando sea necesario dejando, sin embargo, en otras circunstancias cierta libertad a sus enfermos.

Relaciones con las instituciones médicas y de otro tipo

En algunos países el médico de familia tiene a su cargo el tratamiento completo de sus pacientes hospitalizados, si bien en la mayor parte de ellos esta función es de la competencia del personal hospitalario. En este último caso, el médico de familia debe tener el acceso más directo que sea posible al hospital, donde no debe ser considerado como un extraño o un mero visitante. El personal del hospital podrá entonces aprovechar los conocimientos del médico de familia acerca de la historia médica del enfermo y su medio ambiente, mientras que su participación personal en la fase hospitalaria del tratamiento será provechosa para el propio médico como una forma de adiestramiento en el servicio. Los conocimientos íntimos que posee el médico de cabecera de las circunstancias familiares del enfermo y de los recursos de la colectividad pueden facilitar el procedimiento para reducir el período de hospitalización y continuar sin la menor violencia el tratamiento a domicilio.

La relación directa del médico de familia con el medio hospitalario puede favorecer una mejor comprensión de los problemas de la medicina social y preventiva por parte de los colegas del hospital. Ha preocupado cada vez más en los últimos años la contribución que puede aportar el hospital a la salud de la colectividad, a cuyo efecto el médico de cabecera puede servir de valioso enlace.

Las relaciones del médico de familia con los servicios ambulatorios y de vigilancia ulterior deben ser análogas a sus relaciones con el hospital. En numerosos países una de sus funciones es certificar que un paciente o su familia tienen derecho a diversas prestaciones sociales: por ejemplo, seguro de enfermedad o de paro, subsidios familiares, primas de natalidad, seguro de entierro, etc. Por otra parte, el médico puede conseguir la ayuda de los servicios sociales cuando las circunstancias sociales o económicas de su paciente puedan obstaculizar sus probabilidades de recuperación.

Las actividades de los servicios sanitarios —en particular la asistencia prestada a las embarazadas, a los niños, a las personas incapacitadas en el plano físico o afectivo, o a otros grupos similares— invaden a menudo el campo de acción del médico de familia. Este puede asumir algunas funciones a tiempo parcial en el servicio de sanidad local, pudiendo a veces hacerse cargo directamente de todos los servicios médico-sociales de su distrito. Cualesquiera que sean las disposiciones administrativas, deberá saber bien cuáles son los diversos servicios de la colectividad que pueden ayudar a sus pacientes y a sus familias y, por consiguiente, habrá de mantener un contacto estrecho con los sanitarios del distrito, las instituciones sociales, los consejos rurales y las autoridades municipales.

Lo que se ha dicho acerca de la relación del médico de cabecera con el hospital se aplica asimismo a sus relaciones con el especialista, supuesto que la asistencia eficaz del enfermo exige a menudo la contribución de ambos. El médico de familia también debe estar al corriente de las funciones respectivas del personal auxiliar y paramédico, y saberles aleccionar para que trabajen con la mayor eficacia posible. Por último, deberá colaborar activamente con el profesorado de la comunidad, las autoridades religiosas, los jefes de los sindicatos, los dirigentes de organizaciones juveniles, los comerciantes y otras personas que, aun no siendo específicamente trabajadores sociales, con frecuencia realizan en el curso de sus actividades cotidianas ciertas funciones de esa índole.

Formación universitaria de base

A juicio del Comité, todos los futuros médicos deberían poseer el mismo tipo de formación universitaria de base. El estudiante debe percatarse de la indivisibilidad de la medicina y de su función en todo momento y situación, y tener nociones acerca de las necesidades sanitarias y de la organización de la asistencia médica en países distintos al suyo. Debe aprender lo que es la medicina de familia y sus relaciones con las otras ramas de la medicina y tener ocasión de observar a médicos en el ejercicio de la profesión y estudiar a domicilio a los pacientes. La finalidad de tal enseñanza es ampliar el horizonte educativo del estudiante de medicina, tanto si se destina a la medicina familiar como a especialidad. En la etapa preclínica, deberá seguir cursos de sociología, psicología, antropología social, genética humana, biostadística, etc., enseñanzas que pueden profesarse en el departamento de medicina y preventiva y social. Los estudios sobre el crecimiento y desarrollo, los factores mesológicos y la epidemiología deberían incorporarse a los de anatomía, fisiología, microbiología y anatomía patológica. Tal vez el medio más rápido y más eficaz de renovar la enseñanza de la medicina es orien-

tarla en mayor medida hacia la asistencia ambulatoria. Son muy recomendables los centros sanitarios para la enseñanza aplicada, anejos al hospital clínico, sobre todo si ofrecen servicios curativos y preventivos al mismo tiempo. Lo ideal sería que cada centro constara de uno o varios gabinetes de médicos de familia que funcionasen con carácter permanente para la asistencia completa a la población. El estudiante quedaría agregado a un médico de familia experto, a cuyas consultas asistiría y al que acompañaría en sus visitas a domicilio.

Las prácticas en el domicilio de los enfermos no están exentas de riesgos, y exigen, por lo mismo, una estrecha vigilancia. Puede ser para el estudiante una experiencia dolorosa el espectáculo de una familia que vive en condiciones sórdidas, completamente extrañas a su experiencia y a su propio medio. Una identificación afectiva con el conjunto de una familia o con algunos de sus miembros que sufren conflictos familiares puede tener consecuencias desagradables, tanto para el estudiante como para sus profesores. Quizá sea el mayor peligro que el estudiante abandone la carrera ante el sentimiento de desesperanza de no poder contribuir a mejorar la situación de muchos desgraciados. Es preciso poner de relieve los elementos positivos que contiene el medio familiar, estimulando incluso el menor éxito y encontrando motivos para perseverar en él. Debe también aprender el estudiante a asesorar a las familias respecto de la asistencia que pueden dispensar a sus propios enfermos.

Para el ejercicio de la medicina familiar, los servicios hospitalarios constituyen un excelente medio de formación. Gran parte del éxito depende del profesor de clínica, que debe poner de manifiesto a los estudiantes las relaciones entre el estado de los enfermos y su situación familiar respectiva. cuando el médico de cabecera de un enfermo se dirige al hospital, la consulta improvisada que puede tener lugar es a menudo muy interesante y muy instructiva para los estudiantes que la presencian.

En un sistema de este tipo es evidente que cada escuela debe aplicar sus propios métodos. Entre otros, parecen recomendables los siguientes: estudios sobre enfermedades específicas con visitas domiciliarias a enfermos o ex enfermos; visitas en las salas de hospital, en el curso de las cuales se pongan de relieve los aspectos sociales, al propio tiempo que las características médicas de cada caso; decisión, por parte lel estudiante acerca de la asistencia que debe darse al enfermo una vez salido del hospital (y en caso necesario, visitas a domicilio o al lugar de trabajo y conversaciones con el médico de cabecera); por último, como ya se ha indicado, posibilidad de que el estudiante acompañe al médico de familia en sus visitas y asista a su gabinete de consulta.

Período de prácticas o internado

No es indispensable que el período de prácticas, que ha de ser relativamente corto, se dedique especialmente a la medicina familiar; ciertas disciplinas ofrecen, sin embargo, un interés predominante para el futuro médico general, como son la medicina interna, la traumatología, la pediatría, la obstetricia y ginecología y la medicina psicológica. Son muy valiosas para la formación del médico de familia las prácticas efectuadas por rotación en numerosas especialidades, como la oftalmología, la otorrinolaringología y la dermatología. Para la elección de esas especialidades, el joven graduado deberá tener en cuenta la estructura particular de la morbilidad en el país donde se proponga ejercer la carrera.

Formación postuniversitaria

Hasta una fecha relativamente reciente, apenas se había pensado en una enseñanza postuniversitaria especial para el médico de cabecera. Ese tipo de formación puede darse en el gabinete de un médico de familia, en el hospital, en la escuela de medicina o en cualquier otro establecimiento de enseñanza médica.

El período de adiestramiento bajo la dirección de un médico, tal como se practica en el Reino Unido, ofrece la mayor parte de las ventajas y casi ninguno de los inconvenientes del antiguo sistema de adiestramiento. El joven médico perfecciona su formación por la práctica, y, en cierto modo, su verdadero instructor es el propio enfermo. Frente al gran provecho que se obtiene de esta formación práctica, está el inconveniente de que durante un período relativamente largo el joven graduado no mantiene contacto más que con un solo médico. Es indudable que, por experto y competente que pueda ser el educador, el joven graduado obtendrá un beneficio mucho mayor del contacto y de las enseñanzas de varios maestros.

Por sus servicios de hospitalización y de consulta ambulatoria, el hospital puede desempeñar una importante función en el perfeccionamiento del graduado. Ello no obstante, como se ha visto, un buen número de problemas técnicos que se plantean al médico de cabecera apenas tienen nada de común con las actividades normales del hospital moderno, y la mejor oportunidad de formación, sea universitaria, sea postuniversitaria, se encuentra en la salud pública, la medicina social, la psiquiatría, la sociología y las ciencias de la conducta, entre ellas la antropología. Así, por ejemplo, en Israel se inició recientemente un programa cuadrienal destinado al adiestramiento de los doctores en medicina para la práctica de la medicina general a tiempo completo, un año de internado en el hospital y uno de estudios a jornada completa, bajo la alta dirección del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de Jerusalén. En Zagreb (Yugoslavia), se ha puesto en práctica, hace dos años, un programa análogo durante un período de tres años, en el que se combinan la formación del graduado y los trabajos de perfeccionamiento para médicos en ejercicio.

Prosecución del adiestramiento en el servicio

Por efecto de la rápida evolución de las técnicas y de los conocimientos médicos, es indispensable el perfeccionamiento continuo del médico general; basta señalar que el 50 por ciento de los medicamentos que hoy receta el médico de cabecera no existían hace diez años. Hasta una fecha bastante próxima no se ha reconocido que el médico de familia no puede dejar de perfeccionarse mientras dura su vida profesional. Se ha dicho ya que debe permanecer en estrecho contacto con el hospital, al que incumbe la responsabilidad de contribuir a su perfeccionamiento ininterrumpido. Es muy de desear que se le invite a discutir con sus colegas del hospital los problemas de sus propios enfermos y utilizar los laboratorios y bibliotecas.

Las escuelas de medicina deberían dedicar al médico general muchos más cursos consagrados a los conocimientos, progresos y disciplinas preclínicas y paraclínicas. No hay que olvidar que en numerosos países cerca del 50 por ciento de los médicos cursaron estudios con anterioridad a la aparición de los antibióticos e incluso de las sulfamidas. Además, la mitad, cuando menos, de los medicamentos de uso corriente hace poco más de veinticinco años eran relativamente inoperantes o al menos farmacológicamente inocuos, mientras que el médico de familia moderno tiene que enfrentarse diariamente con un arsenal desconcertante de nuevos produc-

tos que están muy lejos de ser inertes. En algunos países (Dinamarca, Israel y Perú, principalmente), el médico general recibe individual o colectivamente la visita de instructores, con los que diserta acerca de problemas precisos, basándose en ejemplos tomados de los casos de que se ocupa. Esos equipos se componen, por lo común, de un consultor clínico, de un profesor de ciencias fundamentales y de un sanitario.

El contenido de los cursos de actualización de conocimientos, organizados de ordinario en un hospital, varía enormemente, así como la importancia relativa de los temas tratados. En el contrato que recibe el médico general del servicio de salud pública en el Reino Unido, se prevén cursillos de perfeccionamiento obligatorios y periódicos. En determinados países, como la República Federal de Alemania o los Estados Unidos de América, el médico está autorizado a deducir de su líquido imponible el importe de los gastos ocasionados por la asistencia a cursos para graduados. En otros países existe una forma bastante paralela de perfeccionamiento postuniversitario, consistente en cursos dados en el hospital algunas horas una vez por semana, durante un período aproximado de tres meses; esos cursos no perturban en modo alguno el trabajo ordinario del médico general. En ciertas regiones se dan igualmente cursos de perfeccionamiento por radio, televisión, discos o magnetófono.

Otro método que puede adaptarse ventajosamente a las necesidades del médico general y al que éste puede aportar la observación de sus propios enfermos, es el seminario. Existen, finalmente, las conferencias clínicas, en el curso de las cuales el médico general prosigue su perfeccionamiento analizando los problemas clínicos o sociales, con los que ha tropezado en su práctica cotidiana y a los cuales todavía no se ha encontrado solución. Esta discusión de casos es todavía más útil si en ella intervienen no sólo el médico de cabecera, sino sus colegas y auxiliares paramédicos. De vez en cuando se puede invitar a que participen en estos debates a especialistas que vengan a esclarecer un problema determinado.

* * *

Al final de la reunión que se reseña, el Comité de Expertos formuló recomendaciones que serán, sin duda, atendidas por los círculos universitarios y clínicos. Todas las Facultades o escuelas de medicina deberían procurar que sus alumnos efectúen una parte de su formación en el medio mismo en que se ejerce la medicina de familia. Al fin de elevar el nivel de ésta, todos los jóvenes médicos deberían recibir una formación postuniversitaria, concebida especialmente para las necesidades de este campo de la medicina. Se debe ayudar al médico a que se convierta en un estudiante permanente a lo largo de su vida profesional. En esta rama de la medicina, es también conveniente emprender más investigaciones. El médico de familia debería participar en la enseñanza de los estudiantes y, en todas las etapas de su formación, conviene favorecer el desarrollo de las aptitudes que han de permitirle aprovechar al máximo los servicios del personal auxiliar y paramédico.

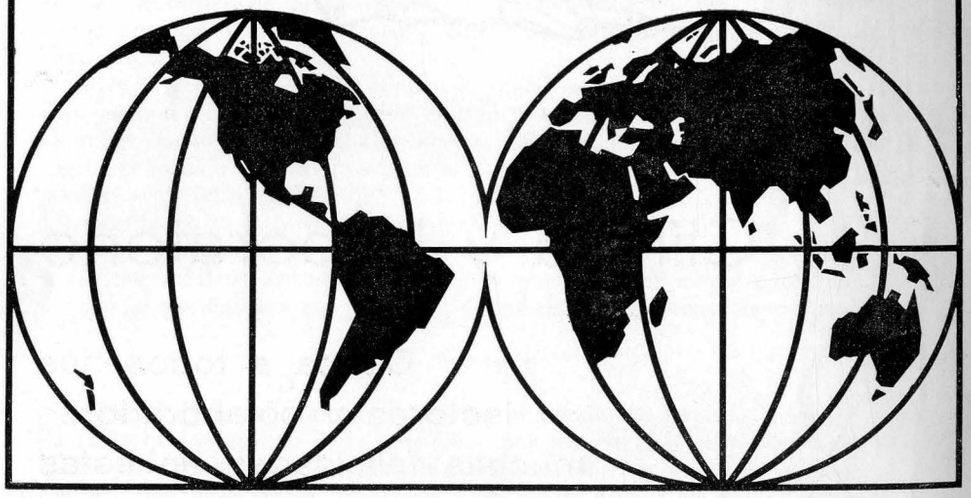
De «Yatros», núm. 495. noviembre 1963. Oviedo.



Clínica y Laboratorio

Desea a todos sus
lectores y colaboradores
muchas felicidades en estas
Pascuas de Navidad
y en el
próximo Año 1964

10 años de Serpasol



El Serpasol símbolo de la terapéutica básica de la hipertensión

Regulador y sedante para el enfermo cardiovascular

C I B A

C. S. N.º .....

INDICE (1)

DE AUTORES

	Págs.
A	
Abogaro	301
Aceves	54
Adorni	*81
Agüero (Oscar)	49
Aguiar Pupo	55
Agustí Vidal	61
Aird	449
Alemán (E.)	*218
Alemany Vall	62
Alés Reinlein	120
Aliaga Bardales	*351
Aliperta	220
Alix y Alix	396
Alix Trueba	396
Almeida (J. C.)	299
Almenar	451
Althabe	300
Ambrós Figuerola	62
Anastasio	52
Andériz López *241	*419
Andolz Feitivi	127
Apra	126
Arean	451
Aznar García (J.)	112
B	
Babolini	301
Badaracco	390
Badosa Gaspar	304
Balter	126
Balvanera	54
Barbeta Laball	62
Bassan	385
Bassas Grau	127
Béclère	56
Bedoya (C.)	50
Bedoya (J. M.ª) 207	293
Beirana	55
Benavides	124
Bendinelli	58
Bernard (J.)	380
Bèssis	380
Bordas Feliu	292
Bosch Marín *26, 51	*253
Botas García - Barbón	120
Bourde	117
Bozal Urzay	114
Bracho	49
Bracons Huguet	62
Bravo Soto	*259
Bret	387
Businello	301
C	
Cabeza Madurell	*347
Calandra	123
Cambó Viñas	215
Cameron	49
Campo Urbano (J. del)	*419
Cañizal	123
Capdevila	292
Cardia	217
Carpanelli 123	298
Carro	*13
Casiello *306	*441
Castellanos	49
Castillo de Lucas *17	*310
Castro Fariñas	52
Cassells-Smith	297
Catolano	300
Cavallo	298
Cebollada Muro	*241
Chicano Marcos	*233
Cicardo	298
Ciscas Ríus	292
Clavero Núñez (J. A.)	447
Cloaret	124
Cónill-Serra	293
Consolo	217
Conte	53
Correa Iturraspe	297
Cortejoso	45
Cortés de la Peña	54
Cots Parcerisa	127
Cottet	124
Couinaud	115
D	
Dalmases José	127
Dardenne	388
Dargeon	125
De Miguel	119
Degoy	299
Del Campo Jesús *161	374
Del Río (G.)	122
Delgado (H.)	375
Delgado Serrano	*170
Delplá	389
Dexeus	285
Dewar	297
Di Filipo	301
Domasing-González	215
Doménech	451
Durel	56
E	
Enríquez de Salamanca	396
Escáriz	57
Escudé Casals	302
Escuder Gómez	*241
Espinós-Tayá	62
Esteban (J.)	293
F	
Falero	393
Fernández (R.)	215
Fernández Fernández	213
Fernández López	453
Fernández Ruiz *129, 213	452
Ferreira (T.)	300
Figuera (E. de la)	112
Figueroa	379
Fogel	387
Font-Puigderrajols	119
Frame	385
Friedberg	377
Frost	385
Fuentes Jovellar	293
G	
Galland	54
Gallart - Esquerdo 303	*365
Gallart-Monés	304
Galnido (L.)	451
Garaguso	390
Garcés	*401
García Ortiz (E.)	397
García Torres	52
Gil Vernet (E.)	120
Gil Vernet (J. M.)	384
Giova	301
Godeau	53
Gómez Bosque	209
González	215
González Ramírez	54
Granjel 203	*458
Gran Riera 119	292
Guardiola Pla	294
Guix Melcior	294
Gutiérrez Allés	52
H	
Harter	290
Hernández Díaz	453

(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 arteriscos.

Hernández Hernández ... 121
Hess ... 375
Hidalgo Huerta ... 394
Hoch ... 450
Holot ... 57
Horno González ... 221

I

Imbriano ... *81
Ink ... 295

J

Jambra ... 300
Jiménez Espinosa ... 295
Jonesco ... 217
Jordá Serra ... *170
Julián (I. G.) ... 454

K

Kalimowsky ... 450
Karminsky ... 299
Kolochine ... 47
Kourilsky ... 49

L

Laico ... 298
Lascano ... 123
Latapí ... 55
Leak ... 454
Lebowitz ... 296
Lentini ... 213
Lerner ... 53
Ley Palomeque ... 397
Lira Bustamante ... *35
Lombroso ... 60
López Ibor ... 448
López Prieto ... 207 209
López Rosal ... 294

M

Maffel ... 60
Mailloux ... 47
Maíz Bermejo ... 121
Maldonado ... 54
Marcano Coello ... 218
Margolles ... 218
Marinelli ... 301
Martínez (A.) ... 452
Martínez Fornés ... 285
Martínez González ... 128
Martini ... 115
Martino Savino ... 391
Marri ... 123
Mas Magro ... *273
Mas Oliver ... 128
Masó-Subirana ... 61
Maurat ... 216
Medrano ... 54
Millán (A.) ... 218
Molinier ... 50
Morales (D.) ... 124
Morales de Concepción ... 455
Morros (J.) ... 393

N

Nadin ... 301
Nasio ... 296 377
Navarro (F.) ... 124
Navarro Esteban ... 127
Nègre ... 291
Neguyen-The-Minh ... 455
Nightingale ... 210
Noguer Moré ... 206
Nolting ... 124
Noronha ... 299
Núñez ... 452

O

Obrador Alcalde ... 394
Oliva (G.) ... 123
Oller-Daurella ... 61
Otturi ... 388

P

Palafox ... 207
Palanca y Mz.-Fortún ... *63
Parrella ... 220
Partearroyo ... 392
Pastor ... 53
Pende ... 386
Peña Regidor ... *190
Pescador del Hoyo ... 52
Perea ... 454
Pérez Casas ... 207
Pérez Modrego ... 391
Pereyra ... 300
Peset Llorca ... *201
Pi Ferrer ... 122
Pilheu ... 122
Pinós Marsell ... 44
Plater ... 453
Policard ... 449
Popper ... 111
Poulet ... 216
Pradier ... 122
Puig y Roig ... 45

Q

Quílez Burillo ... 120

R

Rabago ... 392
Ramón y Cajal Vinós (A.) ... *107
Raverdy ... 296
Rescingo ... 220
Resina ... 59
Rey Baltar ... 382
Ríos Mozo ... 232
Riosalido ... *333
Rivas García ... *347
Rivero ... 58
Rodríguez ... 54
Rodríguez (F.) ... 451
Rodríguez Bar ... 218
Rodríguez Expósito ... 287 381
Rodríguez Miñón ... 393
Rodríguez Nolla ... 61
Rof-Carballo ... *71
Romero (M. E.) ... 300
Romero Velasco ... 114
Rouquet ... 291
Roussel ... 57
Roucayrol ... 58
Royo Tomás ... 120
Rozman ... 292

S

Sabatés Rovira ... 62
Salamero - Reymundo ... 293
Salcedo Barrionuevo ... *427
Sambrook ... 389
Sánchez Cascos ... 392
Sánchez Lacunza ... *194, *278 *367
Sánchez Ibáñez ... 112
Sanchís Bayarri ... 119
Sanchís Olmos ... 397
Sancho Castellano ... *98
Saúl ... 54 55
Scola Basaburen ... 397
Schneider ... 48
Seral Casas ... *85
Seriñana Bayer ... 302
Serrano Muñoz ... 121
Setoaín ... 451
Shaffner ... 111
Soldevilla ... *270
Solé Sagarra ... 214
Soliano ... 217
Soroa y Pineda ... *238
Spang ... 46
Stanca ... 217
Stephenson (P.) ... 297
Strohl ... 211
Stupenengo ... 455
Subirana Cantarell. 61
Suenaga Pinillos ... *179

T

Tabuse ... 50
Tanglao ... 216
Takano Morón ... 55
Tejeiro ... 388
Toro ... 293
Tuset ... 119

U

Urdaneta ... 218
Urgell ... 120

V

Vaquero ... 397
Vázquez Añón ... 393
Vega y F. Crespo (Luis) ... *1
Vega y F. Crespo (Rafael) ... *29
Veraín ... 219
Vergés Princep ... *92

W

Wapkeheim ... 210
Weiss ... 55
Wolftenholme ... 49

Y

Yoel ... 215

Z

Zamora Madaria ... 292
Zubiri Vidal (F.) ... 374
Zubizarreta ... 60
Zuckermann ... *231 *321
Zulueta ... 286
Zungri ... 454

Págs.

A

Abdomen (Anatomie de l') ... 115
Abdomen (Dermolipeptomía vertical del) ... 297
Abdomen agudo (Diagnóstico radiológico del) ... 298
Adenocarcinoma de endometrio y ovario ... 120
Adolescente (Educación de la masculinidad) ... 206
Adultos (Tratamiento de la leucemia aguda en los) ... 299
Afecciones endocrinas (La función renal en las) ... *241
Akademia der Medizinischen Wissenschaften (20 Jahre Schweizerische) ... 450
Alargamiento quirúrgico del fémur 397
Albarrán (Cincuentenario de la muerte del doctor Joaquín) ... 212
Algias cérvico-braquiales (Las) ... 296
Alimentación en familias de operarias industriales (Encuesta de) ... *92
Altitud (Glucemia en gestantes que viven en la) ... *427
Amniotomía como inductora del parto (La) ... 300
Anabólicos en oftalmología (Terapéutica de los esteroides) ... 388
Anabolizantes (Tratamiento de la hipotensión arterial con) ... 300
Anatomía Española de la Ilustración 208
Andrés Piquer (Nuevos papeles del doctor) ... *201
Aneurisma cerebral operado con paro cardíaco ... 397
Aneurisma de ventrículo izquierdo (Resección de) ... 392
Anexitis con infiltración de los parametrios (Tratamiento de las) ... 454
Angina de pecho (Iproniacida, nialamida y meprobamato en la) ... 454
Angiomas arteriovenosos del cerebro (Tratamiento quirúrgico de los) ... 394
Anomalías del cardias y del esófago e insuficiencia coronaria ... 53
Anomalías del tractus génito-urinario asociadas a hipospadias ... 455
Antibiótico para el tratamiento de la tricomoniasis vaginal ... 386
Anticatarral en Geriatría (La vacunación) ... 62
Anticoagulantes en la embolia de pulmón (Los) ... 292
Anti-inflamatoria en Proctología (Medicación) ... 213
Antiséptico intestinal (Intestopan) (Empleo de un nuevo) ... 213
Antiviral: el Interferón (Una nueva sustancia) ... 119
Apendicitis aguda (Diarrea en) ... 215
Arma blanca (Heridas en el corazón por) ... *161
Arteriosclerosis ... 112
Artritis reumatoide (El corazón en la) ... 296
Asma (Profilaxis de las bronquitis en el) ... 62
Asociación pirazinamida - estreptohidrazidas en los tuberculosos ... 301
Aterosclerosis (El síndrome bioquímico de la) ... 124
Aterosclerosis (Valor de la balistocardiografía en la clínica de la) 114
Aterosclerosis y enfermedad coronaria ... 116
Atresia esofágica (Tratamiento quirúrgico de la) ... 302

B

Bacteriana subaguda (Endocarditis) 120
Balistocardiografía; su valor en la aterosclerosis ... 114
Balnearia en las endocrinopatías (La cura) ... *17
Bases anatómicas de la neurología y psiquiatría (Las) ... 60
B-85 sobre el mongolismo y otras oligofrenias (Acción del) ... 294
Biliar (Diverticulos de la vesícula) 398
Bilirrubinemia en gestantes ... *351
Biografía del eminente cirujano D. Ricardo Lozano Monzón ... 374
Biología de las radiaciones no ionizantes ... 58
Biología humana (La navegación y su influencia en la) ... 285
Biológicas (Cuestiones) ... 286
Biometría laboral ... 52
Bioquímicos españoles (II Reunión de) ... 221
Blenorrágico (Síndrome de Reitur) 55
Broncopulmonares (Estudio funcional de los enfermos) ... 61
Bronquitis en el asma (Profilaxis de las) ... 62

C

Cálculos ureterales (Extracción endoscópica de) ... 453
Callo óseo (Formación del) ... 58
Cáncer (Valoración del quimismo gástrico en el diagnóstico del) *13
Cáncer (Supervivencia de doce años después de una gastrectomía total por) ... 304
Cancer, Leucemie et Radiobiologie (Colloque franco-sovietique) ... 289
Cáncer gástrico (El problema del) 44
Cáncer de vejiga (Tratamiento del) 294
Cáncer incipiente de pulmón (El diagnóstico del) ... 453
Cáncer rectosigmoideo ... 395
Cáncer uterino (Lucha contra el) 217
Cancerosas (El verdadero origen de las células) ... 391
Cardias y esófago e insuficiencia coronaria (Anomalías del) ... 53
Cardíacas de la enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann (Manifestaciones) ... 216

Cardíaco (Aneurisma cerebral operado con paro) ... 397
Cardíaco (Alteraciones del ritmo) . 46
CARDIOPATÍA Y EMBARAZO ... *441
Cardiopatía pulmonar aguda ... 54
Cardiovasculares (Progresos de las enfermedades) ... 377
CAROTÍDEO SOBRE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL (ACCIÓN DEL REFLEJO) ... *81
CELESTINA» (REFRANES DE INTERÉS MÉDICO EN «LA) ... *310
Células cancerosas (El verdadero origen de las) ... 391
Células cancerosas en sangre circulante ... 62
CEREBRAL (ACCIÓN DEL REFLEJO CAROTÍDEO SOBRE LA CIRCULACIÓN) ... *81
Cerebro (Tratamiento quirúrgico de los angiomas del) ... 394
Cervicales (Vaciamientos ganglionares) ... 122
Cérvico-braquiales (Algias) ... 296
CIÁTICA IRRITATIVA (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LUMBARTROSIS CON) ... *333
Cicloserina en la tuberculosis experimental (Acción de la) ... 220
Cincuentenario de la muerte de Joaquín Albarrán ... 212
CIRCULACIÓN CEREBRAL (ACCIÓN DEL REFLEJO CAROTÍDEO SOBRE LA) ... *81
Circulación extracorpórea (Resección de aneurisma de ventrículo izquierdo con) ... 392
Cirugía del labio leporino ... 298
Cirugía urinaria (El trasplante intestinal en) ... 384
Cirujano (La formación del) ... 449
CITODIAGNÓSTICO EN LAS LOCALIZACIONES ORGÁNICAS MENOS FRECUENTES (EL) ... *401
Chirurgicale (Prècis de semeiologie) 117
Climatérica con Imipramina (Tratamiento de la depresión) ... 454
Clínica de la endometriosis ... 452
CLÍNICA DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES EN ARAGÓN ... *419
CLÍNICA DE LOS FIBROMIOMAS UTERINOS ... *1
CLÍNICA QUIRÚRGICA CON EL NUEVO HEMOSTÁTICO Q. H. (EXPERIENCIAS) *347
Cobaltoterapia en las neoplasias del esófago ... 119
Coccidiodomicosis ... 54
Colapso cardíaco agudo y su tratamiento ... 215
Colelitiasis en un niño ... 218
Colloquia of Endocrinology ... 47
Compatibilidad sanguínea en las parejas estériles (Estudio de la) . 124
COMPLEJOS PSÍQUICOS (SOBRE) ... *367
Coeur-Vaisseaux ... 287
CORAZÓN, POR ARMA BLANCA (HERIDAS EN EL) ... *161
Corazón en la artritis reumatoide (El) ... 296
Corazones con tetralogía de Fallot (Distribución coronaria en) ... 124
Coronaria (Aterosclerosis y enfermedad) ... 116
Coronaria (Terapéutica fibrinolítica de la trombosis) ... 297
Correlaciones tipológicas humanas . 293
Corticoides en el tratamiento de la tuberculosis del niño (Los) ... 218
CORTICOTERAPIA LOCAL EN LA RECTOCOLITIS MUCOHEMORRÁGICA ... *365
CREATINEMIA EN NEFROPATÍAS ... *35
Cristóbal Méndez (siglo XVI) sobre el ejercicio corporal (Comentarios al libro de) ... 214
Cuero cabelludo (Röntgenterapia de las tiñas del) ... 121
CURA BALNEARIA EN LAS ENDOCRINOPATÍAS (LA) ... *17
Curso de Psiquiatría ... 375
Cutánea (Tratamiento de la tuberculosis) ... 299

D

DECÁLOGO (MEDITEMOS UN POCO EL) *306
Dedef (Diccionario español de especialidades farmacéuticas) 286 374
Depresión climatérica con Imipramina (Tratamiento de la) ... 454
Dermatofitosis (Las) ... 55
Dermatología de la asociación Dexametasona - Metandrostenolona (Empleo en) ... 299
Dermatología en México (La) ... 54
Dermolipectomía vertical del abdomen ... 297
Dexametasona - Metandrostenolona (Empleo en dermatología de la asociación) ... 299
Diabetes ignoradas (Descubrimiento de las) ... 393
DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER (EL QUIMISMO GÁSTRICO EN EL) ... *13
Diagnóstico del cáncer incipiente del pulmón (El) ... 453
DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO DE LA LEUCEMIA CRÓNICA EXPERIMENTAL ... *273
Diagnóstico radiológico del abdomen agudo ... 298
Diagnóstico y tratamiento por las gonadotropinas ... 56
Diarrea en apendicitis aguda ... 215
Ditiazanina y enterobius vermicularis ... 390
Divertículos de la vesícula biliar . 398
Doctor Luis Razetti (El) ... 287
Doctor Ramón Miranda (El) ... 381
DOLORES SACROLUMBARES EN GESTACIÓN Y PARTO ... *170

E

Edema de las nefropatías ... 126
Educación de la masculinidad adolescente (La) ... 206
Ejercicio corporal (Comentarios al libro del doctor Cristóbal Méndez (siglo XVI) sobre el) ... 214
EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS ESPAÑOLES EN ALEMANIA (ORIENTACIÓN SOBRE EL) ... *233
Electrocardiográfico S. T. (Interpretación clínica del segmento) ... 298
Electroencefalográficas en los síndromes parkinsonianos (Las modificaciones) ... 61
Electronique en physique medicale (Physique et) ... 210
EMBARAZO (CARDIOPATÍA Y) ... *441
Embarazo con aumento de los 17-cetosteroides ... 57
Embolia de pulmón (Los anticoagulantes en el tratamiento y profilaxis de la) ... 292
Embolia pulmonar (Los anticoagu-
Enseignement de la Medecine a l'Université de New York (L') . 49
ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PRÁCTICA (NUEVAS ORIENTACIONES EN LA) *71
Enterobius vermicularis (Ditiazanina y) ... 390
Eosinófilos en la tuberculosis pulmonar (Comportamiento de los) 220
ERICH FROMM EN LA HISTORIA DE LAS NEUROSIS (LA OBRA DE) ... *29
ESCRITOS CIENTÍFICOS, SOBRE TODO MÉDICOS (CALIDAD DE LOS) ... *231
Esofágica (Tratamiento quirúrgico de la atresia) ... 302
Esófago (Cobaltoterapia en las neoplasias del) ... 119
Espondiloartritis anquilopoyética (La radioterapia en la) ... 389
Estériles (Estudio de la compatibilidad sanguínea en las parejas) 124
Esteroides anabólicos en oftalmología (Terapéutica de los) ... 388
Estructura y funciones del sistema nervioso vegetativo ... 209
Estructura y funciones del sistema nervioso vegetativo ... 209
Eugenésico integral (Humanismo) . 288
Exploratoria thyroidinne fonctionelle (L') ... 290
¿EXTRAVERSIÓN O INTRAVERSIÓN? ... *194
lantes en el tratamiento de la) 292
Empiemas fistulizados (Tratamiento hidrazídico en) ... 301
Encyclopedie medico - chirurgicale: Coeur-Vaisseaux ... 287
ENDEMIAS DE LA HUMANIDAD (EL HAMBRE, LA PEOR DE LAS) ... *253
Endocárdica (Fibroelastosis) ... 52
Endocarditis bacteriana subaguda . 120
ENDOCRINAS (LA FUNCIÓN RENAL EN LAS AFECCIONES) ... *241
Endocrinology (Colloquia of) ... 47
ENDOCRINOPATÍAS (LA CURA BALNEARIA EN LAS) ... *17
Endometrio y ovario (Adenocarcinoma de) ... 120
Endometriosis (Clínica de la) ... 452
Endoscópica de cálculos ureterales (Extracción) ... 453
Enfermedad coronaria (Aterosclerosis y) ... 116
Enfermedad de Besnier - Boeck-Schaumann (Manifestaciones cardíacas de la) ... 216
Enfermedad de Dupuytren (Problemática sobre la) ... 396
Enfermedad de Robles en América (Historia de la) ... 379
Enfermedades cardiovasculares (Progresos de las) ... 377
Enfermedades de las vías biliares y del páncreas ... 375
Enfermos vertiginosos (El fondo de ojo en los) ... 52

F

Factor H de Aslam (Experiencia con con la novocaína o) ... 300
Faríngeas (Tratamiento quirúrgico de las fístulas) ... 452
Fémur (Alargamiento quirúrgico del) ... 397
Fenilalanina, tirosina y triptofano (Trastornos hereditarios del metabolismo de la) ... 453
Fibrilación ventricular ... 120
Fibrinolítica en obstetricia (Hemorragia) ... 216
Fibrinolítica de la trombosis coronaria (Terapéutica) ... 297
Fibroelastosis endocárdica ... 52
Fibroma del yeyuno ... 394
FIBROMIOMAS UTERINOS (PROBLEMAS CLÍNICOS QUE PLANTEAN LOS) ... *1
Fibrosis miocárdica ... 297
Finlay, su figura y obra ... 287
Fisiopatología (Patología general y) 114
Fístulas faríngeas (Tratamiento quirúrgico de las) ... 452
Fístulas pilonidales (Extirpaciones incompletas de las) ... 128
Fondo de ojo en los vertiginosos (El) ... 52
Formación del cirujano (La) ... 449
Fórmula megacariocitaria ... 300
Fracaso (El hombre ante el) ... 211
Fracturas de Colles inestables ... 451
Fracturas de Colles viciosamente consolidadas (Las) ... 217
FUNCIÓN RENAL EN LAS AFECCIONES ENDOCRINAS (LA) ... *241
Funciones del sistema nervioso vegetativo (Estructura y) ... 209

G

Ganglionares cervicales (Vaciamientos) ... 122
Gastrectomía total por cáncer (Supervivencia de doce años después de una) ... 304
Gástrico (El problema del cáncer) . 44
GÁSTRICO EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER (VALORACIÓN DEL QUIMISMO) ... *13
Gastritis hipertrófica gigante ... 451
Gastroenterología (Tratado de) ... 377
Gastroduodenal (Hemorragia masiva por úlcera) ... 123
GASTRO-INTESTINALES DE ORIGEN NO ULCEROSO (HEMORRAGIAS) ... *270
Génito-urinario asociadas a hipospadias (Anomalías) ... 455
GESTACIÓN Y PARTO (MANIFESTACIONES SACROLUMBARES DOLOROSAS EN) ... *170
GESTANTES (BILIRRUBINEMIA EN) ... *351
GESTANTES EN LA ALTITUD (GLUCEMIA EN) ... *427
Geriatría (La vacunación anticatarral en) ... 62
Gesammelte Werke von K. Ge. Lennander ... 380
Ginecología (Diagnóstico pre-clínico de las hemorragias en) ... 293
Ginecología moderna y lucha contra el cáncer uterino ... 217
Glosodinias (Las) ... 388
Glosopáticos carenciales (Tratamiento de los síndromes) ... 123
GLUCEMIA EN GESTANTES QUE VIVEN EN LA ALTITUD ... *427
GLUTATIONEMIA EN RECIÉN NACIDOS . *179

Gonadotropinas (Diagnóstico y tratamiento por las) 56
Gonococia (Tratamiento actual de la) 56
Gripe o influenza 295

H

HAMBRE, LA PEOR DE LAS ENDEMIAS DE LA HUMANIDAD (EL) *253
Hematologie a l'usage de l'estudiant (Abregè d') 380
HEMATOLÓGICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EXPERIMENTAL (DIAGNÓSTICO) *273
Hematomas placentarios (Etiopatogenia de los infartos y) 44
Hemorragia interna por rotura venosa uterina 300
Hemorragia fibrinolítica en obstetricia 216
Hemorragia masiva por úlcera gastroduodenal 123
Hemorragias durante el tratamiento con hidrázidas (Génesis de las) 301
Hemorragias en Ginecología (Diagnóstico pre-clínico de las) 293
HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES DE ORIGEN NO ULCEROSO (LAS) *270
HEMOSTÁTICO Q. H. (EXPERIENCIAS EN CLÍNICA QUIRÚRGICA CON EL NUEVO) *347
Hepática (Progresos en patología) . 111
Hepáticas (La reacción de Selleck-Frade en las afecciones) 455
Hepático (Melanoma) 302
HEPATOPATÍAS (MAGNESEMIA EN) ... *259
Hepatopatías (Nucleopéptidos hepáticos en el tratamiento de las) 292
HERIDAS EN EL CORAZÓN POR ARMA BLANCA *161
Hernia del hiatus 119
Herpes zoster con vitamina $B_1 B_{12}$ a altas dosis (Tratamiento de la neuralgia post-) 454
Hiatus (Hernia del) 119
Hidrázida (Génesis de los fenómenos hemorrágicos en el tratamiento con) 301
Hidrázida sobre la lisozima del suero en los tuberculosos (Influencia de la) ... ...
Hidrazidas (Aspectos del pulmón después del tratamiento por) ... 301
Hidrazídico en empiemas fistulizados (Tratamiento) 301
Hipotensión arterial con anabolizantes (Tratamiento de la) ... 300
Hipertensión esencial (El origen nervioso de la) 298
Hipertiroidismos por el iodo radiactivo (Tratamiento de los) 219
Hipospadias (Anomalías del tracto génito-urinario asociadas a) ... 455
Hippuran (Renograma con) 451
Historia de la enfermedad de Robles en América 379
HISTORIA DE LAS NEUROSIS (SIGNIFICACIÓN DE LA OBRA DE ERICH FROMM EN LA) *29
Hombre ante el fracaso (El) 211
HOMENAJE AL DOCTOR SANCHO CASTELLANO (PALABRAS EN) *107
Hospitales de Valladolid en tiempos de Felipe III 45
HUMANIDAD (EL HAMBRE, LA PEOR DE LAS ENDEMIAS DE LA) *253
Humanismo eugenésico integral ... 288
Hueso esponjoso (Reconstrucción mandibular con injerto de) ... 215

I

Ilustración (Anatomía española de la) 208
Imipramina (Tratamiento de la depresión climatérica con) 454
Inducción del parto (La amniotomía en la) 300
INDUSTRIALES (ENCUESTA DE ALIMENTACIÓN EN FAMILIAS DE OPERARIAS) *92
Infancia (Síndrome de Casten en la) 390
INFANTIL EN ESPAÑA (PROTECCIÓN MATERNO-) *26
Infección neo-natal (La) 387
Infecciones agudas del aparato respiratorio tratadas con oxitetraciclina por vía rectal (Las) 53
Infiltración de los parametrios (Tratamiento de las anexitis con) . 454
Infarto del miocardio (Aspectos clínicos del) 128
Infartos y hematomas placentarios (Etiopatogenia de los) 44
Injerto de hueso esponjoso (Reconstrucción mandibular con) 215
Insuficiencia coronaria (Anomalías del cardias y del esófago e) ... 53
Insuficiencia placentaria (El síndrome de la) 447
Insuficiencia respiratoria 53
Interferon: nueva sustancia antiviral (El) 119
Intestinal en cirugía urinaria (El trasplante) 384
INTESTINALES EN ARAGÓN (ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS PARASITOSIS) ... *419
Intestopan (Sobre el empleo de un nuevo antiséptico intestinal:) ... 213
INTRAVERSIÓN? (¿EXTRAVERSIÓN E) . *194
Iodo radiactivo (Tratamiento de los hipertiroidismos por el) 219
Ionizantes (Efectos patológicos diferidos de las radiaciones) 389
Iproniacida, nialamida y mebrobamato en la angina de pecho ... 454
Isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis (Los niveles en sangre de la) 392
Isótopos radiactivos en el estudio funcional y topográfico del riñón (Los) 391

K

Kanamicina (Actividad antituberculosa «in vitro» de la) 301

L

Labio leporino (Cirugía del) 298
Laboral (Biometría) 52
Lactante (La muerte súbita del) ... 59
Lecciones de psicología médica ... 448
Legrados post-abortivos frecuentes (Efectos desfavorables de los) . 217
Lennander (Gesammelte Werke von K. G.) 380
Lepra (Tapazol en) 55
Leptospires (Physiologie et metabolisme des) 47
LEUCEMIA (LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN LA) *435
LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EXPERIMENTAL (DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO DE LA) *273
Leucemia aguda en los adultos (Tratamiento de la) 299
Leucemie et Radiobiologie (Colloque franco-sovietique: Cancer,) 289
Libro del doctor Cristóbal Méndez (siglo XVI) sobre ejercicio corporal (Comentarios al) 214
Linfomas nasales 55
Lipoma gigante de la vulva 382
Lisozima del suero en los tuberculosos (Influencia de la hidrazida sobre la) 301
Lucha contra el cáncer uterino ... 217
LUMBARTROSIS CON CIÁTICA IRRITATIVA (EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS) *333
Lymphoide (Physiologie et pathologie du systeme) 449

M

MAGNESEMIA EN HEPATOPATÍAS *259
Mandibular con injerto de hueso esponjoso (Reconstrucción) 215
MANO (RIGIDECES POST-TRAUMÁTICAS DE LA) *85
Masculinidad adolescente (La educación de la) 206
Maternidad de la Macarena (Labor en la) 207
MATERNO-INFANTIL EN ESPAÑA (PROTECCIÓN) *26
Medecine a l'Université de New-York (Les principes d'enseignement de la) 49
Medicación anti-inflamatoria en proctología (Empleo de la) ... 213
Medical Research Council 299
Médicale (Précis de Physique) ... 211
Medicale (Physique et electronique en physique 210
Medicina (Ráfagas sobre la) 374
Medicina contemporánea (Orientaciones de la) 51
MEDICINA ESPAÑOLA DEL SIGLO XVII (EL SABER UROLÓGICO EN LA) *458
MEDICINA Y LOS MÉDICOS EN LA VIDA Y LA OBRA DE LA MADRE TERESA DE JESÚS (LA) *129
MEDICINA PRÁCTICA (ORIENTACIONES EN LA ENSEÑANZA DE LA) *71
MEDICINA SOCIALIZADA EN GRAN BRETAÑA *399
MÉDICO DE CABECERA (EL) *465
MÉDICO EN «LA CELESTINA» (REFRANES DE INTERÉS) *310
MÉDICOS ESPAÑOLES EN ALEMANIA (ORIENTACIÓN SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS) *233
Megacariocitaria (Fórmula) 300
Melanoma hepático 302
Meprobamato en la angina de pecho (Iproniacida, nialamida y) . 454
Metabolisme des leptospires (Physiologie et) 47
Metabolismo de la Fenil-alanina, tirosina y triptófano (Trastornos hereditarios del) 453
Método para el diagnóstico preclínico de las hemorragias en Ginecología 293
Micosis fungoide 55 121
Miocárdica (Fibrosis) 297
Miocardio (Aspectos clínicos del infarto del) 128
Miranda (Médico de Martí) (El doctor Ramón) 381
Mongolismo (Acción del B-85 sobre el) 294
Moral (El narcoanálisis ante la) ... 448
Mucoproteinemia: valor clínico ... 119
Muerte del doctor Joaquín Albarrán (En el cincuentenario de la) 212
Muerte súbita del lactante (La) ... 59

N

Narcoanálisis ante la moral (El) ... 448
Nasales (Linfomas) 55
Navegación y su influencia en la biología humana (La) 285
NEFROPATÍAS (CREATINEMIA EN) *35
Nefropatías (Edema de las) 126
Nefropatías crónicas 391
Nefrótico (Tratamiento del síndrome) 122
Neoplasias del esófago (Cobaltoterapia en las) 119
Nervioso (Cómo funciona nuestro sistema) 207
Nervioso de la hipertensión esencial (El origen) 298
Nervioso vegetativo (Estructura y funciones del sistema) 209
Neumotórax espontáneo 455
Neuralgias post-herpes-zóster con vitaminas $B_1 B_{12}$ a altas dosis (Tratamiento de las) 454
Neurología y psiquiatría (Las bases anatómicas de la) 60
Neuro-radiologie 210
NEUROSIS (LA OBRA DE ERICH FROMM EN LA HISTORIA DE LAS) *29
Nialamida y meprobamato en la angina de pecho (Iproniacida) ... 454
Niño (Los corticoides en el tratamiento de la tuberculosis del) . 218
Niño de once años (Colelitiasis en un) 218
Niños (El soplo sistólico inocente en los) 387
Novocaína o factor H de Aslam (Experiencia con la) 300

O

Nucleopéptidos hepáticos en el tratamiento de las hepatopatías ... 292
OBRA DE ERICH FROMM EN LA HISTORIA DE LAS NEUROSIS (SIGNIFICACIÓN DE LA) *29
OBRA DE LA MADRE TERESA DE JESÚS (LA MEDICINA Y LOS MÉDICOS EN LA VIDA Y LA) *129
OBRA MÉDICA ASISTENCIAL DE NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO (LA) *238
Obstetricia (Hemorragia fibrinolítica en) 216

Obstetricia actual (Ventajas y límites del «Vacuum-extractor» en la) ... 213
OBSTETRICIA EN LOS CINCUENTA ÚLTIMOS AÑOS (EVOLUCIÓN DE LA) ... *92
Obstetricia y Ginecología (Progresos de) ... 285
Obstétrica (La ventosa) ... 112
Obstétrica en el parto (El empleo sistemático de la ventosa) ... 293
Occípito-posteriores (Las) ... 49
Oftálmicas (La orina humana en el tratamiento de ciertas afecciones) ... 57
Oftalmología (Terapéutica de los esteroides anabólicos en) ... 388
Ojo en los enfermos vertiginosos (El fondo de) ... 52
OPERARIAS INDUSTRIALES (ENCUESTA DE ALIMENTACIÓN EN FAMILIAS DE) *92
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD *465
ORGANIZACIÓN SANITARIA DE PRINCIPIO DE SIGLO Y LA ACTUAL (LA) ... *63
Origen nervioso de la hipertensión esencial (El origen) ... 298
Orina humana en el tratamiento de ciertas afecciones oftálmicas (La) ... 57
Oseo (Formación del callo) ... 58
Oseo aneurismático (El quiste) ... 58
Osteoarticular (Tratamiento actual de la tuberculosis) ... 59
Osteodistrofias de origen renal ... 127
Osteoporosis; revisión de su patogenia y tratamiento ... 385
Otógena (Parálisis facial) ... 397
Ovario (Adenocarcinoma de endometrio y) ... 120
Oxitetraciclina por vía rectal (Las infecciones respiratorias agudas tratadas por) ... 53

P

Pacem in terris (Comentario a la encíclica) ... 386
Páncreas (Afecciones poco frecuentes del) ... 296
Páncreas (Enfermedades de las vías biliares y del) ... 375
Pancreopatías crónicas (Tratamiento médico de las) ... 303
PAPELES DEL DOCTOR ANDRÉS PIQUER (NUEVOS) ... *201
Parálisis facial otógena ... 397
Parametrios (Tratamiento de las anexitis con infiltración de los) 454
FARASITOSIS INTESTINALES EN ARAGÓN (ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS) . *419
Paro cardíaco (Aneurisma cerebral operado con) ... 397
PARO CARDÍACO Y RESUCITACIÓN ... *321
PARTO (MANIFESTACIONES DOLOROSAS DE ORIGEN SACRO-LUMBAR EN GESTACIÓN Y) ... *170
Parto (La amniotomía como inductora del) ... 300
Parto (El empleo sistemático de la ventosa obstétrica en el) ... 293
Patogenia de la osteoporosis ... 385
Patología del timo (Radiología en la) ... 299
Patología diferida de las radiaciones ionizantes ... 389
Patología general y fisiopatología ... 114
Patología hepática (Progresos en) . 111
Patopsicología clínica ... 48
Pediatría (Tumores intraabdominales en) ... 125
Physiologie et metabolisme des leptospires ... 47
Pirazinamida - estrepto - hidrázidas en los tuberculosos (Asociación) 301
Placentaria (El síndrome de la insuficiencia) ... 447
Placentarios (Investigaciones sobre la etiopatogenia de los infartos y hematomas) ... 44
Plasmocitoma ganglionar ... 292
Polyoma micróbico ... 115
Pratique Médicale (Précis de) ... 50
Précis de Physique médicale ... 211
Proctología (La medicación anti-inflamatoria en) ... 213
Profilaxis de las bronquitis en el asma ... 62
PROFILAXIS DE LAS RIGIDECES POSTTRAUMÁTICAS DE LA MANO ... *85
Progresos de Obstetricia y Ginecología ... 285
PROTECCIÓN MATERNO-INFANTIL EN ESPAÑA ... *26
Pruebas serológicas del reumatismo (Las) ... 127
Psicología médica (Lecciones de) ... 448
PSICORREGULACIÓN ... *278
Psiquiatría (Curso de) ... 375
Psiquiatría (Las bases anatómicas de la neurología y) ... 60
Psiquiatría (Tratamientos somáticos en) ... 450
PSÍQUICOS (SOBRE COMPLEJOS) ... *367
Psoriasis (La procainización por vía muscular en el tratamiento de la) ... 123
Pulmón (El diagnóstico del cáncer incipiente del) ... 453
Pulmón (Los anticoagulantes en la embolia de) ... 292
Pulmón después del tratamiento por hidrazidas (Aspectos del) ... 301
Pulmonar (Comportamiento de los eosinófilos en la tuberculosis) ... 220

Q

Queratodermias palmoplantares hereditarias ... 55
QUERCETOL HEMOSTÁTICO EN CLÍNICA QUIRÚRGICA (EL EMPLEO DEL) ... *347
QUIMISMO GÁSTRICO EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER (VALORACIÓN DEL) ... *13
Quirúrgico de angiomas del cerebro (Tratamiento) ... 394
Quirúrgico de la parálisis facial otógena (Tratamiento) ... 397
Quirúrgico de las fístulas faríngeas (Tratamiento) ... 452
Quirúrgico de las rinolalias (Tratamiento) ... 393
Quirúrgico del fémur (Alargamiento) ... 397
Quiste óseo aneurismático (El) ... 58

R

Radiaciones ionizantes (Efectos patológicos diferidos de las) ... 389
Radiaciones no ionizantes (Efectos biológicos de las) ... 58
Radiactivo (Tratamiento de los hipertiroidismos por el iodo) ... 219
Radiactivos en el estudio del riñón (Los isótopos) ... 391
Radiología en la patología del timo 299
Radiológico del abdomen agudo (Diagnóstico) ... 293
Radiologique (Prècis de technique) 291
Radioterapia en la esposdiloartritis anquilopoyética (La) ... 389
Ráfagas sobre la Medicina ... 374
Reacción de Sellecb-Frade en las afecciones hepáticas (La) ... 455
RECIÉN NACIDOS (GLUTATIONEMIA EN) *179
Reconstrucción mandibular con injerto de hueso esponioso ... 215
RECTOCOLITIS MUCOHEMORRÁGICA (CORTICOTERAPIA LOCAL EN LA) ... *365
Recto-sigmoideo (Cáncer) ... 395
REFLEJO CAROTÍDEO SOBRE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL (ACCIÓN DEL) ... *81
REFRANES DE INTERÉS MÉDICO EN «LA CELESTINA» ... *310
RENAL EN LAS AFECCIONES ENDOCRINAS (LA FUNCIÓN) ... *241
Renal (Osteodistrofias de origen) . 127
Renograma con Hippuran ... 451
Reumatismo (Pruebas serológicas del) ... 127
Reumatoide (El corazón en la artritis) ... 296
RESUCITACIÓN (PARO CARDÍACO Y) ... *321
Reunión de bioquímicos españoles en Santiago de Compostela (Segunda) ... 221
RIGIDECES POST-TRAUMÁTICAS DE LA MANO ... *85
Rinolalias (Tratamiento quirúrgico de las) ... 393
Riñón (Los isótopos radiactivos en el estudio del) ... 391
Ritmo cardíaco (Alteraciones del) . 46
Röntgenoterapia de las tiñas del cuero cabelludo ... 121
Rotura venosa uterina (Hemorragia interna por) ... 300

S

SABER UROLÓGICO EN LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL SIGLO XVII (EL) . *458
SACROLUMBAR EN GESTACIÓN Y PARTO (MANIFESTACIONES DOLOROSAS DE ORIGEN) ... *170
Sangre circulante (Células cancerosas en) ... 62
Sangre de la isoniazida en el tratamiento de la tuberculosis (Los niveles en) ... 392
SANGRE EN LA LEUCEMIA (LA TRANSFUSIÓN DE) ... *435
Sanguínea en las parejas estériles (Estudio de la compatibilidad) . 124
SANITARIA DE PRINCIPIO DE SIGLO Y LA ACTUAL (LA ORGANIZACIÓN) ... *63
Schweizerische Akademie der Medizischen Wissenschaften (20 Jahre) ... 450
Segmento electrocardiográfico ST (Interpretación del) ... 298
Semeiologie chirurgicale elementaire (Précis de) ... 117
Serológicas del reumatismo (Las pruebas) ... 127
Síndrome adreno-genital ... 120
Síndrome bioquímico de la aterosclerosis (El) ... 124
Síndrome de Costeu en la infancia. 390
Síndrome de Morgagni - Stokes-Adams (Tratamiento del) ... 52
Síndrome de Reiter blenorrágico ... 55
Síndrome de la insuficiencia placentaria (El) ... 447
Síndrome nefrótico (Tratamiento del) ... 123
Síndromes glosopáticos carenciales en el hombre (Tratamiento de los) ... 123
Síndromes parkinsonianos (Las modificaciones electroencefalográficas en los) ... 61
Sistema nervioso (Cómo funciona nuestro) ... 207
Sistema nervioso vegetativo (Estructura y funciones del) ... 209
Sociedad Ginecológica de Tenerife 456
Soplo sistólico inocente en los niños (El) ... 387
Strongiloides stercolalis ... 390
Supervivencia de doce años después de una gastrectomía total por cáncer ... 304
Systeme lymphoide (Physiologie et pathologie du) ... 449

T

Tapazol en lepra ... 55
Technique radiologique (Précis de) 291
Terapéutica de la trombosis coronaria ... 297
Terapéutica de los esteroides anabólicos en Oftalmología ... 388
TERAPÉUTICA DESOBSTRUCTIVA TUBÁRICA ... *190
Terapéutica esteroide con la triamcinolona en cura oclusiva ... 127
TERESA DE JESÚS (LA MEDICINA Y LOS MÉDICOS EN LA VIDA Y LA OBRA DE LA MADRE) ... *129
Tetralogía de Fallot (Distribución coronaria en corazones con) ... 124
Thyroidienne fonctionelle (L'exploration) ... 290
Timo (Radiología en la patología del) ... 299
Tiñas del cuero cabelludo (Röntgenterapia de las) ... 121
Tipológicas humanas (Correlaciones) ... 293
Tirosina (Trastornos del metabolismo de la) ... 453
Tórax (Traumatismos graves del) . 121
TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN LA LEUCEMIA (LA) ... *435
Transplantation ... 49
Trasplante intestinal en cirugía urinaria (El) ... 384
Tratado de gastroenterología ... 377
Tratamiento actual de la gonococia 56
Tratamiento con hidrázida (Génesis de los fenómenos hemorrágicos en el) ... 301
Tratamiento de ciertas afecciones oftálmicas (La orina humana en el) ... 57

Tratamiento del cáncer de la vejiga 294
Tratamiento del colapso cardíaco agudo 215
Tratamiento del síndrome de Morgagni-Stokes-Adams por medio de marcapasa 52
Tratamiento del síndrome nefrótico 122
Tratamiento de la depresión climatérica con Imipramina 454
Tratamiento de la hipotensión arterial con anabolizantes 300
Tratamiento de la leucemia aguda en los adultos 299
Tratamiento de la osteoporosis ... 385
Tratamiento de la tricomoniasis vaginal por acinitrazole 57
Tratamiento de la tricomoniasis vaginal (Nuevo antibiótico para el) 388
Tratamiento de la tuberculosis (Niveles en sangre de la isoniazida en el) 392
Tratamiento de la tuberculosis cutánea 299
Tratamiento de la tuberculosis del niño (Los corticoides en el) 218
Tratamiento hidrazídico en empiemas fistulizados 301
Tratamiento por hidrázidas (Aspectos del pulmón después del) ... 301
Tratamiento por las gonadotropinas (Diagnóstico y) 56
Tratamiento quirúrgico de la atresia esofágica 302
Tratamiento quirúrgico de la parálisis facial otógena 397
Tratamiento de las neuralgias postherpes zóster con altas dosis de vitaminas B_1 B_{12} 454
TRATAMIENTO DE LAS RIGIDECES POSTTRAUMÁTICAS DE LA MANO *85
Tratamiento de los hipertiroidismos por el iodo radiactivo 219
Tratamiento de los síndromes glosopáticos carenciales en el hombre 123
Tratamiento quirúrgico de las fístulas faríngeas 452
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LUMBARTROSIS CON CIÁTICA IRRITATIVA *333
Tratamiento quirúrgico de las rinolalias 393
Tratamiento quirúrgico de los angiomas arteriovenosos del cerebro 394
Tratamiento röntgenterápico de las tiñas del cuero cabelludo 121
Tratamientos somáticos en psiquiatría 45
Traumatismos graves del tórax ... 121
Triamcinolona en cura oclusiva (Utilización terapéutica de la) . 127
Tricomoniasis vaginal (Nuevo antibiótico para el tratamiento de la) 388
Trombosis coronaria (Terapéutica fibrinolítica de la) 297
TUBÁRICA (TERAPÉUTICA DESOBSTRUCTIVA) *190
Tuberculosis (Influencia de la hidrazida sobre la lisozima del suero en) 301
Tuberculosis cutánea (Tratamiento de la) 299
Tuberculosis (Actualidad de la) ... 396
Tuberculosis (Niveles en sangre de la isoniazida en el tratamiento de la) 392
Tuberculosis del niño (Los corticoides en el tratamiento de la) ... 218
Tuberculosis experimental (La cicloserina en la) 220
Tuberculosis ósteo-articular (Tratamiento actual de la) 59
Tuberculosis pulmonar (Los eosinófilos en el ciclo de la) 220
Tuberculosos (Asociación pirazinamida-estrepto-hidrazidas en los) ... 301
Tumores intraabdominales en Pediatría 125
Tumores malignos 453

U

Ulcera gastroduodenal (Hemorragia masiva por) 123
Ulcera péptica postoperatoria recidivante 303
Université de New York (L'enseignement de la Medecine a l') 49
Ureterales (Extracción endoscópica de cálculos) 453
Urinaria (El trasplante intestinal en cirugía) 384
UROLÓGICO EN LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL SIGLO XVI (EL SABER) *458
Uterina (Hemorragia interna por rotura venosa) 300
Uterino (Lucha contra el cáncer) . 217
UTERINOS (PROBLEMAS CLÍNICOS QUE PLANTEAN LOS FIBROMIOMAS) *1

V

Vaciamientos ganglionares cervicales (Pre y postoperatorio de los) 122
Vacunación anticatarral en Geriatría (Resultados de la) 62
«Vacuum-extractor» en la Obstetricia actual (Ventajas y límites del) 213
Vaginal (Nuevo antibiótico para el tratamiento de la tricomoniasis) 388
Vaginal (Tratamiento de la tricomoniasis) 57
Vejiga (Tratamiento del cáncer de la) 294
Ventosa obstétrica (La) 112
Ventosa obstétrica en el parto (El empleo sistemático de la) 293
Ventricular (Fibrilación) 120
Vertiginosos (El fondo de ojo en los enfermos) 52
Vesícula biliar (Divertículos de la) 398
Vía rectal (La oxitetraciclina en el tratamiento de las infecciones agudas respiratorias por) 53
Vías biliares y del páncreas (Enfermedades de las) 375
VIDA Y OBRA DE LA MADRE TERESA DE JESÚS (LA MEDICINA Y LOS MÉDICOS EN LA) *129
Vitaminas B_1 B_{12} a altas dosis en el tratamiento de las neuralgias post-herpes zóster 454
Vulva (Lipoma gigante de la) 382

Y

Yeyuno (Fibroma del) 394

ZARAGOZA, 15 JULIO 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 20 de junio la Real Academia de Medicina celebró sesión científico-literaria en sus locales de la Facultad de Medicina, presidiendo el presidente de la Academia, doctor Oliver Rubio, acompañado por el vicepresidente, doctor Noailles, y por el secretario, doctor Horno.

Abierta la sesión, intervino en primer lugar el doctor don Luis Andrés Aguilar, que desarrolló el tema «Diagnóstico y tratamiento a corazón abierto de la comunicación interauricular».

Comenzó su interesantísima comunicación con un estudio detallado de la embriología del corazón, deteniéndose especialmente en lo relacionado con el desarrollo de los tabiques interauricular e interventricular, demostrando con todo detalle cómo se origina el tabique interauricular.

Se ocupó después del fisiologismo embriológico al momento de nacer, y de cómo la no formación de los «septum primum y secundum» pueden originar las distintas anomalías del tabique conocidas como defectos septales interauriculares.

Posteriormente trató de la hipotermia sin circulación extracorpórea necesaria para las prácticas quirúrgicas de corazón abierto y describió el procedimiento de hipotermia empleado en la enferma operada con el empleo de la manta hipotérmica que permite calentar hasta los 45 grados y enfriar hasta menos 11 grados centígrados.

Por último, estudió clínicamente a la enferma objeto de la intervención quirúrgica a corazón abierto, analizando minuciosamente los datos obtenidos por auscultación, radiológicos, electrofonocardiográficos y los obtenidos por análisis de gases y sangre.

El postoperatorio fue perfecto, tanto el inmediato como el posterior, encontrándose la enferma completamente bien.

Intervinieron a continuación los doctores Malumbres, Val Carreres y Oliver Rubio, que felicitaron al conferenciante y ampliaron algunos de los puntos de la ponencia.

Seguidamente, el doctor Horno Liria dió lectura a un interesante trabajo sobre «Heridas en corazón por arma blanca», del que es autor el doctor don Luis del Campo Jesús, prestigioso médico forense de Pamplona y académico corresponsal de esta Corporación.

En él se detalla la historia clínica y protocolo necrópsico de un caso por herida de navaja que atravesó ventrículo izquierdo, y permitió, una hora después, practicar la sutura del corazón, falleciendo trece horas más tarde por edema de pulmón. Tales hechos son difíciles de observar en la práctica, ya que los heridos en condiciones similares mueren rápidamente por anemia agudísima o por lesiones de vasos o de centros nerviosos importantes del corazón.

Se aprovecha la oportunidad para dictar como conducta en los heridos de corazón la intervención quirúrgica inmediata.

Finalmente, hizo la descripción de las posibles vías mediante las cuales pueden llegar al corazón las armas blancas, con referencia a la etiología médico-legal, para finalizar estudiando las condiciones necesarias para que las heridas miocárdicas adopten figuras atípicas.

Todos los oradores fueron muy aplaudidos.

UN COMUNICADO DEL DR. CELMA

Al cesar temporalmente, por motivos de salud, en sus tareas al frente del Colegio de Zaragoza, nuestro presidente, el doctor Celma Bernal, y muy próximo a finalizar su mandato reglamentario, ha tenido la atención de dirigir a todos los colegiados un comunicado, en el que resume la gestión realizada al frente de la Junta que ha presidido durante los cinco años transcurridos.

Esta comunicación, que pone de relieve la tenaz labor llevada a cabo con todo acierto, ha sido muy bien acogida por los médicos zaragozanos, que han podido apreciar así sus desvelos y el interés en favor de los colegiados y de sus problemas generales.

También por estas fechas acaba de cumplir sus bodas de plata en el periodismo zaragozano, al frente de la redacción del diario local «El Noticiero», y con este motivo le transmitimos nuestra felicitación y enhorabuena por su eficiente y delicada labor en este cometido.

SEMINARIO MEDICO MILITAR DE LA QUINTA REGION

El día 24 de junio, en el Hospital Militar, celebró este Seminario su octava y última sesión del curso actual.

El acto estuvo presidido por el inspector médico jefe de Sanidad Militar de la Región, Excmo. Sr. D. Antonio Amor Tejedor, haciendo uso de la palabra el capitán médico don Luis Quintana Cebamanos, quien disertó sobre el tema «Cateterismo cardíaco derecho e izquierdo; indicaciones, técnica y resultados».

SOLEMNE SESION DE CLAUSURA DE LA ACADEMIA DEONTOLOGICA DE LA HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIAN

El día 26 del corriente tuvo lugar la última sesión del curso 1962-63 de la Academia Deontológica de la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián, de Zaragoza, comenzando los actos con la santa misa, celebrada en las clínicas de la Facultad de Medicina por el M. I. Sr. D. Antonio García Cerrada, quien pronunció la plática doctrinal del día.

A continuación se reunieron los Hermanos en el tradicional desayuno y coloquio de Hermandad, en la cafetería de las mismas clínicas.

A las once y media, en el salón de actos de la Real Academia de Medicina, se celebró la sesión de clausura del curso, en la cual disertó don José Vázquez Gómez sobre el interesantísimo tema, de palpitante actualidad, «Correlación clínico-pedagógica en la asistencia a subnormales».

Fue presentado por el presidente de la Hermandad, doctor Azúa Dochao, quien agradeció la presencia del orador en la Academia Deontológica, y señaló los méritos relevantes del mismo en función del tema a tratar.

Comienza el conferenciante aclarando el concepto de subnormal y define y revaloriza la situación personal de estos deficientes, destacando sus inmensos valores humanos. Después analizó el complejo de deficiencias, no puramente intelectuales, que surgen en el subnormal, y que hace que sea un inadaptado.

Desarrolló el problema de la clasificación de subnormales.

Detalló la extensión del número y proporción de subnormales, tomando datos oficiales de la UNESCO, según los cuales más de la tercera parte de la población padece alguna forma de subanormalidad. Los oligofrénicos propiamente dichos son el 5 por 100 del total de la Humanidad, y aun son más numerosos los que padecen defectos del carácter y de la conducta.

Expone la forma de determinar la subnormalidad mediante la observación de conductas y reacciones y, sobre todo, como en todas las ciencias, mediante la experimentación. Esta aplica los «tests» o pruebas tipificadas, de un enorme valor en manos expertas.

Explica los métodos de aplicar los baremos y obtener el coeficiente intelectual, del cual analiza sus variaciones y su forma de distribución en la población. Señala los factores que intervienen en la apreciación de dicho coeficiente, cuyo valor estudia.

Menciona la magnífica labor que desarrolla en Zaragoza la Asociación Tutelar Aragonesa de Subnormales y hace un llamamiento para vencer el falso pudor social que hace enmascarar el hecho de tener un subnormal en la familia, con notorio perjuicio para el propio deficiente.

Termina indicando la colaboración eficacísima que pueden prestar los médicos, en todos los aspectos, ya que debe ser labor de todos proteger a los subnormales para desarrollar en ellos todas las potencias que puedan poseer.

En el diálogo que siguió intervino el Hermano Dr. Alvira, quien felicitó al conferenciante y aportó algunos datos. También intervino el reverendo consiliario M. I. Sr. D. Antonio García Cerrada, quien hizo algunas consideraciones de orden espiritual y social.

El presidente de la Hermandad, doctor Azúa, declaró clausurado el Curso 1962-63 de la Academia Deontológica.

CONFERENCIA EN LA MUTUA DE ACCIDENTES

El día 1 de junio tuvo lugar una conferencia sobre «Problemas terapéuticos que plantean las fracturas de calcáneo», a cargo del doctor don F. Jimeno Vidal, de Barcelona.

CLAUSURA DE CURSO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRIA

En los locales del Ilustre Colegio de Médicos tuvo lugar el día 28 de junio la clausura del curso 1962-63 de la Sociedad Aragonesa de Pediatría. En dicho acto pronunció una conferencia el doctor don Santiago Ucar, jefe del Servicio de Neurocirugía de la Residencia «José Antonio», del S. O. E.

El conferenciante fue presentado por el presidente de la Sociedad, profesor Lorente Sanz. A continuación hizo uso de la palabra el doctor Ucar, que agradeció a la Sociedad Aragonesa de Pediatría la invitación que le había hecho para tomar parte en esta sesión. Pasó después a resaltar la importancia del tema, «Hidrocefalias en la infancia», cuya incidencia, según las estadísticas, puede alcanzar del 1'7 al 5 por 1.000 nacidos vivos; junto a ello, la casi total carencia de terapia médica y la gran importancia social y familiar de esta alteración. Dentro de los tres grandes grupos de causas etiológicas —hiperproducción de líquido cefalorraquídeo, dificultad de reabsorción o de tránsito— resaltó la importancia de los factores inflamatorios y las malformaciones congénitas. Desde un punto de vista terapéutico se dividen clínicamente en comunicantes y obstructivos, señalándose la marcha a seguir para su diagnóstico exacto.

En cuanto al tratamiento, revisa el conferenciante los métodos médicos, que han sido variadísimos, pero cuyos resultados suelen ser pasajeros. La solución es generalmente quirúrgica, y para decidir la intervención debe tenerse muy en cuenta la selección del paciente atendiendo al resultado que podamos obtener. En segundo lugar es necesario conocer con exactitud de qué tipo de hidrocefalia se trata. A continuación expuso las distintas técnicas a seguir, los resultados conseguidos con cada una y su experiencia personal.

El conferenciante fue muy aplaudido por todos los asistentes. En la discusión intervinieron los doctores Ros, Azcona, Almeida, Dolset, Galán, y el profesor Lorente, que en nombre de la Sociedad Aragonesa de Pediatría felicitó al doctor Ucar por el gran interés de su comunicación y le agradeció su colaboración.

EL DR. DEXEUS, EN LA SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

El día 24 de junio tuvo lugar la solemne clausura del curso 1962-63, de la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española.

La sesión fue presidida por el doctor Giménez González, presidente de esta filial, y en ella dedicó unas palabras de presentación y de saludo al doctor Dexeus.

El doctor don Santiago Dexeus Font, presidente de la Junta Nacional de la Sociedad Ginecológica Española, expresó su satisfacción por volver a ocupar esta tribuna, y expuso con gran brillantez y con su acostumbrado magisterio una excelente conferencia sobre «De las posibilidades relativas para rebajar la mortalidad fetal», que constituyó una segura pauta de actuación para el ejercicio profesional. El conferenciante, que ilustró con proyecciones su disertación, fue muy aplaudido y felicitado.

Por la noche, en el «Restaurante Savoy», se celebró la comida de fin de curso, que fue presidida por el doctor Dexeus y a la que asistieron como invitados los conferenciantes que han participado en las tareas de la Ginecológica aragonesa.

ACTOS CONMEMORATIVOS DE LA PATRONA DE LOS MEDICOS

El día 27 de junio, festividad de Nuestra Señora la Santísima Virgen del Perpetuo Socorro, declarada por breve pontificio de Su Santidad Juan XXIII, Patrona de los médicos españoles, se celebró en la Iglesia de Santa Catalina de Siena una solemne misa, oficiada por el Ilmo. Sr. D. Vicente Tena, Vicario General y Prelado Doméstico. Predicó el sacerdote y médico don José María Arenal, director espiritual del Colegio Mayor Universitario «Pedro Cerbuna». La Capilla del Pilar, que dirige el maestro Azagra, interpretó la Primera Pontifical, de Perosi; al Ofertorio, el «Ave Verum», de Mozart; terminando con el «Responso», de Perosi, por los médicos fallecidos desde la fiesta anterior.

LAS NACIONES UNIDAS Y EL FONDO DE PROTECCION A LA INFANCIA

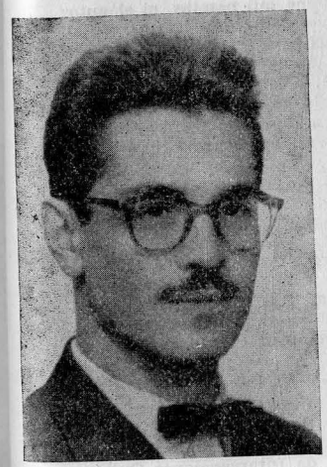
Ha salido para Nueva York, a tomar posesión de su cargo de miembro del Consejo Ejecutivo del UNICEF, el jefe de Puericultura de la Sanidad Nacional y académico de la Real de Medicina, doctor don Juan Bosch Marín.

Componen el Consejo del UNICEF representantes de treinta países, entre los ciento once que componen las Naciones Unidas. El mandato de cada consejero dura tres años. El Consejo Ejecutivo se reúne dos veces al año a planear y programar las campañas de colaboración de asistencia sanitaria y social del Fondo Internacional de las Naciones Unidas de Ayuda a la Infancia con las gobiernos.

El día 20 se reúne en Nueva York el Consejo Ejecutivo en su primera reunión de 1963, bajo la presidencia del director ejecutivo, Mr. Pate, y del presidente del Consejo en ejercicio actualmente, doctor Bustamante.

El doctor Bosch Marín dará cuenta del desarrollo de los programas del UNICEF en España, que se refieren, especialmente, a la lucha contra el tracoma, establecimiento de centrales lecheras con destino a la infancia y programa de educación sanitaria y de la nutrición en el medio escolar español.

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor **Andrés Aguilar**, que presentó una interesantísima comunicación a la Real Academia sobre «Intervención interauricular a corazón abierto».



El doctor **Dexeus**, que pronunció la conferencia de clausura en la Sección del Ebro de la Sociedad Ginecológica Española.



El doctor **Del Campo**, prestigioso forense de Pamplona, que presentó una notable comunicación sobre «Heridas en corazón», en nuestra Real Academia.

DE PREVISION SANITARIA NACIONAL

¡SE LLEGO A LOS 16.000 VEHICULOS!

Pocos meses hace que otras páginas de revista profesional médica recogieron la noticia de haber alcanzado la Sección del Automóvil de nuestra Mutualidad Sanitaria la cifra de 15.000 vehículos efectivos inscritos en ella; es decir, de automóviles y motocicletas rodando con la gran frecuencia exigida por las necesidades de sus usuarios, los profesionales sanitarios, por vías urbanas o rutas campesinas, expuestos en cualquier momento a un siniestro o accidente. Aquéllos se han visto incrementados en un millar más a un ritmo aceleradísimo, en las proximidades de los doscientos mensuales, deduciendo las bajas, cuando no rebasando aquella cifra. Es evidente que la motorización en los traslados viarios parece imponerse, por necesaria, con gran rapidez; y que tal vez nuestra nación se hallara un poco retrasada en la proporcionalidad de vehículo - habitante; pero en la modificación de dichas cifras muy posiblemente marchen en cabeza las clases sanitarias, las más por precisión imperiosa del desempeño de sus funciones y algunas por múltiples y pequeñas motivaciones particulares. Pudiera estimarse que se había llegado, o estaba próxima, la saturación de vehículos entre los sanitarios; mas no es así, al menos por lo que se refleja en la Mutualidad, que debe constituir exponente muy fiel de tal situación, sino que continúa el crecimiento. Antes, era excepcionalísimo el mutualista que poseía dos vehículos inscritos en ella; ahora se van frecuentando quienes se hallan en dicha situación: primero, automóvil y motocicleta; más tarde, dos automóviles; por último, dos automóviles y una motocicleta. Esta última, menos veces para urgencias o caminos defectuosos que para hijos ya mayores, pero todavía no emancipados, en carga amable aun cuando a veces demasiado onerosa. Estos mismos chicos quieren tener un cochecito pequeño, o la esposa, encajada en la actual situación ambiental de conducción femenina de vehículos, lo considera tan necesario para su habitual vivir como una prenda de vestir o un adorno personal, desde luego lujoso.

En la formación del nuevo millar se han destacado, como es lógico, los médicos, de mayor precisión vehicular; pero los veterinarios también figuran en crecido número, ya que su máximo núcleo profesional es de ejercicio rural, con exigencias de desplazamientos a las cada vez más frecuentes explotaciones agrícolas y ganaderas, dispersas por el agro. Quizá la reciente integración de esta clase en la Mutualidad motivara el desconocimiento de la Sección, y, al conocerla, también la apetencia de buscar en ella su beneficio. El escaso número de farmacéuticos que antes figuraba en la Sección aumenta de modo muy destacado, y sobre todo en este último millar, fenómeno tal vez originado por la difusión personal de sus ventajas, en comentarios y conversaciones. En número reducido de los odontólogos, inscritos en sus Colegios profesionales, se refleja asimismo en las inscripciones del nuevo millar; mas no por eso dejan de figurar bastantes en éste. Muchos de ellos se han inscrito en la cobertura total, que comprende responsabilidad civil y daños a terceros, daños propios, incendio, robo y accidente personal, pero aún continúan bastantes con sólo responsabilidad civil, en cifra que con alguna lentitud se consigue elevar a 200.000 pesetas.

De proseguir igual ritmo de inscripciones, en superación a las precedentes, se prevé que para finales del año se alcance otro nuevo millar, hecho muy envanecedor, grato de recordar, pero también agobiador, por el considerable número de siniestros y accidentes que lógicamente tiene que originar.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

Premio de la Academia.—Se convoca concurso para premiar al autor del mejor trabajo inédito que desarrolle asunto libre, original, de Medicina, Cirugía, Farmacia o Veterinaria.

Serán preferidos los trabajos de investigación personal.

El premio consistirá en el título de **académico corresponsal y seis mil pesetas,** si el autor reuniese las condiciones reglamentarias, y podrán concederse accésits, consistentes en diploma de mención honorífica y título de académico corresponsal a los trabajos que lo merezcan, a juicio de la comisión censora.

Premio A. Gamir.—Se convoca concurso para premiar al autor del mejor trabajo inédito que desarrolle el tema biográfico «El doctor Agustín Trigo Mezquita, farmacéutico y académico».

El premio consistirá en el título de **académico corresponsal y cinco mil pesetas**, si el autor reuniese las condiciones reglamentarias, y podrán concederse accésits, consistentes en diploma de mención honorífica y título de académico corresponsal, a los trabajos que lo merezcan a juicio de la comisión censora.

Podrán concurrir a ambos concursos los profesionales que no sean académicos numerarios de esta corporación.

En el caso de que un trabajo premiado fuera de más de un autor, el título de académico corresponsal sólo será otorgado al primer firmante.

Los trabajos deberán tener entrada, bajo lema, en la secretaría de la Academia, antes de las catorce horas del día 30 de noviembre de 1963, y regirán en este certamen las condiciones ordinarias de los concursos cerrados.

PREVISION SANITARIA NACIONAL

Bastantes Colegios profesionales sanitarios se han dirigido a esta entidad solicitando ampliación del plazo para la inscripción libre en el Servicio de Ayuda de Intervenciones Quirúrgicas, cuya terminación estaba fijada en 30 de junio; habiéndose acordado prorrogar dicho plazo hasta el 31 de diciembre próximo, con el fin de beneficiar a los mutualistas que hubiesen tenido tardío conocimiento de aquélla, último plazo que no podrá ampliarse.

VIDA MÉDICA NACIONAL

CONFERENCIA DEL DR. A. PUIGVERT EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE BARCELONA

Presidida por el profesor doctor A. Pedro y Pons tuvo lugar en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona la anunciada conferencia del doctor A. Puigvert sobre «Hidronefrosis, hidrocaliectasia e hidrocaliosis». Magistralmente expuso los conceptos por los que debe denominarse «hidrocaliosis» a una enfermedad renal que hasta el momento venía incluyéndose dentro del grupo de las hidronefrosis. Se trata de una afección renal congénita, caracterizada por un aumento de volumen de las cavidades calicilares, sin obstrucción que dificulte su evacuación. El conferenciante aportó una extraordinaria documentación radiográfica, característica para definir la nueva enfermedad y para distinguirla de la hidronefrosis e hidrocaliectasia. Seguidamente, el doctor A. Puigvert analizó los síntomas clínicos, muy escasos y dependientes fundamentalmente de afecciones sobreañadidas: cálculos, infección. Finalizó su aportación con el estudio anatomopatológico de la afección y las normas terapéuticas para la misma.

El doctor A. Gómez y Gómez intervino en la discusión, valorando el interés de la aportación del doctor Puigvert, y en especial la confirmación histopatológica de la disembriogenia.

El profesor doctor Pedro y Pons glosó la nueva entidad parangonándola a las afecciones congénitas broncopulmonares, e hizo hincapié en la importancia de la nomenclatura médica, que define —como ocurre con el término «hidrocaliosis»— el concepto de una nueva entidad patológica. Asimismo, abogó para que periódicamente se solicitara por la Real Academia de la Lengua la colaboración de profesionales especializados, que con sus términos científicos contribuyen al enriquecimiento del léxico.

Al término de su disertación, el doctor Antonio Puigvert fue muy felicitado por los académicos y concurrentes.

EL DR. QUINTANA, NUEVO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE HIGIENE

Bajo la presidencia del doctor García Orcoyen, director general de Sanidad, se ha reunido en junta general extraordinaria la Sociedad Española de Higiene, para dar posesión al nuevo presidente, doctor don Primitivo de la Quintana; al vicepresidente, doctor Alvarez-Sierra, y al secretario, doctor Rico Avello. Leída por el doctor Franco Jaramillo el acta de la elección en que fueron designados estos cargos, hizo uso de la palabra el doctor Quintana, quien pronunció un discurso, haciendo historia de la Sociedad Española de Higiene. Anunció la convocatoria de un concurso para un premio de veinte mil pesetas y dos de diez mil, a trabajos de sanidad e higiene.

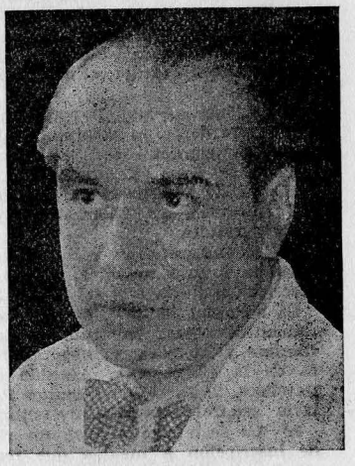
FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor **Bosch Marín**, que está llevando a cabo en el extranjero una notable campaña acerca de los progresos realizados por España en protección materno-infantil.



El doctor **Nogueras**, que ha sido objeto recientemente de un fervoroso homenaje en Avila, el día de la festividad de la Patrona de los médicos.



El doctor **Puigvert**, que ha pronunciado en la Real Academia de Medicina de Barcelona una interesante conferencia.

IX JORNADAS ANGIOLOGICAS ESPAÑOLAS

Durante los días 10, 11 y 12 de junio del presente año han tenido lugar en Playa de Aro (Gerona), presididas por el doctor F. Martorell, las IX Jornadas Angiológicas Españolas de la Sociedad Española de Angiología.

En el curso de estas Jornadas se presentaron y discutieron varios e importantes temas sobre enfermedades del aparato circulatorio periférico, cada día más frecuentes, algunos de los cuales constituyeron una novedad digna de consideración en el constante avance de la Angiología. Se celebró, asimismo, un symposium sobre «Enfermedad tromboembólica».

Se acordó que en el próximo Congreso, a celebrar en 1964, la Sociedad otorgue un premio de cinco mil pesetas a la mejor comunicación presentada por un miembro de la misma cuya edad no sobrepase los cuarenta años.

Par toda información referente a la Sociedad Española de Angiología, dirigirse al secretario de la misma, doctor Tomás Alonso, Departamento de Angiología del Instituto Policlínico, Platón, 21, Barcelona.

CURSO SOBRE «ALGUNOS ASPECTOS NUEVOS DE LA PATOLOGIA»

En Madrid, durante los días 1 al 6 de julio, se celebrará en la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, del Instituto de Investigaciones Clínicas Médicas, el V curso anual para médicos, que versará sobre «Algunos aspectos nuevos de la Patología», y será dirigido por el profesor Jiménez Díaz, con una notable colaboración de destacados especialistas.

El programa será el siguiente:

Día 1, lunes.—Mañana: «Disrreacción y alergia»; tarde: «Las infecciones».

Día 2, martes.—Mañana: «Las enfermedades autoinmunes»; tarde: «Las enfermedades del colágeno».

Día 3, miércoles.—Mañana: «Los estados disenzimáticos»; tarde: «Endocrinología y regulaciones».

Día 4, jueves.—Mañana: «La enfermedad maligna»; tarde: «Las disproteinemias».

Día 5, viernes.—Mañana: «La enfermedad trombótica y los estados de hipercoagulación»; tarde: «Las enfermedades yatrogénicas».

Condiciones.—1.ª La matrícula para este curso es gratuita.

2.ª Es indispensable para la asistencia a este curso la inscripción en el mismo. El plazo de inscripción queda cerrado el día 28 de junio.

La solicitud de inscripción se dirigirá a las siguientes señas: Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, Avenida de los Reyes Católicos, 2, Dr. Miguel Bañón Penalba, secretario general Ciudad Universitaria, Madrid.

3.ª La secretaría seguirá un riguroso orden de inscripción a medida que reciba las solicitudes, limitándose el número de las mismas a la capacidad del aula magna.

La tarjeta de cursillista será recogida en dicha secretaría el mismo día 1. En el caso de exceder el número de inscripciones a la capacidad del aula magna, serán notificados los que por dicha razón no puedan asistir.

CONGRESO INTERNACIONAL DE REHABILITACION, EN COPENHAGUE

Se celebró en Copenhague el Congreso Internacional de Rehabilitación.

La Dirección General de Sanidad española designó como representantes a los doctores don Juan Bosch Marín, don Cecilio González y don Heliodoro Ruiz, para colaborar en las tareas de la Asociación Internacional de Rehabilitación.

Bajo la presidencia del profesor Alam Moncrif, de Londres, se celebró en Copenhague la reunión anual de expertos que, por encargo de la Organización Mundial de la Salud y del Centro Internacional de la Infancia, de París, estudia el porvenir de los niños deficientes en Europa.

El doctor Bosch Marín presentó la labor realizada por el Patronato Nacional de Rehabilitación y un estudio estadístico muy detallado, elaborado por el Servicio de Rehabilitación que en Barcelona dirige el doctor Sales Vázquez, siendo muy apreciado el notable trabajo que muestra la situación auténtica de los deficientes motores y psíquicos en los medios urbano y rural.

Se acuerda la publicación de un informe conjunto entre los profesores Moncrif, de Londres; Anderson, de Copenhague; D'Avignon, de Estocolmo; Bosch Marín, de España; Fabia, de París; Contcharova, de Leningrado; Janda, de Praga, y Von Sydow, de Sundsvall, sobre presente y futuro de los problemas de invalidez de la infancia en Europa.

La Organización Mundial de la Salud y la Unesco esperan informe para elaborar las recomendaciones pertinentes.

EL DR. NASIO, MIEMBRO DE LA «ASOCIACION DE MEDICOS ESCRITORES»

La Asociación de Médicos Escritores ha nombrado, en la última reunión de la junta directiva, miembro de número, al doctor Juan Nasio, «por la meritoria labor que viene desarrollando en el campo de la literatura médica, histórica y sociológica».

Esta distinción del reconocido gastroenterólogo se suma a la obtenida recientemente, «Premio Gregorio Araóz Alfaro», instituído por el Consejo del Escritor, por la presentación de su «Tratado de Gastroenterología», en tres tomos y un tomo índice, en el que colaboraron más de noventa renombrados gastroenterólogos de Europa y América.

Al margen de su quehacer médico, el doctor Nasio se ha destacado como excelente escritor en el campo de las biografías médicas y versado historiador, actividad intelectual que le ha valido sitiales consagratorios en reconocidas instituciones culturales de América y Europa. Los estudios sobre Ramón y Cajal y Gregorio Marañón han adquirido notoriedad. Sus sólidas teorías humanísticas han merecido la atención de ciertas escuelas filosóficas europeas. En la República Argentina es miembro titular de la Academia Privada de la Historia, de la Sociedad Argentina de Humanismo Integral y de la Sociedad Argentina de Escritores. Su clásica obra literaria sobre Ramón y Cajal fue prologada por el maestro Gregorio Marañón.

SOLEMNE CLAUSURA DE CURSO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRIA

El día 14 de junio tuvo lugar en el salón de actos del Colegio de Médicos la sesión de clausura de curso de la Sociedad Valenciana de Pediatría.

La conferencia de clausura fue confiada a una de las más destacadas figuras de la Pediatría europea, el profesor A. Prader, del Kinderspital de Zurich, el cual fue presentado con elocuentes palabras por el presidente de la Sociedad, doctor Boix Barrios, destacando la significación del acto y los méritos del conferenciante, como brillante continuador de la escuela pediátrica de su país.

Seguidamente, el profesor Prader desarrolló con gran competencia y acopio de datos su disertación sobre «La hormona somatotropa humana en el tratamiento del enanismo», siendo seguida con gran interés por el auditorio, que le premió con muchos aplausos y felicitaciones.

Antes de iniciarse el acto, el secretario de la Sociedad Valenciana de Pediatría, doctor Colomer Sala, leyó el fallo del jurado, siendo otorgados los premios del curso 1961-62 de la siguiente forma:

Premio de la Sociedad Valenciana de Pediatría, a los doctores José A. Jiménez, Juan A. Murgui y Ernesto Guillén. Premio de la Dirección General de Sanidad, al doctor Juan Gil Barberá. Premio «SAM»», al doctor Santiago Ruiz Company, todos los cuales recibieron los galardones en medio de grandes aplausos.

NUEVO ACADEMICO

La Real Academia de Medicina ha elegido al profesor don Gonzalo Piédrola Gil para ocupar la vacante de número existente en la Sección de Higiene, Medicina Social y Ciencias Afines.

EL DR. BOSH MARIN, EN EL CENTRO INTERNACIONAL DE LA INFANCIA DE PARIS

Se reunió en el Centro Internacional de la Infancia el symposium sobre el tema «La enseñanza de la Pediatría social en Europa». Asistió el jefe de Puericultura de la Sanidad Nacional y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, doctor don Juan Bosch Marín.

Expertos en Pediatría y Puericultura social de la casi totalidad de los países de Europa estudiaron en el Centro Internacional de la Infancia los eprogresos realizados en protección materno-infantil en el continente europeo. El doctor Bosch Marín destacó los grandes beneficios que la infancia española ha conseguido en el presente siglo y, en especial, en los últimos veinticinco años.

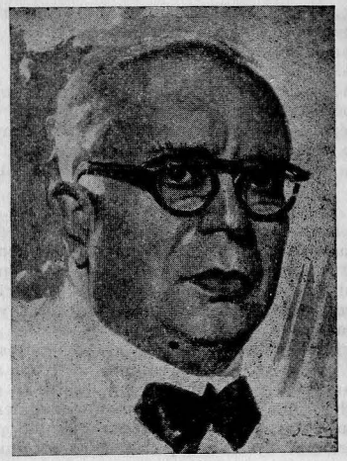
Profesores, universitarios y jefes de los Servicios de Sanidad europeos acordaron las líneas generales más convenientes para la formación de personal de las instituciones de asistencia y seguridad social infantil, y los métodos de educación sanitaria de la población en defensa de la salud de la madre y el niño.

NECROLOGÍA

EL DR. FERNAN PEREZ, ESCRITOR MEDICO, HA MUERTO

La salud quebrantada en estos últimos tiempos del infatigable periodista médico doctor Fernán Pérez, ha tenido al fin un fatal desenlace, y el día 17 del pasado recibíamos la penosa noticia de su fallecimiento.

D. Juan Fernán Pérez ha llenado con su actividad fecunda más de cincuenta años de periodismo médico en España, siendo una de sus figuras más brillantes y representativas.



Hábil e inteligente escritor, tuvo siempre en su espíritu el temple y la firmeza del luchador frente al desaliento y al fracaso. A pesar de sus ironías y en ocasiones de su espíritu burlón y satírico, en el fondo era un romántico desdeñoso, y gracias a su firme y generosa vocación de escritor encontró siempre la clase médica en él, un trabajador infatigable en la defensa de muchas de sus reivindicaciones.

La senectud no abatió sus energías, pero le hizo más escéptico e incisivo en sus escritos, siempre pulcros y de una prosa fácil. Ha escrito en su vida millares de artículos y ha colaborado en numerosas revistas y publicaciones periódicas de España y América, siempre con acierto y amenidad particulares, ilustrando además sus crónicas personalmente, pues era igualmente un experto fotógrafo y tenía un notable temperamento artístico.

Nació en 1888 en la provincia de Jaén, en Porcuna, hijo de modestos comerciantes, y recuerdo haberle oído contar cómo, para costearse sus estudios en Madrid, trabajaba como mancebo de botica, teniendo que preparar pomadas y píldoras. En el año 1911 ganó las oposiciones de interno en el Hospital de la Princesa, y posteriormente fue médico de la Beneficencia Provincial de Madrid.

Periodista nato perteneció como redactor al diario «La Tribuna», y dirigió la «Ilustración Española y Americana»; más tarde ha sido redactor médico de «Madrid» y «Domingo». Fue fundador de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas, en el año 1927, ocupando du-

rante muchos años su secretaría. Fue también redactor jefe de «La Medicina Ibera» y también de nuestro desaparecido semanario «La Opinión Médica», de tan grato recuerdo. Igualmente creó y dirigió con acierto una revista popular de Higiene y Sanidad, titulada «Salud».

Ha sido secretario del Colegio de Médicos de Madrid, ha conseguido múltiples premios y distinciones, y era miembro de numerosas entidades y academias; entre ellas, tenía la Medalla de Oro y el título de Académico Corresponsal de la Nacional de Medicina.

Una gran parte de su producción ha sido publicada en esta revista, por la que sentía especial preferencia desde muy antiguo, y de él hemos obtenido muchas y valiosas enseñanzas.

Con él desaparece una figura muy popular del periodismo médico, que ha llenado toda una época de divulgación en nuestra prensa, y que será muy difícil reemplazar.

R. Horno Liria.

* * *

En la inauguración del curso 1944-45 de la Asociación Española de Escritores Médicos, el doctor Velasco Pajares, presidente que fue de la misma, desarrolló este tema: «Escritores médicos y médicos escritores. Marañón y Pío Baroja».

Escritor médico —decía— es el que escribe sobre Medicina, y que cuando lo hace sobre temas ajenos, les infunde un espíritu, estilo y léxico, que en todo momento demuestran que su autor es médico; como ejemplo ponía a Marañón. En cambio, el médico escritor no da ese sentido biológico a sus trabajos literarios, cuida más la belleza del estilo, el fondo emocional, la exposición realista unas veces, poética otras; en fin, todo aquello que da interés y emoción a su obra; esto ocurría con Pío Baroja.

El doctor Juan Fernán Pérez fue, según este esquema, un escritor médico completo: escribió en torno a la Medicina desde su juventud, y ha llegado a celebrar las bodas de plata con la pluma. En todos sus artículos, crónicas, campañas de divulgación, apuntes para programas de toda clase de oposiciones, trabajos para concursos de premios —alguno como el de la Medalla de Oro de la Real Academia de Medicina de Madrid—, justifican sobradamente este merecido título de «escritor médico».

Una particularidad extraordinaria, nacida de la vocación de escritor, llevó a Fernán Pérez a dedicarse por completo al periodismo médico, destacando siempre por su laboriosidad e ingenio, y arrostrando valientemente sus inmensas dificultades, pues el periodista médico ha de escribir con rapidez las crónicas y sucesos que tengan actualidad, ha de dar una nota personal y combatiente a sus trabajos para darles interés; por esto ha de tener siempre que inclinarse, aunque con justicia, hacia un bando. El no favorecido será siempre un enemigo que no perdona; al que le dio la razón, pronto lo olvidará y no lo agradecerá, por creer que es un acto de justicia.

La gran tragedia de Fernán Pérez fue su constante lucha para vivir de la pluma al dejar el ejercicio profesional, arrastrado por su vocación de escritor; con lo cual no pudo volver a escribir con el placer de cambiar de trabajo y gozar de esa satisfacción de meditar los temas, consultar archivos, viajar por ilustrarse y contemplar panoramas para traspasar a las cuartillas las emociones de los recuerdos y enseñanzas vividas. Baroja nos habla mucho de esa tranquilidad lograda —ataraxia, dice—, recordando su formación médica, y hasta algún admirador quiso que se pusiera en su lápida sepulcral esta palabra tan prestigiosa del maestro. El doctor Marañón nos cuenta del optimismo y gozosa tranquilidad que disfrutaba al leer y escribir en las soleadas tardes toledanas, a la sombra de los olivos, y aún más en los atardeceres, cuando por el silencio se empezaba a oír el cantar del Tajo...

Fernán Pérez fue un galeote del navío al que estaba amarrado por la dura obligación del trabajo cotidiano del periodista médico. No descansó nunca. Ahora murió ejemplarmente, y a Dios pedimos le acoja con misericordia, para gozar el descanso eterno.

A. Castillo de Lucas.

EL DR. ALVARO GRACIA

Ha fallecido a los ochenta y nueve años de edad el doctor don **Eusebio Alvaro Gracia.** Residía en Madrid, donde en 1902 obtuvo el número uno en las oposiciones a la Beneficencia Municipal. En 1903 obtuvo también el número uno en las oposiciones al Hospital de la Princesa. Se especializó en pulmón y corazón. Ganó también, mediante oposición, la plaza de director del Instituto Municipal de Tisiología.

EL DR. ROCA DE VIÑALS

Ha fallecido en Barcelona el eminente especialista doctor don **José María Roca de Viñals**, uno de los primeros médicos en practicar la cirugía contra la sordera en España.

A él se debe la fundación de la Sociedad Internacional de Audiología, y era miembro de numerosas sociedades profesionales españolas y extranjeras. Era miembro del cuadro médico de la Asociación de la Prensa de Barcelona, y su muerte ha sido muy sentida en aquella ciudad, donde gozaba de grandes simpatías y prestigio.

EL DR. SAINZ DE LOS TERREROS

Con el doctor **Carlos Sáinz de los Terreros** desaparece una de las figuras más señeras de la Pediatría española, en la que ocupó los cargos más destacados.

Fue presidente de la Sociedad de Pediatría. Dirigió la Institución Municipal de la Gota de Leche, y regentaba los Servicios de Fisiopatología Infantil en el Hospital Central de la Cruz Roja Española.

EL DR. GOMEZ SABUGO

Hace unos meses falleció el doctor **José Gómez Sabugo**, jefe de la Inspección Médica de Servicios Sanitarios del S.O.E. en el Ministerio de Trabajo. Era persona muy apreciada por sus excelentes dotes personales y por su capacitación en la organización del Seguro Obligatorio de Enfermedad, al que dedicó su actividad durante muchos años.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

DE PREVISION SANITARIA NACIONAL

HACIA LAS 500.000 PESETAS

El Consejo de Administración de la Mutualidad Sanitaria está recibiendo cada vez con mayor frecuencia e insistencia peticiones para el aumento del subsidio máximo de la Sección de Vida hasta 500.000 pesetas. La cifra de medio millón de pesetas se considera suficiente por el momento, aun cuando no satisfactoria en absoluto. Tal vez haya contribuído a fijarla y llamar la atención sobre ella la cuantía de la responsabilidad civil establecida en el reciente Código de la Circulación. La evolución que está sufriendo el criterio colectivo sobre previsión social, posiblemente motiva también el cambio, y con mayor fundamento el desarrollo de la economía familiar con la progresiva elevación del coste medio de vida. Y las peticiones han comenzado a hacer mella y obligado a pensar en un posible estudio sobre la conveniencia de su implantación.

Por error crasísimo, denotador de falta de compañerismo, Previsión se consideraba por muchos médicos, en el momento de su fundación, faltos de confianza y temerosos de su dinero, como destinada únicamente a los modestos; y este error se manifestaba más en los acaudalados, desdeñosos de la grandiosa obra social. La inequívoca marcha de la Institución, y muy en especial la implantación y desarrollo de la Sección del Automóvil, ha motivado cambio muy manifiesto, y ahora son éstos quienes solicitan grupos más amplios con mayor insistencia.

Es cierto que existen otras ayudas económicas en caso de fallecimiento, procedentes de diversos orígenes (colegiales, S.O.E., seguro libre, forenses, registro civil...); mas la evolución criteriológica de la previsión social sanitaria prevé atender con éstas las primeras necesidades de ayuda, y hallar en los grupos de Previsión Sanitaria Nacional el apoyo para una defensa económica familiar efectiva posterior.

La experiencia recogida con el desarrollo del grupo XXIX de Vida, pudiera ser aplicada, y aun rebasada, en estos otros. Y el salto sería decidido: de 300.000 a 500.000 pesetas, sin grupos intermedios y con abono de la cuota de garantía de una sola vez. Esta fórmula permitiría, asimismo, el funcionamiento de los nuevos grupos con un mínimo de 500 inscritos, más fáciles de conseguir que los 1.000 señalados por el Reglamento; cifra que se ha demostrado más que suficiente para el comienzo de funcionamiento del grupo, permitiendo la constitución, desde luego más lenta, de las primeras reservas iniciales.

La cantidad de 500.000 pesetas es suscrita con gran frecuencia en entidades mercantiles por los mismos sanitarios que tienen sólo 300.000 pesetas en Previsión Sanitaria Nacional; y, si lo confrontan, las cuotas que abonan son más elevadas en aquéllas, pero atrae mucho la percepción del subsidio en vida, dentro de un plazo fijado, que como es lógico encarece mucho más aquéllas. Si efectuasen las inscripciones en la Mutual Sanitaria en edad temprana, también podrían alcanzar su percepción en vida, con las mismas cuotas abonadas, que serían desde luego más reducidas. Los estudios actuariales recientes han permitido encontrar que el subsidio se puede abonar a los treinta y cinco años de cotización de cuotas, tiempo que seguramente disminuirá en el futuro, y lo sería si todos perteneciesen a ellos, probado por los veinte años que sólo se exigen para el reintegro del grupo I. Las edades más propicias a la ampliación de cuotas de previsión por los sanitarios se hallan dentro de la cuarentena, y aun de la cincuentena, con lo que aquéllos se encarecen.

Se ha discutido la conveniencia de establecer altos de Vida; pero la posibilidad de presentación de enfermedades agudas y, sobre todo, carencia de derechos en un año, en los grupos de accidentes, ha hecho desistir de ello.

La cantidad de 500.000 pesetas ha sido considerada por el Estado como previsión social aceptable, al liberar de los derechos de transmisión de bienes las pólizas de seguros hasta dicha cuantía. Ello probará, asimismo, el criterio interior del Consejo de Administración de la Mutual, de estimar el subsidio de 500.000 pesetas en la actualidad equivalente al de 50.000 pesetas cuando se creó la Institución en 1931, puesto que en igual proporción, y tal vez más, pudiera estimarse las diferencias en el coste de vida y la devaluación del poder adquisitivo de la moneda. Nada existe en concreto sobre esta posible ampliación del grupo de Vida hasta una cantidad bastante razonable, que puede esperar aún algún tiempo para alcanzar el momento de efectuarlo; mas sí conviene iniciar clima propicio para ello, que refleja el pensar de gran número de asociados y mutualistas.

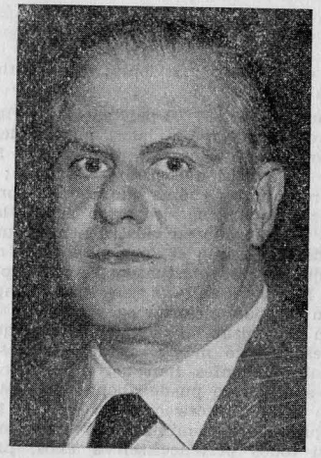
Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

NECROLOGÍA

EL DR. SANZ IBAÑEZ

La Medicina española acaba de sufrir, con el fallecimiento del doctor don **Julián Sanz Ibáñez**, una pérdida irreparable, que será sentida por toda la clase médica.

Su vitalidad y su dinamismo nada hacían presagiar de esta súbita desaparición, que priva a Aragón de uno de sus valores más destacados, y a España de uno de sus más representativos oncólogos.



Nacido en Zaragoza, cursó en esta Facultad sus estudios de Medicina, con brillantes calificaciones. Pasó después a Madrid, donde merecidamente destacó por su sólida preparación y por sus extraordinarias cualidades, llegando en corto espacio de tiempo a ocupar la cátedra de Anatomía patológica en la Facultad de Medicina de San Carlos, a ser académico de la Real de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, a director del Instituto del Cáncer y del Instituto «Cajal», y a ocupar un puesto como académico en la Real Academia Nacional de Medicina, donde ingresó en el año 1960, leyendo un trabajo interesantísimo sobre «Los procesos inmunológicos en el cáncer»; fue también miembro del Colegio de Aragón.

Posee numerosas distinciones y es autor de memorias, ponencias y trabajos meritísimos sobre tumores y, en especial, sobre cáncer.

Sus dotes de organizador se demostraron en el incremento que dio a las instalaciones y en los elementos de trabajo que supo acumular, y que sólo un hombre de su excepcional energía podía acumular, reuniendo también a su lado una activa masa de alumnos y colaboradores, que le secundaban eficazmente en su labor.

Hombre de extraordinaria simpatía, era una persona sumamente acogedora para todo lo que emanaba de Zaragoza, pues siempre conservó puro su aragonesismo de buena ley.

Nosotros perdemos un gran amigo, y la ciencia un positivo valor, del que todavía podían esperarse grandes trabajos y felices resultados.

Que Dios le permita gozar del eterno descanso que por su bondad merecía.

R. H. L.

TERCERA REUNION ANUAL DE LA ASOCIACION DE PEDIATRAS ESPAÑOLES

Se celebrará en Valencia, losdías 12 y 13 de octubre de 1963, organizada por la Sociedad Valenciana de Pediatría, bajo la presidencia del doctor E. Jaso Roldán, actuando como vicepresidente el doctor J. Boix Barrios, y como secretario el doctor Colomer Sala.

El orden de actos a celebrar se ajustará al siguiente programa provisional:

Día 11 viernes (tarde).—Recepción de socios.

Día 12, sábado.—A las diez horas, sesión científica sobre «Inmunología de la primera infancia», que será desarrollada en los siguientes apartados: profesor T. Sala, «Introducción»; doctor J. Forteza, «Fisiología inmunitaria celular»; doctores J. Colomer y V. Marco, «Exres J. Comín y J. Martínez Costa, «Inmunidad ploración de la situación inmunitaria»; doctoen el recién nacido y prematuro»; doctores V. Marco y J. Colomer, «Alimentación e inmunidad»; doctores J. Leduc, L. Cortés, J. Micó, J. Soler y C. Cortés, «Infecciones agudas del lactante»; doctor Selfa, «Profilaxis de las infecciones cruzadas en el recién nacido»; doctores V. Giménez y J. Martínez Costa, «Profilaxis inespecífica del lactante»; doctores J. Boix Barrios, L Mulinas y M.ª T. Navarro, «Terapéutica e inmunidad»; serán admitidas intervenciones a cada uno de los apartados del tema preferente, con una duración máxima de tres minutos.

A las dieciséis horas, comunicaciones libres sobre los temas siguientes: «Urgencias abdominales en la primera infancia» y «Terapéutica antiinfecciosa en la primera infancia». Cualquier socio de la Asociación de Pediatras Españoles puede presentar una o más comunicaciones, solo o en colaboración, sobre los temas fijados. Los temas de las comunicaciones, así como un resumen de la misma (una cuartilla a doble espacio) si desean que aparezca publicado, deberán ser remitidos antes del 31 de agosto a la Sociedad Valenciana de Pediatría, fecha en que se cerrará el plazo.

A las veintidós treinta horas, cena en un céntrico hotel.

Día 13, domingo.—A las diez horas, reunión de las comisiones de la Sección Profesional, Hospitales y de Cirugía Infantil de la Asociación. A las once horas, asamblea de la Asociación de Pediatras Españoles. A las catorce treinta horas, almuerzo típico en los alrededores de la capital.

VIDA MÉDICA NACIONAL

PERSONALIDADES DISTINGUIDAS CON LA GRAN CRUZ DE SANIDAD

S. E. el Jefe del Estado, a propuesta del Ministro de la Gobernación, ha concedido la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad a los siguientes señores don: Plácido González Duarte, don Cristóbal López Rodríguez, don José Soler Roig, don Luis Nájera Angulo, don Pedro Junyet Font, don José Vega Villalonga y don José Pérez Mel.

HOMENAJE A FLEMING EN BARCELONA

El quinto homenaje a sir Alexander Fleming se ha celebrado este año en Barcelona, organizado por la Asociación de Vecinos de la Calle del Carmen, en la que está enclavada la Real Academia de Medicina, en uno de cuyos muros hay un busto del descubridor de la penicilina.

El acto ha contado con la relevante presencia de lady Fleming, viuda del gran investigador británico.

El homenaje ha consistido en una ofrenda floral. Asistieron gran número de vecinos de la calle y muchos más barceloneses, que ofrecieron también ramos de flores.

Lady Fleming, a la que acompañaban representaciones de las autoridades municipales y diversas personalidades de la vida médica, estuvo muy emocionada por este recuerdo a la memoria del que fue su esposo.

EL V CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Con brillantes actos científicos y sociales se ha celebrado en Bilbao el V Congreso Nacional, que ha reunido en aquella industriosa ciudad a más de ciento cincuenta otorrinolaringólogos de toda España.

La ceremonia inaugural tuvo lugar en el aula magna de la Escuela de Ingenieros Industriales.

Presidió el gobernador civil de Vizcaya, don Guilermo Candón Calatayud, con el prelado de la diócesis, el presidente de la Sociedad Española de O. R. L., don Julio Ariño Cenzano; el presidente del V Congreso Nacional, don Gonzalo Bravo Pacheco, y autoridades y representaciones de Bilbao y de Vizcaya, entre ellas el jefe provincial de Sanidad, don Natalio Sánchez Plaza, y el decano de la Fa-

FIGURAS ARAGONESAS DE ACTUALIDAD



D. César Júdez, presidente de la Sección de Médicos del S. O. E., del Colegio Provincial de Zaragoza, y vocal de la Junta Colegial, a quien el Sr. Ministro de la Gobernación ha concedido la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad, por la eficaz labor llevada a cabo en defensa de los intereses profesionales.



El **doctor don Julio Ariño**, presidente de la Sociedad Española de O. R. L., que ha presidido en Bilbao las tareas del V Congreso Nacional de Otorrinolaringología, interviniendo brillantemente en las tareas del mismo.



El **doctor Joaquín Ezquerra**, médico titular de Tarazona, Presidente de la Sección de Médicos Titulares y vocal de la Junta Central, a quien el Gobierno ha concedido igualmente la Encomienda de la Orden de Sanidad, por la activa labor desarrollada en favor de la Sanidad pública

cultad de Ciencias Económicas, señor Sánchez Calero.

Inició el acto el doctor Bravo Pacheco, quien dio la bienvenida con palabras cordiales y de fino humorismo. Después, el doctor Ariño hizo historia, como presidente, de las anteriores reuniones, y calificó a estos congresos como un alto en el camino para mirar lo logrado, y un nuevo impulso para seguir adelante, así como el conocimiento entre los profesionales y el estrechamiento de lazos entre todos ellos.

Finalmente, el gobernador civil de Vizcaya, don Guillermo Candón Calatayud, después de unas cordialísimas palabras para todos, declaró abierto, en nombre del Jefe del Estado, el V Congreso Nacional de Otorrinolaringología.

Inmediatamente tuvo lugar la primera sesión, con la conferencia del profesor don Luis Manuel y Piniés, catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Granada, que disertó sobre «Colaboración del médico general y el especialista en la conducta terapéutica del cáncer», siendo muy ovacionado al terminar su trabajo.

En los tres días que duró este congreso se trabajó activamente, tanto que —como detalle— diremos que sumaron más de doscientas las comunicaciones recibidas en torno a la ponencia del congreso, sobre «Fisiopatología del laberinto posterior», preparada por los doctores G. Capella Bujosa, C. Gavilán Alonso y Manuel Mañón Gonzalvo.

Una ponencia que, según juicio de los profesores extranjeros que han venido al congreso, es de nivel internacional y de muy alto interés.

La asistencia fue muy numerosa y entre ella han figurado los seis titulares de las Cátedras de esta especialidad en España.

La sesión de clausura ue presidida por don Hilario Bilbao, vicepresidente de la Diputación d Vizcaya, y representaciones diversas, entre ellas la del Ayuntamiento, por el doctor Videgain, teniente de alcalde, y jefe provincial de Sanidad, señor Sánchez Plaza.

Tras unas palabras del doctor Bravo Pacheco, presidente del congreso, y del presidente nacional de la Sociedad, don Hilario Bilbao dijo unas frases muy cordiales y declaró clausurado el congreso, entre los aplausos de todos los que han asistido a él.

Por la noche hubo una cena de gala en el «Carlton», seguida de una brillantísima fiesta.

ESCUELA DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA DE MADRID

Ha quedado abierto el período de solicitud de matrícula para tomar parte en el concurso-oposición para el ingreso en la Escuela Profesional de Pediatría y Puericultura, adscrita a la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de Madrid.

Los estudios de la Escuela se dividen en dos cursos, durante los cuales se dará pleno desarrollo a las enseñanzas, tanto teóricas como prácticas, necesarias para la especialización en Pediatría y Puericultura. El número de plazas es limitado. Se ruega a cuantas personas deseen realizar dichos cursos presenten la solicitud a la mayor brevedad posible.

Cualquier información referente a las inscripciones, matrícula, etc., puede ser solicitada en la secretaría de la Escuela, Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria, planta 6.ª, teléfono 2-42-92-35, por las mañanas.

BECAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGIA

Beca de la sociedad

La Sociedad Española de Angiología, concede, como cada año, una beca subvencionada con 60.000 pesetas a un médico joven con interés por la Angiología, que este año se aplicará al Curso de Angiografía Selectiva organizado por el Dr. Ramiro Rivera en el Instituto de Patología General de Sevilla, en el mes de enero de 1964.

Los médicos que deseen optar a ella deben mandar su «Curriculum vitae» antes del día 30 de octubre de 1963 al Secretario de la sociedad, Dr. Tomás Alonso, Departamento de Angiología del Instituto Policlínico, Platón, 21. Barcelona.

Beca Prof. Pässler

El Prof. Pässler, de Leverküsen (Alemania), ha ofrecido a esta sociedad, y para uno de sus miembros, una beca de un mes de duración, consistiendo en un viaje de ida y vuelta en «Europabus» de Barcelona a Colonia (Leveridisen), habitación y comida en la clínica de Leverküsen.

Beca de la Angiologische Klinik Darestade

El Dr. Richter, en nombre del Prof. Ratschow, ha ofrecido a esta sociedad, y para uno duración, consistente en un viaje de ida y de sus miembros, una beca de tres meses de vuelta en «Touring-Bus», de Barcelona a Rarl mstadt y gastos de estancia en a nueva clínica de Angiología, en Darmatadt.

Pueden optar a estas becas, antes del día 30 de octubre de 1963, cuantos miembros pertenezcan a la Sociedad Española de Angiología, Sociedad que está encargada de designar el beneficiario de entre los que lo soliciten.

Dirigirse al secretario de Sociedad Española de Angiología, Dr. Tomás Alonso, Departamento de Angiología del Instituto Policlínico, Platón, 21. Barcelona.

XII CURSO DE CIRUGIA ABDOMINAL

Tendrá lugar en el Servicio de Cirugía General B (profesor doctor J. Pi-Figueras), del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, del 1 al 15 de diciembre de 1963, con especial referencia a las afecciones quirúrgicas del intestino delgado, colon, recto y peritoneo, celebrándose sesiones clínicas y operatorias, conferencias, lecciones y discusiones en mesa redonda sobre los temas del programa.

La matrícula está limitada a veinte alumnos, siendo de 1.500 pesetas el importe de los derechos de inscripción. A los asistentes les será entregado un diploma acreditativo de su asistencia al curso.

Para informes e inscripciones, dirigirse a los secretarios del curso: doctor Puig La Calle, Rosellón, 283, y doctor J. Jover, Lauria, 115, o a la secretaría del Servicio, San Antonio María Claret, 167, Barcelona.

SE CELEBRO LA II REUNION DE BIOQUIMICOS ESPAÑOLES

En Santiago de Compostela, y durante los primeros días del mes actual, tuvo lugar la II Reunión de Bioquímicos Españoles, a cuyas jornadas asistieron relevantes personalidades españolas y extranjeras, entre ellas el profesor Lora Tamayo, ministro de Educación Nacional; el doctor Ochoa, profesor de la «New York University» y Premio Nobel de Medicina; el doctor Jiménez Díaz y el doctor Villanueva.

La sesión académica inaugural se celebró en el aula magna de la Facultad de Ciencias, bajo la presidencia del doctor Ochoa, acompañado por el cardenal arzobispo de Santiago, rector de la Universidad, doctor Jiménez Díaz y otras personalidades. El doctor Villanueva pronunció unas palabras de presentación, agradeciendo la presencia de las personalidades que tomaron parte en estas reuniones.

En el salón de actos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas tuvieron lugar las sesiones de trabajo, en las que se presentaron importantes y valiosas comunicaciones. En nuestro próximo número daremos una amplia información de la labor científica realizada en la Universidad compostelana y de los actos celebrados, que culminaron con la entrega del título e investidura de Doctor Honoris Causa al doctor Ochoa. Estos actos fueron presididos por el ministro de Educación Nacional.

DISTINCIONES AL DOCTOR MOZOTA SAGARDIA

Nuestro distinguido colaborador y paisano doctor don José Ramón Mozota Sagardía, ha sido objeto de estimadas recompensas, ya que le han sido concedidas recientemente: la Cruz de la Orden del Mérito Militar, el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia con categoría de Cruz de primera clase y la Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad.

Las insignias, que han sido costeadas por suscripción entre sus compañeros militares y civiles, le serán impuestas solemnemente en fecha próxima por el Sr. Capitán General de la VI Región Militar.

También ha obtenido el título de médico especialista experto en técnicas broncológicas.

Felicitamos cariñosamente a nuestro querido amigo el doctor Mozota por tan brillantes éxitos, que vienen a acrecentar los valiosos méritos profesionales del ilustre otorrinolaringólogo santanderino.

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor Severo Ochoa, profesor de la «New York University» y Premio Nobel de Medicina, que ha recibido la investidura de Doctor Honoris Causa en la Universidad de Santiago de Compostela.



El doctor don Federico Bravo Morate, que recientemente acaba de tomar posesión de su nuevo cargo como Jefe Provincial de Sanidad de Barcelona.



El doctor don Eugenio Recaséns Méndez-Queipo de Llano, que ha sido designado para ocupar la vacante como profesor de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

CONGRESOS

CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

Tendrá lugar en Madrid, durante los días 16 al 1 de septiembre bajo el Patronato de S. E. D. Francisco Franco, Jefe del Estado y del Sr. Ministro de Trabajo, J. Romeo, actuando como Vice-Presidente, los Profesores Manuel Bermejillo y Díaz González, y el Dr. N. Perales, Presidente de la Junta Organizadora.

El congreso se desarrollará en la Casa Sindical. Paseo del Prado, núm. 18, en el centro de la ciudad de Madrid. Hasta un total de once salas de trabajo, de diferente aforo y condiciones, estarán preparadas para las reuniones de trabajo. En el programa definitivo se especifican las salas de trabajo y horario, según los temas a exponer y discutir.

Durante todas las jornadas de trabajo del Congreso, en dos de las salas funcionará un sistema de traducción simultánea a cinco idiomas (español, inglés, francés, alemán e italiano); en dos sesiones más se hará traducción simultánea a tres idiomas.

La Secretaría del Congreso, ante el número y variedad de las Comunicaciones libres presentadas, ha seleccionado las que deben ser leídas en la Sala con traducción simultánea, según el siguiente orden de preferencia:

1. Que el lector sea miembro de la Comisión Permanente y Asociación Internacional para la Medicina del Trabajo.
2. Que el mayor número posible de nacionalidades y el mayor número de tendencias científicas sean escuchadas y discutidas en cinco idiomas.
3. La prioridad en la reunión de los textos a la Secretaría.
4. Que la lectura esté relacionada con la comunicación oficial solicitada por la Comisión Organizadora.

Las sesiones de trabajo de las mañanas comenzarán a las nueve horas, para terminar a las trece horas. Las de la tarde comenzarán a las dieciséis horas, para terminar a las veintidós horas.

El registro de los congresistas se realizará el domingo y lunes, días 15 y 16 de septiembre.

Ediciones del Congreso

El volumen número I contendrá los textos de las Conferencias y Comunicaciones oficiales. El volumen IV contendrá los resúmenes de las Comunicaciones libres. Ambos libros estarán incluídos en las carpetas de los congresistas.

Los volúmenes II y III contendrán los textos «in extenso» de las Comunicaciones libres y las Actas del Congreso. Se publicarán con posterioridad (fecha aproximada, mes de febrero de 1964) y su suscripción, al precio de $ 30 los dos libros, se efectuará en mostrador especial de la Secretaría. Dicho precio de $ 30 no es valedero para las suscripciones posteriores al Congreso.

Comisión internacional permanente

La primera reunión de la Comisión Permanente y Asociación Internacional para la Medicina del Trabajo, tendrá lugar el domingo día 15 de septiembre, a las dieciséis treinta horas en la Sala E (planta baja) de Casa Sindical, con traducción simultánea a español, francés, alemán e italiano. La segunda reunión tendrá lugar el sábado día 21 de septiembre, a las nueve horas.

Mesas redondas

Durante le desarrollo del Congreso, además de la lectura y discusión de las Comunicaciones oficiales y libres, se desarrollarán Mesas Redondas sobre los siguientes temas:

1. Medicina agrícola.
2. Medicina de los transportes.
3. Medicina de la industria de producción de energía eléctrica.
4. Pruebas funcionales respiratorias en la fibrosis pulmonar.
5. Unificación de los criterios en la valoración de la invalidez.

La Comisión de Damas de la Comisión Organizadora recibirá a las damas congresistas en el Salón de Exposiciones (planta baja de las oficinas de Secretaría), el lunes día 16 de septiembre, al término de la Sesión de apertura del Congreso, diez treinta horas.

Toda la correspondencia para información o inscripción al Congreso debe dirigirse a: Dr. P. Sancho, Secretario General. Pabellón núm. 8, Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria. Madrid (3).

CURSOS

CURSO PARA PREPARACION DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACION

Por la Facultad de Medicina de Madrid, la Dirección General de Sanidad y el Patronato de Rehabilitación de Inválidos se convoca un curso para la formación de médicos especialistas en Fisioterapia y Rehabilitación. La duración del curso será de ocho meses, comenzando el día 15 de octubre de 1963. El número de alumnos queda limitado a quince. Los derechos de matrícula serán de 5.000 pesetas. Se concederán cinco becas entre aquellos alumnos que por su situación económica y expediente académico sean acreedores a ellas.

Las enseñanzas teóricas y prácticas se darán en centros asistenciales de Madrid, en los que se desarrollan actividades rehabilitadoras, contando con la colaboración de profesores extranjeros. La asistencia a las clases teóricas y prácticas es obligatoria.

Las instancias de solicitud de plazas para este curso deberán presentarse en la Facultad de Medicina, cátedra de Patología Quirúrgica del profesor Martín Lagos, donde se dará toda clase de información complementaria, del 15 al 30 de septiembre.

En la instancia deberá especificarse dirección y residencia del solicitante, centros donde trabaja o ha trabajado y relación de méritos profesionales.

A los alumnos que hayan realizado el curso con la obligada asiduidad de asistencia a las clases teóricas y prácticas y demuestren al final del mismo su capacitación en las pruebas que se realicen, se les otorgará el correspondiente diploma.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

EL MEDICO DEL «CASO DE LIEJA», SUSPENDIDO PROFESIONALMENTE POR SU COLEGIO

El doctor Jacques Casters, que fue absuelto en el mes de noviembre de 1962 con ocasión del llamado «proceso de Lieja», ha sido suspendido durante dos años en el ejercicio de su profesión por decisión del Colegio de Médicos.

Como se recordará, el doctor Casters firmó la receta que permitió a Suzanne Vandeputte adquirir el medicamento destinado a producir la muerte de su hija Corinne, nacida sin brazos por haber ingerido su madre la droga talidomida durante el embarazo.

HA MUERTO EL REO INDULTADO POR SOMETERSE A UN TRANSPLANTE DE PULMON

El condenado a muerte (indultado) de la penitenciaría del Estado de Mississippí, John Richard Russel, que sufrió el injerto de un pulmón, operación que no había sido intentada jamás en un ser humano, ha muerto de una nefritis.

Los cirujanos habían reemplazado su pulmón izquierdo, atacado de cáncer, por un pulmón sano, en el curso de una intervención quirúrgica de tres horas. Un portavoz del hospital de Mississippí ha declarado que la operación había sido afortunada y que el pulmón transplantado había funcionado normalmente hasta la muerte de John Russell.

El portavoz ha precisado que Russell ha muerto de nefritis, pero que el cáncer había ganado ya la mayor parte de sus órganos internos.

Russell, condenado a muerte por un crimen en 1957, tuvo conmutada su pena por la de cadena perpetua en razón de su excelente conducta y a su contribución a la causa de la humanidad.

V CONGRESO DE LA U. P. I. G. O. EN HAMBURGO

Durante los días 26 al 29 de septiembre se celebrará en Hamburgo el V Congreso de la Unión Profesional Internacional de Ginecólogos y Obstetras, que cumple este año su primera década de vida.

Este Congreso coincidirá con otras manifestaciones científicas: la Reunión del Nordeste de la Deustche Gessellschaft für Gynäkologie, y la de la Unión Europea de Médicos Especialistas (Sección Gineco-obstétrica).

Para informes, programas y detalles, dirigirse a Mme. Intelmann, Elisabeth-Krankenhaus, 2, Hamburgo-6.

VII REUNION DE ENDOCRINOLOGOS DE LENGUA FRANCESA

Esta VII reunión de endocrinólogos de lengua francesa se celebrará en Beyrouth (Líbano), durante los días 8-13 de septiembre próximo con la colaboración de la Facultad de Medicina y Farmacia de esta ciudad y la participación activa de los especialistas de mayor relieve científico de Europa.

El programa científico comprende los siguientes temas de estudio, presentados en forma de ponencias o discutidos en mesa redonda

1.° La insuficiencia luteínica y su tratamiento.
2.° Las paratiroides.
3.° Diabetes y transtornos endocrino-metabólicos.
4.° Aspectos endocrinos de la esterilidad.
5.° La hormonoterapia sexual y anabolizante.
6.° Transtornos de la hormonogénesis tiroidea.
7.° Aplicaciones de la escintografía tiroidea.

Completando este temario se celebrarán conferencias de actualidad endocrinológica y gineco-endocrinológica y varias sesiones dedicadas a la lectura de comunicaciones libres.

El programa turístico comprende excursiones a Damasco y Palmira, a Jerusalén y al Mar Muerto, así como diversas recepciones, espectáculos, etc.

El Comité Organizador ha logrado obtener una serie de ventajas económicas en lo que atañe a los viajes y estancia en la República del Líbano, de forma que la asistencia al Congreso constituye una ocasión excepcional para efectuar una extensa y memorable visita al Próximo Oriente. El viaje de ida y vuelta, desde Madrid o Barcelona, la estancia en el Líbano por espacio de diez días en hotel de lujo y la inscripción al Congreso vendrá a costar únicamente unas 18.000 ptas., Prácticamente el importe del pasaje aéreo.

Dirigirse al Dr. D. José M.ª Cañadell, Avda. del Generalísimo, 497. Barcelona (15).

III SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE LA LISOZIMA DE FLEMING

Bajo la dirección del profesor Carlo Foá, presidente de la Academia Lombarda de Ciencias Médicas, tendrá lugar en Milán, en el Museo de la Ciencia y de la Técnica, durante los días 3, 4 y 5 de abril de 1964, el III Symposium Internacional sobre la Lisozima de Fleming, en el cual serán discutidos los siguientes aspectos:

1.° Biología de la lisozima, seguido de una mesa redonda sobre lisozima y sustancias afines.
2.° Acción de la lisozima frente a los virus, bacterias y protozoos.
3.° Empleo terapéutico de la lisozima en Medicina, Cirugía y en algunas especialidades (Pediatría, Oftalmología, Neurología, Tisiología, Dermatología, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología y Odontología).

Para información, dirigirse a la secretaría científica: profesor Giuseppe Podio. Instituto Fleming. Vía Modica, 6, Milán (Italia).

NUEVA MASCARA PARA LOS CIRUJANOS

Un bacteriólogo americano ha construído una mascarilla para los cirujanos capaz de filtrar el 99 por ciento de los microorganismos, en vez del 10 por ciento, como en las actuales.

La mascarilla está compuesta de una ligerísima fibra de vidrio encerrada entre dos espesas capas de tejido, y capta los gérmenes que intentan atravesarla gracias a una debilísima carga electrostática.

NUEVAS INSTALACIONES DE MERCK

En West Point, en Pennsilvania, la firma internacional Merck ha montado unas instalacioes sobre una superficie de 24.000 metros, dedicadas a sus nuevos laboratorios y manufacturas, en las que se emplean más de 2.000 hombres. Las nuevas instalaciones han sido dotadas de los equipos más modernos de esterilización, de aire acondicionado y de filtrado del mismo, y permiten atender una amplia productividad en excelentes condiciones.

III CONGRESO INTERNACIONAL DE PROCTOLOGIA

Desde los días 9 al 15 de diciembre de 1963, se celebrará en Punta del Este (Uruguay, el III Congreso Internacional de Proctología, conjuntamente con el II Congreso Latino-Americano de Proctología y el I Congreso Uruguayo de Proctología.

Esta reunión, a la que asistirán las máximas figuras de esta especialidad en sus aspectos gastroenterológico, médico y quirúrgico, estará presidida por el doctor don Horacio Gutiérrez Blanco.

El representante en España para estos congresos es el doctor don José Quintana Vintró, que contestará con sumo agrado a cuantas sugerencias o informaciones deseen en el Instituto de Patología Digestiva, Alta de Gironella, 44, Barcelona (17).

VIII CONGRESO INTERNACIONAL DEL AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

El VIII Congreso Internacional del American College of Chest Physicians tendrá lugar en la ciudad de México (México), del 11 al 15 de octubre de 1964, siendo presidente el doctor Donato G. Alarcón, y secretario general el doctor Miguel Jiménez.

Se discutirán todos los temas referentes a patología torácica pulmonar y cardiovascular. Son idiomas oficiales del congreso el español, inglés y francés.

Las inscripciones deberán formalizarse antes del 1 de enero de 1964.

Para toda información, programas, formularios de inscripción, etc., dirigirse a la secretaría del Regente del A. C. C. P. en España, Córcega, 393, Barcelona (9), doctor A. Caralps.

EL 50 CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ITALIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Esta importante reunión tendrá lugar en Génova, durante los días 28 de septiembre al 1 de octubre de 1963.

Los temas a desarrollar son: 1.°, «Las recidivas del carcinoma uterino», por el profesor M. S. Massazza, de Milano. Coponentes, profesores B. Salvadori y S. Papadia, que tratarán sobre «Bases biológicas de las recidivas del cáncer uterino».

2.° «Inmunología y gestación», por el profesor M. Tórtora, de Ferrara. Coponentes, profesor G. La Torretta, de Nápoles, que tratará de «Los grupos séricos», y profesor A. Cutrera, de Firenze, sobre «Profilaxis y terapéutica de la enfermedad hemolítica del recién nacido».

3.°, «Legislación de la asistencia obstétrica en Italia (estado actual, deficiencias y propuestas)», por el profesor E. Debiasi, de Génova, y profesor N. Damiani, de Bari.

Las inscripciones e información, a: Clínica Obstetrica e Ginecologica dell'Universitá. Policlinico S. Martino, Génova (Italia).

DIVERSAS

EL ESTETOSCOPIO «IDEAL»

A la pregunto «¿Cómo debe ser el estetoscopio ideal?», D. Litmann responde en «J.A.M.A.» diciendo que «debe conducir a los oídos, sin pérdidas o distorsiones importantes, todos los fenómenos fisiológicos audibles».

Estos sonidos recaen habituamente, en el rango acútico, entre os 60 y 600 ciclos por segundo, aunque algunos componentes poco importantes del soplo mitral diastólico se encuentran por debajo de los 60 ciclos, en tanto que unos pocos roncus y rales pulmonares alcanzan los 1.000 ciclos.

En contra de una extendida creencia, el estetoscopio común no amplifica ni aumenta los sonidos originales, sino que, simplemente, los transmite al oído con pocas pérdidas.

Veamos ahora cómo deben ser las características más deseables de las diversas partes que componen el estetoscopio:

1. La pieza torácica abierta debe tener un diámetro máximo compatible con su fácil manipulación y mínimo volumen práctico. Su profundidad será suficiente para evitar la oclusión por los tejidos blandos. Su solo propósito sirve a la percepción de los sonidos graves.

2. La pieza cerrada debe tener el máximo tamaño conveniente y el menor volumen interno que sea posible; el diafragma plástico será lo suficientemente rígido como para filtrar los sonidos agudos, sin una seria atenuación de los otros. Está destinada a todos los sonidos, excepto los más graves, y debe ser muy eficiente.

3. Los tubos estarán constituídos de un material inerte y firme, con una luz interior pequeña y pulida; las paredes serán bastante gruesas como para excluir los ruidos externos y bastante rígidas como para evitar las pérdidas elásticas internas. Serán tan cortos como sea posible y únicos, desde la «cabeza» o pieza torácica, hasta el biauricular.

4. El biauricuar debe ser lo más pequeño posible y su diámetro interior de unos tres milímetros. El grado de tensión del resorte le permitirá su ajuste a los oídos, sin excesiva presión que moleste a quien lo usa. Las piezas auriculares han de ser bastante grandes, nunca menores de 12 mm., pudiendo llegar a los 15 mm. Su misión consiste en ocluir el conducto auditivo externo, no invadirlo. Los extremos que penetran en los conductos auditivos, no sólo son molestos, sino que suelen permitir la filtración de ruidos externos.

5. El instrumento, en general, será ligero, fácil de llevar consigo y de usar, y deberá estar hecho de materiales inertes y duraderos.

Tales son, pues, las características del estetoscopio funcional, «ideal».

ZARAGOZA, 15 SEPTIEMBRE 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

DE PREVISION SANITARIA NACIONAL

EL ACCIDENTE PERSONAL AUTOMOVILISTICO

Entre las diversas coberturas de riesgos que se establecieron en la Mutualidad Sanitaria, al crearse en 1949 la Sección del Automóvil, figuró el del accidente personal, por la que se abona un subsidio de 50.000 pesetas a los inscritos en ella, mediante la cuota mínima anual de 50 pesetas. A pesar de la parquedad de ésta, no fueron muchos asociados los que hicieron figurar su nombre; pareció interesarles únicamente la responsabilidad civil, por entonces más limitada en cuantía que en la actualidad; y precisó insistir reiteradamente, sin conseguir más que relativo éxito, ya que la desdeñan un tercio de los 16.000 inscritos en la Sección. De las profesiones que integran la Mutual, parecen preferirlo los farmacéuticos, que aceptan con mayor facilidad la cobertura total de riesgos del automóvil, en la que va incluído éste; en cambio, los veterinarios suelen ser los menos interesados por él.

La cifra de 10.000 inscritos es escasa para poder lograr deducciones estadísticas específicas a los sanitarios. Sí se ha podido observar que los accidentes personales continúan en las cifras iniciales, aun cuando aumenta el número de inscritos, lo que parece indicar que disminuye el tanto por ciento de su producción. En forma más amplia, lo corrobora el coronel Arellano en la estadística del servicio de tráfico en carretera, la más peligrosa, que demuestra disminución de 0,061 por ciento en las muertes y de 0,802 por ciento en los heridos entre los años 1959 y 1962, en relación con el parque de automóviles circulante; número que cifrado en vidas y seres humanos tiene indudable valor y en los que quizá falten datos de vehículos extranjeros temporales, pero de los que se recoge también los accidentes que se producen, por desgracia más frecuentes de lo deseado, ya que desconocen las dificultades del tráfico por nuestras carreteras.

Esta posible disminución de accidentes personales, que afecta a nuestros sanitarios, permite la incrementación del subsidio sin necesidad de aumento de la cuota, incrementación que llegará hasta 100.000 pesetas, doble de la cuantía actual, con pequeño fondo compensador de posible extrasiniestralidad.

El Consejo de Administración vería con sumo agrado que todos los mutualistas de la Sección figurasen en este grupo, para que no se repitiese la desagradable situación de quien tuviera tan trágico fin sin poder percibir sus familiares esta compensación económica que les aliviase en su dolor. A pesar de las reiteradas campañas, avisos y llamadas, siempre desinteresadas.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

JORNADAS MEDICO-SOCIALES EN EL BALNEARIO DE PANTICOSA

A fines del pasado agosto ha tenido lugar en el Balneario de Panticosa la solemne clausura de las Jornadas Médico-Sociales que, organizadas por la «Entraide Sociale des Basses Pyrénées», han venido celebrándose en Pau, con participación de numerosos profesionales de la Medicina y especializados en materias sociales del Sur de Francia, y bajo la presidencia del decano de la Facultad de Montpellier, profesor Turchini. Expresamente invitados al efecto, presentaron interesantes comunicaciones a esta reunión los doctores españoles don Francisco Oliver Rubio, presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, y don Saturnino Mozota Sagardía, teniente coronel médico, ilustre urólogo zaragozano y médico director del Balneario de Panticosa. A la sesión de clausura asistieron cerca del centenar de personalidades de ambas vertientes del Pirineo.

Tema principal de las deliberaciones de estas reuniones científicas ha sido la acción de las aguas sulfurosas sobre el sistema circulatorio, habiendo llamado poderosamente la atención de los asambleístas los beneficiosos resultados obtenidos en ancianos y enfermos cardíacos con la aplicación de los gases sulfurosos de los balnearios franceses y españoles de la zona pirenaica.

NUEVO JEFE DE SANIDAD DE LA PROVINCIA DE TERUEL

Ha sido nombrado jefe provincial de Sanidad de la provincia de Teruel, el médico aragonés doctor don José H. Zárate Prats, que estudió su carrera en nuestra Facultad.

En sus primeras épocas ejerció como médico titular en la provincia de Teruel, pasando después a Madrid, donde inició sus estudios de especialización sanitaria y de microbiología en la Escuela Nacional de Sanidad.

Agregado a la Lucha Antipalúdica Central,

contribuyó al estudio entomológico de la región central y de Levante.

Hizo los cursos de diplomado de Sanidad, primero, y luego de oficial sanitario.

Ha publicado diversos artículos sobre brucelosis, infecciones de laboratorio y de Medicina social.

Ha realizado estudios en el extranjero, en el Institut Bouisson, Bertrand, de Montpellier; Instituto Pasteur, de París, e Instituto di Sanitá, de Roma.

Ha visitado, con beca de la Organización Mundial de la Salud, las instalaciones de abastecimiento de aguas potables, de evacuación de residuales, así como los laboratorios de control de las aguas de París, Berna, Ginebra, Basilea, Zurich, Roma y Nápoles.

En 1956 ganó por oposición la plaza de médico bacteriólogo del Instituto Provincial de Sanidad de Navarra, cargo que ha desempañado durante seis años.

En 1962 hizo las oposiciones al Cuerpo Nacional de Sanidad, siendo destinado a Gerona como subjefe de Sanidad.

Deseamos al doctor don José H. Zárate Prats muchos éxitos en su nuevo cargo.

OTORRINOLARINGOLOGO CONDECORADO

En Santander, el día 24 de agosto, fue condecorado el ilustre otorrinolaringólogo, Doctor D. José Ramón Mozota Sagardía.

Le fueron impuestas solemnemente por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, la Cruz de Beneficencia de Primera Clase, la Encomienda y Placa de Orden Civil de Sanidad, y por el Excmo. Sr. General Gobernador Militar, en nombre del Excmo. Sr. Capitán General de la VI Región, la Cruz del Mérito Militar con distintivo en Blanco.

Pronunciaron brillantes discursos, en dicho homenaje, el Excmo. Sr. Gobernador Civil, el Excmo. Sr. Gobernador Militar, cerrando el acto las elocuentes palabras del Excmo. señor Ministro de la Gobenación.

A continuación se sirvió un vino español a los 400 asistentes al acto y, más tarde, un banquete en honor del condecorado en el Hotel Real, que recibió así la adhesión y el aplauso de sus compañeros, a los que unimos el nuestro muy cordial.

NECROLOGÍA

FALLECIO EL DR. TARONGI SARTI

De manera súbita, durante su veraneo en San Sebastián, falleció nuestro querido amigo el doctor don Mariano Tarongi Sarti.

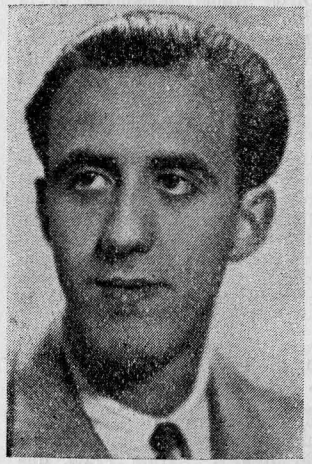
Pertenecía a los Servicios Provinciales de Sanidad de esta capital, como médico puericultor del Estao, y era persona de gran caballerosidad y de conducta recta y ejemplar.

Testimoniamos a su esposa, hija del ilustre doctor Lozano Monzón; a su hermano, don Vicente, del Cuerpo de Sanidad; a su cuñado, doctor Lozano Blesa, y todos sus hermanos y familiares, nuestro sentimiento, y les acompañamos en su duelo.

* * *

En Zaragoza falleció la señora doña María Gil Bergasa, viuda del doctor Ucedo y madre de nuestro buen amigo el doctor don Luis Ucedo Gil, inspector médico del S. O. E. Con este triste motivo transmitimos a sus hijos y familiares nuestro sentimiento de condolencia.

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor don **José María Bastero Beguiristain**, que ha sido designado para el cargo de director del Instituto Anatómico Forense de esta capital.



El profesor **Turchini**, decano de la Facultad de Medicina de Montpellier, que ha participado brillantemente en las Jornadas Médico-sociales celebradas en el Balneario de Panticosa.



El doctor don **José Ramón Mozota Sagardía**, a quien el Ministro de la Gobernación ha condecorado recientemente, en acto solemnísimo, con la Orden Civil de Sanidad y la de Beneficencia.

VIDA MÉDICA NACIONAL

EL DR. LA FUENTE CHAOS, PRESIDENTE ACCIDENTAL DEL CONSEJO GENERAL DEL COLEGIO DE MEDICOS

Por dimisión del Dr. Crespo Alvarez, ha tomado posesión de su cargo de Presidente accidental del Consejo General de Colegios Médicos de España el profesor don Alfonso de la Fuente Chaos, hasta ahora vicepresidente primero de dicha corporación, catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad de Madrid.

En el próximo mes de enero se celebrarán elecciones entre los presidentes de los Colegios provinciales para designar al presidente definitivo del Consejo.

Entre los primeros acuerdos adoptados, figura el de la convocatoria de Juntas Provinciales, antes del 15 de diciembre próximo.

EL DR. GOMEZ-SIGLER, PREMIADO

El Dr. Juan José Gómez y Gómez-Sigler, con destino en la Jefatura de Sanidad General de Servicios, del Ministerio del Ejército, ha sido galardonado con el Premio Nacional del



Concurso-Beca «El Consejo del Doctor», de la Sociedad Española de Radiodifusión, correspondiente al tema «El climaterio femenino». Su trabajo en la versión radiofónica fue leído en la emisión de noche del día 21 de junio, en la emisora Radio Madrid. Reciba nuestro compañero la más cordial felicitación de esta Revista.

LOS DRES. PEDRO PONS Y GIL VERNET, «HONORIS CAUSA» DE LA UNIVERSIDAD DE TOULOUSE

El «Boletín Oficial» francés, publica la disposición del ministro de Educación Pública por la que se ha aprobado la concesión del título de doctor «Honoris Causa» de la Universidad de Toulouse al Dr. D. Agustín Pedro Pons, decano de la Facultad de Medicina de Barcelona y, al Dr. S. Gil Vernet, profesor de Urología de la misma Facultad.

HA MUERTO EL DR. SANCHIS OLMOS

En plena madurez y actividad científica y profesional, ha fallecido en Madrid, el Dr. don Vicente Sanchis Olmos, figura destacada de la Traumatología y colaborador de estas páginas desde hace muchos años.

Nacido en Valencia, se licenció el año 1933 en aquella Facultad con Sobresaliente y Premio Extraordinario, doctorándose en la Universdad de Bolonia el año 1936. Estuvo después pensionado en Austria, Italia, Alemania, Portugal y Norteamérica, especializándose en Cirugía Ortopédica y Traumatología.



Era delegado español en el Comité europeo de Lucha contra la Poliomielitis, Miembro de la Comisión de Gobierno de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología y Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Provincial de Madrid. Pertenecía a numerosas Sociedades Científicas, entre ellas a nuestra Real Academia de Medicina, de la que formaba parte como miembro corresponsal.

Su actividad científica era extraordinaria y tiene publicados cerca de un centenar de trabajos (algunos de ellos aparecidos en estas páginas) y diversas obras, entre ellas: «El pie talo poliomielítico», «Manual de Clínica Ortopédica infantil», que mereció el Premio Sarabia y Pardo; «Artritis tuberculosa de la cadera», «Tratamiento de la parálisis infantil», «Skeletal tuberculosis», editada en Estados Unidos; etc., etc. Participó con entusiasmo en Congresos y reuniones y dirigió la revista de la especialidad con gran acierto.

Su prematura muerte, a los 52 años, en la plenitud de su capacidad científica y profesional, privan a nuestra patria de uno de sus más destacados y brillantes especialistas.

R. H. L.

LOS DRES. PUIGVERT Y PEREZ CASTRO EN BRASIL Y COLOMBIA

Se ha celebrado en Río de Janeiro el **IX Congreso de la Sociedad Brasileña de Urología.**

Han asistido al mismo el Dr. A. Puigvert, de Barcelona y el Profesor Pérez Castro, de Madrid.

El Dr. Puigvert, especialista invitado por su condición de Miembro Honorario de la Sociedad Brasileira, dictó una Conferencia que versó acerca de los «Focos Litógenos renales», mostrando la importancia de las lesiones papilares y del fórnix calicilar en la etiopatogenia de las recidivas calculosas renales.

El Profesor Pérez Castro, leyó una comunicación acerca de las malformaciones renales, acompañada de amplia casuística, mostrando su experiencia en estas cuestiones. También proyectó una película sobre la reparación de la extrofia vesical, con técnica original para este fin.

Finalizado el Congreso, el Dr. Puigvert, fue especialmente invitado a dar una segunda Conferencia en el Aula Magna del «Hospital de Servidores del Estado», en Río. Esta Sesión, fue presidia por el Profesor Gentile. El tema versó sobre «Hidrocaliosis», demostrando esta entidad clínica y su diferencia de las otras dilataciones renales. Dada la novedad del tema, que fue comentado y discutido por muchos de los asistentes, el Dr. Gentile, que resumió la sesión, calificó la Hidrocaliosis de «Enfermedad de PUIGVERT».

En Bogotá (Colombia), ha tenido lugar el **VIII Congreso de la Confederación Panamericana de Urología.** Por su condición de Delegado Español, fue invitado el Dr. Puigvert, y acompañado del Profesor Pérez Castro. Este último presentó una Comunicación seguida de una magnífica película que despertó elogiosos comentarios acerca de la técnica personal para el tratamiento de la extrofia vesical, y el Dr. Puigvert, presentó una comunicación que, dado su interés, fue después repetida y ampliada en la Sesión final, trató de «Hidronefrosis e Hidrocaliosis», exponiendo la diferencia etiopatogénica, clínica y urográfica entre estas dos afecciones. Además señaló el calificativo de Hidrocaliosis, como más apropiado que el de Hidrocalicosis, que expresa dilatación con calcificación, lo cual no ocurre en la enfermedad expuesta por Puigvert.

El próximo Congreso de la Confederación Panamericana de Urología, tendrá lugar en el año 1965 en Montevideo (Uruguay) y los temas señalados para su discusión en aquella reunión serán:

«Hipertensión nefrógena»; Malformación obstructiva en la infancia y «Derivación alta de orina».

DISCURSO A LOS MEDICOS POR EL MINISTRO DE LA GOBERNACION

Durante el brillante acto de imposición de condecoraciones, en Santander, a los Dres. Mozota Sagardía y López Vélez, el Ministro de la Gobernación, general Alonso Vega, pronunció un amplio discurso dedicado a la Medicina y a los médicos, diciendo entre otras cosas lo siguiente:

«Es para mí un honor asistir a este acto que, por otra parte, debe contar obligatoriamente con mi asistencia porque es un acto más del servicio. Por ser ministro de la Gobernación —dijo— y por lo que manda la ley, soy también ministro de la Sanidad española y, por tanto, el ministro de los médicos españoles. La profesión médica es una profesión llena de dificultades, llena de grandes obras. Contiene profundos méritos humanos, requiere esfuerzos mentales, no sólo durante los tiempos largos de la Universidad, sino después, constantemente, si se quiere estar a la altura de la técnica moderna y permanecer en primera línea de la ciencia. Los médicos son una profesión que constituye un extracto de esta España de profunda y auténtica categoría. Los médicos tienen una gran importancia social. Curan y consuelan y se hacen esperar con verdadera ilusión.

El hecho de que sean los médicos los hombres que han de darnos los últimos auxilios humanos antes de entregarnos a los brazos del sacerdote, pesa en nosotros permanentemente

Yo amo —prosiguió diciendo el ministro— profundamente la profesión médica, para la que he tenido siempre verdadera vocación. Yo os aseguro que de no haber sido militar hubiera hecho lo posible por ser médico.

Pero tengo que deciros también que aparte vuestros inmensos esfuerzos mentales, de la confianza que tienen en vosotros puesta la sociedad, existen dentro de la colectividad médica fricciones, fisuras, grupos no para levantar una bandera de escuela, sino para defender una posición de más o menos comodidad. Y yo os digo que es posible que si el Seguro de Enfermedad, avance social de verdadera importancia, ha roto, en cierto modo, la unidad entre los propios médicos, han sido los médicos quienes han de afrontar esa responsabilidad, porque los hombres que legislan en este aspecto tienen como asesores a hombres que saben de la materia.

Hay ahora —continuó el teniente general Alonso Vega— una gran oportunidad para mejorar la unidad sanitaria. Me refiero a la ley de la unificación hospitalaria, que tiene un enorme contenido social».

Trató seguidamente la estructura de lo que ha de ser el hospital moderno, el hospital de nuestros días. «Al hospital tiene que ir una promoción de médicos juveniles. Es así como entendemos el hospital actual, como un concepto de apertura a todos los españoles. Terminemos con los hospitales clasistas que no permiten la entrada en ellos, aun habiendo camas vacías, al que lo necesita. Terminaremos con los jefes de clínicas múltiples, porque si los intereses ya creados no se puede modificar, sí podemos tomar un nuevo punto de partida.»

Aludió seguidamente, el ministro de la Gobernación, al ejercicio de la profesión con un carácter individual que ha perdido vigencia y expuso su opinión esperanzadora respecto al porvenir del médico en la vida española. «Tenemos —afirmó— treinta mil médicos en España. Corresponde un médico para cada treinta mil habitantes, mientras que en los demás países de Europa, de una tradición médica parecida y de un nivel cultural similar, el ideal es un médico por cada setecientos pacientes. Sobra sitio entre nosotros para los médicos. Tiene que haber más médicos en los hospitales y más auxiliares sanitarios.»

SE CELEBRAN EN PAMPLONA LOS CURSOS DE VERANO SOBRE «URGENCIAS TORACICAS»

Durante los días 6 al 13 del actual se han celebrado en Pamplona, en el salón de actos de la Jefatura de Sanidad de Navarra, un curso de verano sobre el tema «Urgencias torácicas», organizado por la Institución «Príncipe de Viana», de Navarra, y la Facultad de Medicina de Zaragoza.

El programa, los temas expuestos y los participantes han sido los siguientes:

Día 6: doctor Escolar García, catedrático de Anatomía humana, «Anatomía funcional del tórax como introducción a su patología».

Doctor Civeira Otermín, catedrático de Patología y Clínica Médica «A», «Diagnóstico diferencial clínico de las insuficiencias coronarias».

Día 7: doctor Suárez Palacios, profesor adjunto de Patología y Clínica Médica «A», «Conducta terapéutica en el status asmaticus».

Doctor Lozano Blesa, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica «A», «El síndrome de aplastamiento torácico (traumas del volante). Estado actual de su tratamiento».

Día 9: doctor Ezquieta Fernández, jefe del Servicio de Tisiología del Hospital Provincial de Pamplona, «Diagnóstico clínico de las afecciones respiratorias agudas».

Doctor Figuera Aymerich, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica «B», «Tórax abierto o neumotórax abierto. Grandes heridas soplantes de la pared torácica. Fisiopatología y tratamiento de urgencia».

Día 10: doctor Alvarez Alonso, jefe del servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Pamplona, «Complicaciones respiratorias postoperatorias».

Doctor Guillén Martínez, profesor encargado de la cátedra de Patología General, «Diagnóstico y tratamiento de las disneas paroxísticas».

Día 11: doctor Vázquez Arnedo, profesor adjunto de Patología y Clínica Quirúrgica «A», «El paro cardíaco en Cirugía general».

Doctor Mateo Tinao, catedrático de Farmacología, «Tratamiento de la anoxia».

Día 12: doctor López Ramalla, jefe del Servicio de anestesia y reanimación del Hospital Provincial de Pamplona. «Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda».

Doctor Olivares Baqué, profesor adjunto de Fisiología y médico del Hospital Provincial de Zaragoza, «Perforaciones pleuropulmonares».

Día 13: doctor Nerín Mora, profesor adjunto de Patología y Clínica Médica «B», «Infarto de miocardio. Diagnóstico electrocardiográfico y bioquímico»; y el doctor De la Figuera y de Benito, catedrático de Patología y Clínica Médica «B» y decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza, que clausuró el curso con su conferencia sobre «Bases terapéuticas del infarto de miocardio».

BECAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA DIGESTIVA Y DE LA NUTRICION

Se convoca la provisión de dos becas del año actual para cursar estudios durante nueve meses en el extranjero, dotadas cada una con 60.000 pesetas.

Estas becas son costeadas por la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición, con la colaboración del Dr. D. Ricardo Orero Domínguez, de Valencia, y por Laboratorios Juste, de Madrid.

Las condiciones son las siguientes:

1.° Tener menos de cuarenta años de edad

2.° Haber trabajado o conocer perfectamente el tema elegido para su estudio.

3.° El tema elegido versará sobre cualquier cuestión del aparato digestivo o de la nutrición, dando preferencia a aquellos que traten de investigación científica.

4. Hablar y entender correctamente el idioma del país de residencia.

Para la concesión de estas becas se preferirá a los miembros de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición.

Las becas se concederán para cualquier país de Europa, pudiendo también solicitarse para Norteamérica, pero los gastos del viaje serán por cuenta del becario.

Los aspirantes deberán dirigirse por carta al señor Presidente, doctor don Heliodoro G. Mogena, calle Almagro, 38, Madrid (4), antes del día 1 de noviembre próximo, acompañando a su instancia una copia de la partida de nacimiento y un relación detallada de su **curriculum vitae.** Señalarán el tema elegido para su estudio, motivo de la elección y lugar donde deben realizar el trabajo.

La elección de becarios, realizada por un Comité nombrado por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición, podrá requerir un examen del idioma local.

CURSOS

CURSOS MONOGRAFICOS EN LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Organizados por el Departamento de Cardiología de la cátedra de Patología y Clínica Médica «A» de la Facultad de Medicina de Barcelona, se celebrarán durante el mes de noviembre de 1963 los siguientes cursos monográficos, bajo la dirección del profesor A. Pedro-Pons, durante el mes de noviembre de 1963:

«XIII Curso de Electrocardiografía Clínica», desarollado por los doctores C. O. Ramis Pichardo, A. Naal Sauquet, A. Císcar Ríus y J. Fabré Tersol.

«IX Curso de Exploración Funcional y Radiología Cardiológicas», desarrollado por los doctores J. Pedro-Botet, I. Blaiot Pena, C. O. Ramis Pichardo, A. Císcar Ríus, L. Pedro-Solé.

Las lecciones teóricas del curso de Exploración Funcional y Radiología tendrán lugar de nueve y media a diez y media de la mañana.

Las lecciones teóricas del curso de Electrocardiografía tendrán lugar de doce y media a una y media de la mañana.

El resto del horario se distribuirá para prácticas (trabajo en el departamento, proyección de microfilms, etc.), con participación activa de los cursillistas, a fin de familiarizarse con las técnicas de estas exploraciones y su interpretación.

El importe de la matrícula es: para el curso de Electrocardiografía, 1.000 pesetas, y para el curso de Exploración Funcional y Radioló-

gica, 1.000 pesetas. El importe de la matrícula a los dos cursos es de 1.700 pesetas.

La matrícula a uno de estos cursos y al de Radiología Circulatoria con medios de contraste importa 2.500 pesetas, y a los tres cursos (Electrocardiografía, Exploración Funcional Cardiológica y Radiología Circulatorio con medios de contraste), 3.000 pesetas.

A los cursillistas les será expedido un diploma de asistencia.

Para programas, información y matrícula, dirigirse al secretario de los cursos, doctor don César Oscar Ramis Pichardo, cátedra de Patología Médica del profesor doctor don Agustín Pedro Pons, Facultad de Medicina, Casanova, 143, Barcelona.

XIV CURSO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

Será organizado por la cátedra de Patología Quirúrgica del profesor F. Martín Lagos, de la Facultad de Medicina de Madrid, siendo dirigido por el doctor F. Martín Lagos, con la colaboración de los profesores A. Estades, J. Palacios y S. Tamames, y de los doctores F. Ladero, G. Bravo, J. Bordón, Hernández, Artiaga, Gómez Sánchez, Casimiro, Sebastiá y restantes médicos del Servicio.

El curso consistirá en conferencias seguidas de diálogo sobre los temas más importantes de la especialidad, secciones clínicas y sesiones clínicas conjuntas semanales.

Los alumnos quedarán agregados a los servicios correspondientes, así como al servicio de urgencia, como médicos adjuntos, colaborando activamente en la solución de los problemas diagnósticos, terapéuticos y de recuperación.

Los alumnos están obligados a la dedicación plena, es decir, a la asistencia mañana y tarde a las clases y servicios, siendo eliminados aquéllos que no cumplan esta obligación. Al final del curso sufrirán una prueba de aptitud para obtener, una vez aprobado el II curso, el título de especialista. Si no aprueban el primer curso no se podrán matricular en el segundo.

Duración del curso: 1 de noviembre a 1 de julio.

La matrícula estará abierta en la secretaría de la cátedra del profesor Martín Lagos, en el Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria, del 15 de septiembre al 15 de octubre. El importe de la misma será de 4.000 pesetas para cada curso.

El número máximo de alumnos que podrán inscribirse será de quince, que se seleccionarán entre los aspirantes.

IV CICLO DE SESIONES QUIRURGICAS

Organizado por los Servicios de Cirugía General, dirigidos por los doctores V. Salleras y J. Agustí, con la colaboración de la Escuela de Patología Digestiva Gallart-Monés (Director, doctor A. Gallart-Esquerdo), y la participación de los profesores y doctores: M. Battezzati, profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Génova; M. Dargent, director del «Centre Leon Bérard», de Lyon; J. N. Maillard, cirujano del Hospital Beaujon, de París (servicio del profesor Lortat-Jacob); V. Pettinari, profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Padua; J. Pi-Figueras, jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo; J. Planas, cirujano plástico del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón; P. Stefanini, profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Roma; J. Van Der Stricht, jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario «St. Pierre», de Bruselas.

Las sesiones tendrán lugar los terceros viernes y sábados de cada mes, desde octubre hasta junio (excepto diciembre) y se ajustarán al siguiente horario:

Los viernes por la mañana, a las nueve, sesión operatoria a cargo del conferenciante o de los jefes de servicio. Por la tarde, a las siete y media, conferencia sobre el tema anunciado.

Los sábados por la mañana, a las nueve y media, visita a los enfermos operados, discusión en «mesa redonda» de las tácticas y técnicas quirúrgicas llevadas a cabo el día anterior y presentación de casos clínicos.

Las sesiones operatorias y la discusión en «mesa reonda» tendrán lugar en el Hospital del Sagrado Corazón, calle Londres, 106, Barcelona.

Las conferencias, que serán públicas, se desarrollarán en la sala «Carlo Erba» (Rosellón, 186), amablemente cedida para este fin.

Para la asistencia a las sesiones operatorias y a discusión «en mesa redonda», dado que su número debe ser restringuido a un máximo de 25, se establecen unos derechos de inscripción de 2.000 pesetas.

Para inscripciones, en la Administración del Hospital, calle Londres, 103, o en Rosellón, 186.

A los inscritos se les entregará, si lo desean, documento creditativo de su asistencia a estas sesiones.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN APARATO DIGESTIVO EN MADRID

El Ambulatorio «Hermanos Aznar», del Seguro de Enfermedad, en Madrid, va a desarrollar su octavo curso clínico anual de especialización sobre enfermedades del aparato digestivo, dirigido por el Dr. Arias Vallejo, con la colaboración de los médicos ayudantes de su servicio, Dres. Marcos Pérez, Galán Navarro, Garrido Delgado, Latorre Fernández, Frutos Carabias, Montenegro Cabello, Martín Cobos, Guillén Caballano y Güemes Díaz, y la participación especial de los Dres. Espinosa Espinosa (Jefe del servicio de Radiología), Gállego Tejedor (jefe del servicio de Cirugía), Amo Galán (jefe del servicio de Histopatología del Instituto de Higiene Militar) y Gómez López (Jefe del servicio de Terapéutica Física e Isótopos Radioactivos del Hospital Central del Aire).

Este curso comenzará el día 11 de noviembre de 1963 y durará hasta el día 30 de mayo de 1964. Las enseñanzas serán eminentemente prácticas, integradas por el estudio clínico de los enfermos, con sus correspondientes exploraciones, así como de su terapéutica médica y quirúrgica y de su estudio psicopatológico. El trabajo se desarrollará de once a doce todas las mañanas. Semanalmente se programarán las conferencias, sesiones clínicas, mesas redondas y proyecciones le films científicos, encargándose de una parte de las lecciones teóricas las personalidades médicas más destacadas de la Gastroenterología.

El número de cursillistas queda limitado a doce, siendo reservadas seis plazas para médicos jóvenes, que se comprometan a la asidua asistencia y que tengan una preparación adecuada. Los médicos admitidos a este curso, tendrán derecho preferente para su inscripción en el curso intensivo sobre «Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas», que tendrá lugar, como en años anteriores, en el citado Servicio, en el mes de mayo próximo. Como final de su labor, recibirán los oportunos certificados de asistencia.

Los médicos interesados deberán solicitar su inscripción, personalmente o por carta, antes del día 26 de octubre, en la Secretaría, desempeñada por la Srta. Mercedes Teso, Amulatorio «Hermanos Aznar», calle de Modesto Lafuente, 21, Madrid (3), de nueve a una. Esta inscripción es absolutamente gratuita. Los concurcantes deberán hacer constar su edad y condiciones profesionales y formativas.

I CURSO DE RADIOLOGIA CIRCULATORIA CON MEDIOS DE CONTRASTE

Se celebrará del 21 al 30 de noviembre de 1963, organizado por el Departamento de Röntgenología de la Clínica Médica Universitaria «A» de la Facultad de Medicina (doctores I. Blajot y L. Pedro-Solé) y los Departamentos de Exploración Funcional Cardiológica (doctores J. Pedro-Botet e I. Blajot), Exploración Funcional del Sistema Venoso Portal (doctores J. Pedro-Botet, L. Pedro-Solé), de Angiología (doctores J. Valls Serra, W. Padrós, J. Güell, J. Miralles, J. Jurado), Arteriografía Cerebral (doctor J. Solé Llenas), y Linfografía (doctor A. Caralps) del mismo Servicio, siendo dirigido por el profesor A. Pedro-Pons.

El curso constará de lecciones teóricas y clases prácticas, según el programa previamente establecido.

El importe de la matrícula a este curso es de 2.000 pesetas, y se celebrará a continuación de los de Electrocardiografía y Exploración Funcional Cardiológica. La matrícula al curso de Radiología Circulatoria y a uno de los otros dos, indistintamente, importa 2.500 pesetas, y a los tres cursos 3.000 pesetas.

Para programas, información y matrículas, dirigirse al secretario del cursillo, doctor J. Pedro-Botet, cátedra de Patología y Clínica Médica Universitaria del profesor A. Pedro-Pons, Facultad de Medicina, Casanovas, 143, Barcelona.

XII CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRIA

El presidente, profesor Laguna, acompaña a esta circular su invitación personal y la de cuantos componen el comité ejecutivo, para que se adhiera a esta reunión.

Por nuestra parte, nos complace adelantar la labor científica a desarrollar, que esquemáticamente queda resumida en la siguiente forma:

I Ponencia: «Errores innatos del metabolismo», a cargo del profesor Laguna y de los doctores A. Ballabriga, E. Casado de Frías, J. Peña-Guitian, E. Sánchez Villares, L. Torres Marty y A. Valls, y colaboradores.

II Ponencia: «Anemias en la infancia», a cargo del profesor M. Cruz Hernández, con diversas colaboraciones.

III Ponencia: «Hipertensión portal», desarrollada por los doctores J. de Cárdenas, M. Hidalgo Huerta, y colaboradores.

Se celebrarán dos mesas redondas, una sobre «Pediatría social», dirigida por el doctor J. Bosch Marín, y otra que versará sobre «Causas de muerte en los prematuros», a cargo del doctor A. Ballabriga.

El profesor Galdó dictará una conferencia sobre «Enseñanza de Pediatría en el período de licenciatura y postgraduado».

Profesores extranjeros de prestigio universal han prometido su asistencia y colaboración científica, con conferencias en las que se traten problemas de más notoria actualidad en Pediatría.

Los congresistas podrán presentar comunicaciones a los temas de las ponencias y sobre otros aspectos de interés pediátrico, como temas libres.

Estamos en el período más crucial de la organización, ya que del resultado de estas primeras gestiones depende su desarrollo posterior.

El ideal será fletar un barco donde todos o la mayoría de los congresistas y sus familiares pudieran efectuar un viaje delicioso, ya que este barco serviría de hotel flotante. Con ello pretendemos obtener economía al congresista y resolver los problemas de transporte y alojamiento en las Islas Canarias, que por la superabundancia de turistas, primordialmente extranjeros, no siempre es fácil conseguir en hoteles. En cuanto al transporte, teniendo que efectuar el traslado de isla a isla en avión, también es insuficiente el número de los disponibles para un volumen de personas como el que seguramente acudirá a este congreso.

El comité ejecutivo central y los comités locales de Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife están haciendo gestiones cerca de las más importantes compañías navieras para que en la época del congreso nos sea cedido un barco, expresamente para nosotros, que desde el punto de partida (Barcelona, y escala en Cádiz) nos traslade a Canarias, realizando un crucero que a la vez que nos lleve al desarrollo de nuestras actividades científicas, nos sirva de descanso en nuestra atareada vida. El barco nos apartaría durante unos días de la intranquilidad constante de nuestra profesión.

Con el fin de conocer las posibilidades de este flete, es imprescindible saber de antemano, sin compromiso por su parte, y siempre a reservas de que lo podamos llevar a efecto,

que nos envíe su tarjeta de adhesión para que nos sirva de guía.

Sin su colaboración inmediata, nuestra labor se vería desorientada; por ello rogamos que inmediatamente la cumplimente.

Nos damos cuenta de antemano de que es imposible prever la realización de su viaje a largo plazo; pero contando con los imponderables, podemos hacer un cálculo de posibilidades, al que ahora nos puede ayudar.

EXTRANJERO

PREMIOS INTERNACIONALES «ECON» PARA OBRAS DE DIVULGACION

Condiciones:

Pueden participar en este certamen autores de todos los países del mundo. El original debe estar redactado en inglés, francés o alemán. Los autores que escriban en español, italiano, holandés, danés o sueco pueden enviar su original a la editorial de su país que participe en el concurso, la que se encargará de la traducción a una de las tres lenguas antes expresadas, caso de que el original interese para proponer al premio. El original debe estar escrito a máquina y tener 250 páginas como mínimo y 500 como máximo, de 30 líneas cada página y 60 pulsaciones por línea.

La elección del tema se deja al criterio del autor, pero se establece que la obra deberá tratar un asunto científico, técnico, económico o cultural, en forma tal que se presenten los hechos básicos de una manera suficientemente viva para despertar el interés de un amplio círculo de lectores.

Se establecen tres premios: el primero de 50.000 DM (750.000 pesetas aproximadamente); el segundo de 30.000 DM (450.000 pesetas aproximadamente), y el tercero de 20.000 DM (300.000 pesetas aproximadamente).

Los originales, a ser posible por cuadriplicado ejemplar, deberán enviarse con el lema «Internationaler Sachbuch-Wetterbewerb», enviándolos a la editorial Econ Verlag, Postfach 1102, Düsseldorf.

Brasil: Boa Leitura, Editora, S. A. Rue General Jardín, 359, Sao Paulo.

Dinamarca: Jerpersen og Pios Forlag, Valkendorfsgade, 22, Copenhague.

Inglaterra: Hodder & Stoughton Ltd., St. Paul's House Warwick Square, Londres E. C. 4.

Holanda: Uitgeverij W. Gaade, Grote Marktstraat, 39, La Haya.

Francia: Hachette, 79 Bd. St. Germain, París IV.

Italia: Aldo Garanti, Via della Spiga, 30, Milán.

Suecia: Bokförlaget Forum A. B., Kaptensgatan, 1, Estocolmo 14.

España: Editorial Noguer, S. A., Paseo de Gracia, 96, Barcelona.

EE. UU.: McGraw-Hill-Book Comp. Inc., 330 West Forty-Second Street, Nueva York 36.

Las editoriales participantes realizarán la preselección para las obras de su ámbito lingüístico, y enviarán al jurado tres obras —en caso excepcional, cinco como máximo—, para que éste proceda a la elección definitiva.

Al enviar el autor su original se entiende que declara tácitamente su conformidad para que la Editorial Econ disponga de los derechos de la obra según las condiciones fijadas por el «Deutschen Autoren Normalvertrag» (contrato habitual de los autores alemanes).

Las sumas hechas efectivas por la adjudicación de los tres primeros premios serán consideradas como anticipo sobre los derechos de autor respectivos.

Todas las editoriales participantes en el concurso tendrán derecho de opción para su publicación, incluso sobre aquellas obras a las que sean adjudicados el segundo y el tercer premios.

Con su participación en este concurso, los autores ceden a la Editorial Econ Verlag el derecho de opción sobre su obra, y la editorial es libre de hacer uso del mismo hasta el 10 de enero de 1965, lo más tarde, ya rechazando el manuscrito, ya presentando un contrato de edición sobre el mismo.

El plazo para la recepción de los originales finaliza el 31 de octubre de 1964. La adjudicación de los premios tendrá efecto no más tarde de principios de marzo de 1965.

Repetimos que los originales en lengua española deben ser remitidos o entregados a: Editorial Noguer, S. A., Paseo de Gracia, 96, Barcelona (8), España.

NECROLOGIA

HA MUERTO EL INVENTOR DEL ELECTROSHOCK

Ugo Carletti, el inventor del electroshock ha fallecido a los 86 años en la clínica Villa María Pía, en Roma, a consecuencia de una trombosis.

Nació en Conegliano (Veneto), el 26 de septiembre de 1877. Ugo Cerletti hizo sus estudios de medicina en Roma y Turín. Se especializó de neuropsiquiatría en París, junto con Pierre Marie y Dupré, después en Heidelberg y Munich, con Kraepelin, Nissi y Alzheimer.

EL PROFESOR WEIL

Recientemente ha fallecido el Dr. Emile Weil, uno de los creadores de la hematología moderna. En su servicio del Hospital Tenon se cultivó la clínica hematológica con tanto rigor que hizo de él uno de los grandes centros de la especialidad, donde se han formado los más representativos hematólogos franceses actuales.

Entre sus trabajos destacan las aportaciones a las punciones medulares, ganglionar y esplénica. Con sus técnicas contribuyó a esclarecer las esplenomegalias mieloides. Fue de los primeros en el estudio de las enfermedades hemorrágicas.

EL PROFESOR RAMON

A los setenta años ha muerto en Francia, su patria, el Profesor Ramón, que había sido director del Instituto Pasteur. Su gran obra científica, orientada al terreno práctico, ha dejado enorme trascendencia en la inmunología francesa.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

LOS MEDICOS, EN PERIODO ELECTORAL

Tras largo tiempo de solicitudes, la ley reguladora de la organización colegial permite la elección directa para designar los cargos directivos de nuestros colegios.

Todos los médicos podrán ejercer su derecho con plena libertad de conciencia. Así, toda la propaganda, siempre que se eviten las alusiones que atenten a la dignidad de personas o entidades, estará permitida.

Los médicos, como universitarios, como compañeros y como clase, deben aprovechar esta excelente coyuntura para elegir los mejores, depositando su confianza en aquellas personas que por su capacitación, por su competencia y por su caballerosidad, lealtad y cariño a la clase, sean las más aptas pra prestar a sus compañeros el servicio que se les pide.

Todos deben comprenderlo así, y deben emitir su voto lealmente y sin abstenciones cobardes o cómodas; sólo así podremos encontrar las personas capaces de sacrificarse por el bienestar de la clase.

Los Colegios han de velar por el cumplimiento exacto de la ley y de sus normas, en un plano de estricta y objetiva neutralidad, sin menoscabar lo más mínimo el derecho de sus colegiados a elegir directamente y con plena libertad a los que consideren como mejores y más dignos para dirigirlos en la sucesiva etapa por un camino de mejoramiento, firme y sereno, siempre exento de odio y de resentimiento.

NUEVO CENTRO DE ONCOLOGIA

El día 11 fue inaugurada en nuestra ciudad una modernísima instalación de Oncología y Medicina preventiva del cáncer, en la calle de Joaquín Orús, número 1.

El acto inaugural fue brillantísimo y estuvo presidido por el Sr. Director General de Sanidad, Dr. García Orcoyen, en representación del Ministro de la Gobernación, y a él asistieron las primeras autoridades sanitarias y políticas de la capital, representaciones de centros y organismos y numerosos invitados, que después del acto recorrieron las diversas plantas e instalaciones, de material muy preciso y moderno, entre el que se cuenta con una bomba de cobalto.

El centro será dirigido por el doctor don Pedro Mateo Ruiz, hasta ahora inspector general de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer.

RESULTADO DE LA CUESTACION PARA LA LUCHA CONTRA EL CANCER

Efectuado el recuento de lo recaudado en la cuestación anual celebrada el pasado domingo día 13, a favor de esta Asociación, ha ascendido a la suma de 1.363.392,25 pesetas.

Dicha cantidad se compone de lo obtenido en las cuestaciones celebradas en pueblos de la provincia de Zaragoza, donativos efectuados a la Junta Provincial y, finalmente, de la cuestación pública efectuada en esta ciudad.

Es de tener en cuenta también que, con motivo de la inauguración del Centro Oncológico Regional, ha habido un ofrecimiento de la Asociación Nacional para instalar, como complemento de dicho centro, un laboratorio de isótopos radioactivos.

FESTIVIDAD DE LOS SANTOS PATRONOS COSME Y DAMIAN

Con varios actos ha celebrado la Hermandad Médico Farmacéutica de San Cosme y San Damián, de Zaragoza, la festividad de sus Santos Patronos. El viernes 27 de septiembre, día en que la Iglesia celebra la fiesta de los Santos Médicos, se celebró una misa en el altar de los mismos de la iglesia del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, orándose por las almas de los hermanos fallecidos.

El mismo día, un grupo de miembros de la Hermandad de Zaragoza, entre los que se contaban varios directivos, se trasladó a la ciudad hermana de Calatayud, para sumarse a los actos que los médicos y farmacéuticos de la citada ciudad organizan todos los años para conmemorar la festividad de los Santos Patronos. Se celebró una misa y por la noche tuvo lugar una cena de hermandad. En dichos actos se preparó la fundalión en Calatayud de una filial de la Hermandad, la cual cuenta ya con muchos hermanos en la simpática ciudad del Jalón.

También el día 27 se celebró en Tarazona una misa vespertina, a la asistieron todos los sanitarios de la ciudad, todos los cuales forman la filial de la Hermandad.

El domingo día 29 de septiembre tuvo lugar la celebración solemne en Zaragoza, comenzando con la santa misa en el altar mayor de la Iglesia del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, oficiada por el reverendo señor don

Mariano García Cerrada. Ocupó la sagrada cátedra el reverendo señor don Mariano Maínar, quien señaló el acrácter universal de los Santos Cosme y Damián, primeros santos no romanos admitidos en la liturgia de Roma, universalidad de gran trascendencia en este día que se reanuda el Concilio Vaticano II.

Subrayó el carácter de mártires de los Santos Patronos e instó a imitar sus virtudes, especialmente hacer oración sobre el enfermo y también saber hacer orar al enfermo. En esta época de la gran participación seglar en la Iglesia, indica cómo pueden colaborar los médicos y farmacéuticos con su formación, acción y oración.

Antes de la misa se procedió a imponer la medalla de la Hermandad al nuevo hermano doctor don Antonio Terrise Nadal.

Después de los actos religiosos fue servido en un salón del mismo Hospital un vino español a todos los asistentes.

TRES MEDICOS HEROICOS

«La Gaceta del Norte» publicaba no hace mucho el siguiente artículo que nosotros reproducimos por lo que tiene de aleccionador:

«Pocos países como Italia en la tarea de sacar a la luz héroes anónimos. Toda una serie de fundaciones descubre anualmente al hombre de la calle los nombres de «la buena gente» que vive sin hacer ruido y de quienes nadie habla. Premios a muchachos buenos, a maestros esforzados, a médicos heroicos, llevan con frecuencia hasta las primeras páginas de periódicos los rostros de estos hombres. Quizá hay en todo ello una pizca de sentimentalismo, quizá hay mucho de elogio a los verdaderos héroes, que pocas veces suben a las cubiertas de las revistas ilustradas.

Ahora acaba de fallarse el premio «Misión del médico», que todos los años concede la Fundación Carlos Erba. Y sus tres historias son tan conmovedoras como alegres.

El doctor Ambrosoli —perdón, el Padre Ambrosoli— está en Kalongo, en el corazón de Africa, desde hace varios años. Es joven aún y era sólo un muchacho cuando en los días de la guerra aprendió el horror de morir y el amargo llanto de los hospitales. Sí, esta sería su vocación: salvar la vida de los hombres. En 1949 se doctoró en medicina y en el 51 se fue a Londres a especializarse en medicina tropical. Y allí encontró su segunda vocación que completaba y profundizaba la primera. Si iba a salvar los cuerpos de los hombres, ¿por qué no salvar también sus almas?

En 1959 partió para Africa, ya médico y sacerdote. Allí es el «agiuaka madit», «el gran curandero blanco». Su hospital está siempre lleno de hombres que esperan su operación o su bautismo. Mil quinientos niños nacen anualmente en sus salas de maternidad y... casi todos varones reciben el nombre de José, el nombre del doctor, a quien los negros quieren como a un doble padre de sus cuerpos y sus almas.

El segundo premio ha sido para una mujer, para una joven doctora que ya no podrá recibir el premio en la tierra. Ana María Monti siguió en sus estudios la tradición familiar. Su padre, José Monti, había muerto ya hace años en el cumplimiento del deber. Llamado a medianoche para atender a un enfermo, un coche, enloquecido en la soledad de las calles nocturnas, se llevó su vida con la velocidad.

Ana María pensó que el dispensario de su padre debería seguir abierto como cuando él vivía. Claro que para esto habría que retrasar su matrimonio. Pero esto no importaba; quienes confiaron en su padre debían continuar sintiéndole vivo. Hubo que trabajar mucho para llevar ella sola todo el trabajo que llevaban los dos, pero ahora el dispensario estaba en marcha. Podría casarse después de sus catorce años de noviazgo.

Una tarde todo acabó. El 17 de septiembre del pasado año un toxicómano, a quien ya había atendido en otras enfermedades, entró en el dispensario y pidió a la joven doctora una fuerte dósis de cocaína. Una pistola entre sus manos era un argumento convincente. Pero Ana María no se dejó convencer: «Salga de aquí», gritó. Pero apenas tuvo tiempo de decirlo. Cuatro disparos cerraron su vida y todas sus esperanzas.

—

El doctor Brugnatelli no es, precisamente, tan joven como Ana María: 91 años de vida, 60 de médico. Y los sesenta con un extraño vicio: una rara vergüenza a cobrar, una manía de encontrar siempre una disculpa para que no le pagasen. «El doctor-sin-dinero» le llamaba la gente.

La verdad es que el doctor Brugnatelli necesitaba poco para vivir: su casa modesta, la alegría de poder ayudar a los necesitados y su flauta para los ratos libres, no necesitaba más. Ahora no entiende muy bien por qué le han concedido este premio. A él le basta con que le dejen seguir con su bata blanca y su flauta. Piensa que vivir es bonito.

—

Tres historias como habrá muchas, pero que merecen salir, de veras, en los periódicos.»

JUAN TOLEDO

NECROLOGIA

EL DR. MORENO DE ORBE

Recientemente ha fallecido el prestigioso médico y estimado amigo don **Eduardo Moreno de Orbe**, tras una traidora enfermedad que puso a prueba el temple de su alma y sus profundos sentimientos cristianos.

Fue médico de la Beneficencia Municipal y del Seguro de Enfermedad, contando con muchos afectos entre las familias confiadas a su cuidado, pues era muy competente y afectuoso.

A su viuda, doña Rosario Plaza Arana, hijas y familiares, manifestamos nuestro sentimiento por tan prematura desaparición.

VIDA MÉDICA NACIONAL

SE CELEBRO EL CONGRESO DE MEDICINA DEL TRABAJO

Como ya anunciamos, se ha desarrollado en Madrid el XIV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo, en el que personalidades médicas de todo el mundo, especializadas precisamente en esta rama de la Medicina, se han reunido para intercambiar opiniones, exponer sus inquietudes, sus problemas profesionales y, sobre todo, laborar por una vida mejor.

Como detalles de su importancia e interés diremos que se han organizado ocho secciones de estudio para la exposición y discusión de las comunicaciones que se presentaron. Estas secciones fueron: I, Organización de la Medicina del Trabajo; II, Higiene industrial; III, Enfermedades profesionales; IV, Traumatología y Rehabilitación; V, Fisiología y Ergonomía; VI, Medicina Social del Trabajo; VII, Psicología industrial; VIII, problemas médico-laborales específicos de distintas ramas industriales.

A esta asamblea internacional celebrada en los salones de la Casa Sindical, han asistido 2.617 congresistas, 48 países, 15 provincias españolas, 692 comunicaciones libres, 53 sesiones científicas, 11 salas para reuniones de trabajo, 3 salas de traducción simultánea, 20 traductores, 55 secretarios en las comisiones de trabajo y 1.855 auriculares.

El número de comunicaciones fue muy elevado y de gran importancia e interés.

NUEVO SECRETARIO DE SANIDAD

Con el ceremonial acostumbrado ha tomado posesión de su cargo el nuevo secretario general de la Dirección General de Sanidad, don José Manuel Romay y Beccaria, que reemplaza al saliente señor Díaz del Corral.

SYMPOSIO SOBRE PSIQUIATRIA Y PEDAGOGIA

En Turín, durante los días 6, 7 y 8 de octubre han tenido lugar, bajo la presidencia del profesor Giuseppe Grosso, los acostumbrados symposios sobre «Relaciones entre Psiquiatría y Pedagogía», en los cuales se han debatido temas referentes a los problemas psicopedagógicos de la escuela, temas de higiene mental, psicosis de la edad escolar, inmadurez electroencefalográfica en los escolares y fisioterapia de las cerebropatías espásticas. Además de los temas oficiales de discusión se expusieron cerca de un centenar de comunicaciones.

TERCERA REUNION ANUAL DE LA ASOCIACION DE PEDIATRAS ESPAÑOLES ORGANIZADA POR LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRIA

Presidida por el doctor E. Jaso, doctor J. Boix Barrios y doctor J. Colomer Sala, ha tenido lugar en Valencia, el 12 y 13 de octubre de 1963 esta asamblea, con el siguiente temario: «Inmunología de la primera infancia», «Urgencias abdominales en la primera infancia», «Terapéutica antiinfecciosa en la primera infancia».

CONCESION DE GRANDES CRUCES DE SANIDAD

Con gran satisfacción comunicamos que por Decreto del Ministerio de la Gobernación ha sido concedido la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad a los doctores don Plácido González Duarte, don José Pérez Mel, don José Vega Villalonga, don Pedro Junyont Font, don Luis Nájera Angulo, don José Soler Roig y don Cristóbal López Rodríguez.

CONFERENCIA DEL DR. KOPROWSKI

Sobre el tema «Viral Etiology of Cancer», pronunció el doctor Hilary Koprowski, director de «The Wistar Institute», de Filadelfia, una interesante conferencia en el Hospital Clínico de Madrid, en el Instituto Nacional del Cáncer.

NORMAS SOBRE EL REGIMEN DE PREVISION DE LOS MEDICOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

Por una resolución del Ministerio de Trabajo se aprueban las nuevas normas sobre el régimen de previsión de los médicos da asistencia médico-farmacéutica y entidades aseguradoras de accidentes de trabajo.

La afiliación en Previsión Sanitaria Nacional tiene el carácter de obligatoria desde el 1 de enero de 1951. Se exceptúa de la obligación a loe facultativos de la Caja Nacional de Accidentes de Trabajo, facultativos sanitarios que, por estar afectos a determinadas reglamentaciones, se encuentren afiliados ya al Montepío laboral correspondiente; los médicos de empresa cuando se encuentren afiliados al Montepío laboral del sector a que pertenezca la empresa.

En la disposición, que es muy amplia, se fijan los conceptos de sueldo regulador, prestaciones, pensiones de jubilación —la edad de jubilación será a los setenta años—, prestaciones de invalidez, viudedad y orfandad; pensiones de larga enfermedad, subsidio de defunción y préstamos facultativos.

Las prestaciones se aplicarán con efectos retroactivos a partir de 1 de enero de 1962, siempre y cuando los hechos que las originen se hayan producido desde la indicada fecha.

UNA REUNION PARA LA SELECCION DE MEDICAMENTOS DE URGENCIA

Para resolver una sentido necesidad, cual es la de poder encontrar en todo momento y en cualquier lugar de la nación, los productos farmacéuticos indispensables para el ejercicio de la Medicina de urgencia, se ha convocado a los médicos de toda España, dedicados a la Medicina de urgencia, en Barcelona, el pasado día 1 de octubre, donde se escogieron, en acto público y ante notario, una especialidad de cada medicamento, considerada de urgencia.

VIAJE DEL DR. ALBEA A BRUSELAS

Requerido por la Corte belga marchó a Bruselas el ginecólogo donostiarra doctor don Julio Albea, que atendió a la reina Fabiola el pasado verano, durante su estancia en Zarauz.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

COMENTANDO LA LIQUIDACION DE LA SECCION DE INVALIDEZ EN 1962

Todas las liquidaciones económicas ofrecen la extraña aridez de las cifras. Aquéllas sólo son comprensibles para los muy versados y, además, intensamente compenetrados con la materia. No podía ser excepción la de la Sección de Invalidez de la Mutual Sanitaria del año pasado. Por ello, parecen más convenientes comentarios sobre la misma, que así pueden alcanzar a todos los conocimientos, aun los distanciados de las características de la Mutual.

El hecho que se destaca en primer término, como más evidente en la citada liquidación, aun para el más profano en matemáticas, y los profesionales sanitarios no lo son, es la existencia de superávit en todos los grupos; es decir, que han bastado las cuotas percibidas para cubrir y abonar los subsidios producidos. Sin necesidad de recurrir a la formación de capitales de cobertura, mucho más técnicas, pero también más engorrosas. Los excedentes producidos pueden pasar a engrosar las reservas de nuevos capitales, si éstos se precisasen.

Esta sencilla fórmula, que la liquidación permite por el momento, facilita asimismo de modo extraordinario la contabilidad de la invalidez temporal, originada por larga enfermedad y, por tanto, reversible y recuperable, cuyo cálculo de capitalización de cobertura resulta dificilísimo, si no prácticamente imposible de realizar con cierta certeza.

Otra ventaja financiera de esta liquidación se ha visto en el subsidio extraordinario del 50 por ciento que se concede durante un año a los médicos de asistencia domiciliaria amputados de miembros inferiores. Aun cuando su capital de cobertura resulta muy fácil de establecer, no ha precisado recurrir a ello, con ahorro de tiempo económicamente cifrable, y la misma contabilización de las prótesis ha resultado más sencilla.

En la liquidación comentada se observan muy marcados los escalones característicos de los tres diferentes momentos de creación de grupos en la Sección: el primero, hasta el IV, inicial fundacional; el segundo, hasta el IX; y el tercero, hasta el XIV, recientemente implantado. Los subsidios manifiestan diferencias muy marcadas en estos tres escalones; pero también la totalización de las cuotas marcha paralela, e igualmente los superávits, con tendencia a mejorar ésos en los últimos grupos. Disminución de subsidios y mejoría de superávits, muy lógica cuanto que para el ingreso en aquéllos se ha efectuado cierta selección por el propio mutualista, al solicitar la ampliación y el posterior reconocimiento médico, que actúa de moderadora criba.

La ampliación obligatoria al complejo 4-4-3-4 para los nuevos mutualistas, al alcanzar determinada edad, sin previo reconocimiento médico y, por tanto, con total aceptación de posibles riesgos de invalidez, no parece haber afectado en el aumento de los subsidios; desde luego, corroborando el presupuesto de más dilución de riesgos entre mayor masa cubierta.

La Sección de Invalidez no afecta para nada al desarrollo y marcha de la vida, como es lógico. Sin embargo, parece evidenciarse por ella que los inválidos consiguen vida más prolongada de lo que se esperaba.

Los superávits conseguidos en los grupos obligatorios de esta Sección reafirman el criterio de estimar un conjunto de incapacidad laboral, constituído por las Secciones de Enfermedad, Invalidez y Vejez, tres formas diferentes de aquélla, temporal, permanente y por edad, ya que la última, con la considerable prolongación de la longevidad, desequilibra proyectos y presupuestos.

Deducciones y comentarios, sin cifras, menos agobiantes y siempre sugeridoras de muy provechosos alicientes y enseñanzas.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

CONGRESOS

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

La reunión anual del Capítulo de Andalucía (Andalucía, Extremadura y Murcia) del American College of Chest Physicians tendrá lugar en Murcia, durante los días 1, 2 y 3 de noviembre, con arreglo al siguiente programa:

Sesión inaugural en el salón de actos de la «Casa de la Cultura», el día 1 a las doce horas.

Tema de discusión: «Hipertensión pulmonar»; primera ponencia, «Etiopatogenia», a cargo de los doctores Pedro de Rábago y Fernández Lahoz, de la Clínica de la Concepción, de Madrid, actuando de moderador el doctor Isidoro Mínguez, de Murcia.

Segunda ponencia, «Clínica», a cargo del doctor José Antonio García Torres, de la Facultad de Medicina de Granada, actuando de moderador el profesor doctor Julio Peláez Redondo, catedrático de aquella Facultad.

Tercera ponencia, «Tratamiento», a cargo del doctor Antonio Moncada Moneu y colaboradores del Hospital Provincial de Málaga, actuando de moderador el doctor José Ruipérez Vigueras, de Murcia.

Las sesiones científicas se celebrarán en el salón de actos del Hospital Provincial, el día 1 a las cinco de la tarde, y el día 2 a las diez de la mañana y a las cinco de la tarde.

Los Excmos. Diputación Provincial y Ayuntamiento de Murcia, y Laboratorios Liade y Antibióticos, S. A., colaborarán en el programa social.

Un comité de damas acompañará a las señoras de los asistentes en los actos especialmente previstos para ellas.

CURSOS

II CURSILLO DE OBSTETRICIA PARA POSTGRADUADOS

Se celebrará en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, del 7 de octubre al 30 de noviembre de 1963, y será eminentemente práctico, proyectándose películas científicas.

Los cursillistas podrán asistir a la consulta del Servicio, a todas las intervenciones obstétricas y se organizarán turnos de guardia para la asistencia al parto normal.

El precio de la inscripción es de dos mil pesetas y está limitada a diez cursillistas.

Finalizado el curso se entregará certificado y diploma a quienes demuestren la aptitud necesaria y asiduidad en la asistencia.

Diríjanse las solicitudes por escrito al doctor J. Grau Colomé, Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (13).

SEMANA GINECOLOGICA

Organizada por la Cátedra de Obstetricia y Ginecología (catedrático: prof. Manuel Usandizaga), de la Facultad de Medicina de Barcelona), se celebrará del 18 al 23 de noviembre de 1963, y en ella tendrán lugar conferencias generales sobre los temas que se anunciarán oportunamente, estando a cargo de los doctores y profesores V. Cónill Serra (Barcelona), S. Dexeus (Barcelona), E. Gil Vernet (Barcelona), J. A. Usandizaga (Salamanca), M. Usandizaga (Barcelona), J. Vanrell (Barcelona). Están invitadas varias personalidades extranjeras, cuyos nombres se precisarán en el programa definitivo.

Discusiones en mesas redondas sobre «Cuello uterino normal y patológico» (excepto neoplasias): «Anatomía», «Embriología y fisiología del cuello uterino», «Estudio clínico de las cervicitis y de las infecciones específicas», «Tratamiento de las cervicitis», «La esterilidad cervical», «La infertilidad cervical». Cada una de las mesas estará presidida por uno de los profesores invitados.

Trabajos prácticos sobre «Técnicas de exploración del cuello uterino». Citología vaginal, colposcopia, biopsia, legrado e histerosalpinngografía.

Tanto en las mesas redondas como en los trabajos prácticos intervendrán los doctores J. Alonso, P. Andolz, L. Ballesteros, V. Badía, R. Blanco, A. Campo, X. Dominzo, J. Esteba, J. M. Mateu, M. Muxí, J. Pardina, J. Pérez Soler, J. Porté, J. M. Puig, J. M. Sala Ponsatí, del personal de la Clínica.

El trabajo se distribuirá de la siguiente forma: ocho treinta mañana, sesiones operatorias y trabajos prácticos; doce treinta mañana, conferencias generales; cinco tarde, trabajos prácticos; seis treinta tarde, mesa redonda o conferencias; siete treinta tarde, proyección de películas científicas.

La asistencia a la sala de operaciones y a los trabajos prácticos estará limitada erclusivamente a los cursillistas.

Para formalización de inscripciones dirigirse al doctor J. Porté, cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor M. Usandizaga, Facultad de Medicina, Casanova, 143, Barcelona (1). Precio de la matrícula: 1.500 pesetas.

A los asistentes matriculados les será entregado un certificado.

IV CICLO DE SESIONES QUIRURGICAS

Organizado por los Servicios de Cirugía general del Hospital del Sagrado Corazón de Barcelona, con la colaboración de la Escuela de Patología Digestiva Gallart-Monés, con sujeción al siguiente programa:

Octubre 1963, días 18 y 19: doctor J. Pi-Figueras, jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, «Estenosis postoperatorias de la vía biliar. Etiopatogenia y tratamiento».

Noviembre 1963, días 15 y 16: doctor M. Dargent, director del «Centre Leon Bérard», de Lyon, «Cáncer del tiroides».

Enero 1964, días 17 y 18: doctor J. Planas Guasch, cirujano plástico del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, «Problemas quirúrgicos que plantean los estados intersexuales».

Febrero 1964, días 21 y 22: Prof. P. Stefanini, Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Roma, «Clínica y Cirugía del Feocromocitoma».

Marzo 1964, días 20 y 21: Prof. M. Battezzati, profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Génova, «Terapéutica endolinfática».

Abril, 1964, días 17 y 18: Dr. J. Van Der Stricht, Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario St. Pierre de Bruselas, «Hipertensión Portal».

Mayo 1964, días 15 y 16: Prof. V. Pettinari, Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Padua, «Indicaciones, técnica y resultados de la resección del hígado».

Junio 1964, días 19 y 20: Dr. J. N. Maillard, Cirujano del Hospital Beaujon de París, (Serv. del Prof. Lortat-Jacob, «Esofagoplastias: indicaciones, técnica y resultados».

Las sesiones operatorias y discusiones en «mesa redonda» tendrán lugar en el Hospital del Sagrado Corazón, calle Londres, 30, Barcelona.

Las conferencias, que serán públicas, se desarrollarán en la Sala Carlo Erba, Rosellón, 186, amablemente cedida para este fin.

Para la asistencia a las sesiones operatorias y a la discusión en «mesa redonda», dado que su número debe ser restringido a un máximo de 25, se establecen unos derechos de inscripción de 2.000 pesetas.

Para inscripciones, en la Administración del Servicio, calle Londres, 30, o en Rosellón, 186.

A los inscritos se les entregará, si lo desean, documento acreditativo de su asistencia a estas sesiones.

HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Décimotercer curso de Urología Práctica. Lecciones clinicoterapéuticas adaptadas a la práctica del médico general; colaborarán con el Director del Servicio, los jefes de clínica Dres. J. Garrós Rovira, E. Valldeperas Bonamich y A. Llorens Tendas.

Lunes, 4: «Exploración clínica urogenital».

Martes, 5: «Dolor urogenital».
Miércoles, 6: «Trastornos de la micción»
Jueves, 7: «Hematuria y piuria».
Viernes, 8: «Tumoraciones urogenitales».
Sábado, 9: «Variaciones en la cantidad de orina; la fiebre en las afecciones urinarias, y uremia».

Las lecciones se desarrollarán a las 10 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, Hospital del Sagrado Corazón, Servicio de Urología, calle de Borrel, 303. Teléfono 230 58 00.

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO, DE BARCELONA

Ofrecemos un avance del programa de las actividades que se desarrollarán en el Servicio de Medicina General (director, doctor A. Rocha), durante el curso 1963-64:

Seminario de Patología Médica: Todos los lunes laborables, a las ocho cuarentay cinco lunes laborables, a las ocho cuarenta y cinco horas, en el Aula Esquerdo de este Servicio, desde el 1 de octubse de 1963 hasta el 30 de mayo de 1964.

Sesiones clínicas: Todos los sábados labora- Aula Esquerdo de este Servicio, desde el 1 de bles, a las ocho cuarenta y cinco horas, en el octubre de 1963 hasta el 30 de mayo de 1964.

Cursos breves:

Cursos breves: Sobre «Dietética clínica», durante el mes de diciembre de 1693; sobre «Farmacología y Terapéutica», durante el mes de diciembre de 1963; sobre «Biología Deportiva», durante el mes de marzo de 1964; sobre «Cardiología», durante el mes de marzo de 1964; sobr «Cinerradiología», durante el mes de mayo de 1964.

Cursos monográficos: Sobre «Reumatología», durante el mes de febrero de 1964.

Mesas redondas: Durante un fin de semana (sábado tarde y domingo mañana), en las siguientes épocas: sobre «Gastroenterología», durante el mes de diciembre de 1963; sobre «Aparato circulatorio», durante el mes de marzo de 1964; sobre «Radiología», durante el mes de mayo de 1964.

Oportunamente se publicarán los programas detallados de cada una de las actividades reseñadas.

Todas las conferencias, lecciones, sesiones clínicas y demostraciones prácticas, se profesarán en el Aula Esquerdo de este Servicio de Medicina General.

Para cualquier clase de información dirigirse a la Secretaría del Servicio todos los días laborables, de nueve treinta a once horas.

Al finalizar los diferentes cursos se expedirán a los señores matriculados los certificados diploma correspondientes.

IV CURSO DE HEMATOLOGIA

Organizado por la Clínica Médica del profesor doctor A. Pedro-Pons, de la Facultad de Medicina de Barcelona, tendrá lugar del 3 al 22 de febrero de 1964, ambos inclusive, refiriéndose a Clínica, Laboratorio y Hemoterapia, bajo la dirección del profesor doctor P. Farreras Valentí, con numerosos colaboradores.

La Escuela Profesional de Hematología de la Facultad de Medicina de Barcelona, creada por Orden Ministerial del 27 de noviembre de 1957, orientada a la formación y perfeccionamiento en esta especialidad, convoca la matrícula para el próximo curso de Hematología, que tendrá lugar en dicha Escuela durante el próximo mes de febrero del año 1964.

Dada la amplitud actual de la teoría y práctica de la Hematología se ha creído conveniente desarrollar el curso con la colaboración de los especialistas más calificados de diversos centros hematológicos españoles.

El curso constará de las siguiente partes:

A) Lecciones teóricas sobre Hematología y Hemoterapia.—Se expondrá su temario según programa.

B) Prácticas clínicas.—Se realizarán a continuación y en días alternos, sobre pacientes de la clínica y dispensario.

C) Ejercicio de observación morfológica y citológica.—Estas se realizarán por la mañana, con estudio de preparaciones previamente seleccionadas del archivo de la clínica. Se procederá a su observación microscópica, proyecciones, microfotografías, etc.

D) Lecciones sobre técnicas hematológicas.—Comenzarán a las cuatro de la tarde, comprendiendo los fundamentos de las principales técnicas.

E) Prácticas de laboratorio.—Se efectuarán a continuación, hasta las siete de la tarde y dando la máxima importancia a su realización, dedicándolas a los mismos temas del apartado D).

Dicho curso se celebrará en la Clínica Médica Universitaria del profesor doctor A. Pedro-Pons, Escuela de Hematología (Facultad de Medicina de Barcelona), en régimen de clases diarias, mañana y tarde, excepto domingos.

El número de plazas estará limitado a quince cursillistas.

El precio de la inscripción al curso completo es de 4.000 pesetas. Al final del curso, y previo examen, se librará un certificado de asistencia y aplicación.

Para más detalles, dirigirse al secretario del curso, doctor F. Císcar Ríus, Facultad de Medicina, Cátedra del profesor doctor A. Pedro-Pons, Casanova, 143, Barcelona.

NECROLOGÍA

FALLECIO EL DR. CODINA ALTÉS

En Barcelona, a los 72 años de edad, pero en plena actividad profesional, ha fallecido el doctor don Juan Codina Altés, cardiólogo del Instituto Policlínico y ex profesor auxiliar de la Cátedra de Patología médica de aquella Universidad, persona muy apreciada por su capacidad y por su ejemplar conducta.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

DIMITE EL MINISTRO PORTUGUES DE SANIDAD

Recientemente, en Lisboa, ha presentado su dimisión el ministro portugués de Sanidad, profesor Pedro Mario Soares Martinea.

EXITO DE LA TECNICA ELECTRONICA

Por primera vez la televisión médica francesa en colores acaba de pasar la frontera de los Alpes.

El hospital de Turín acaba de presentar a quinientos médicos italianos el dispositivo de televisión en colores y en circuito cerrado que ha sido instalado por la «Thompson».

Este tipo de equipo, que permite seguir sobre una gran pantalla las operaciones más delicadas en sus menores detalles, está en servicio en la Facultad de Medicina de París desde el año pasado.

HOMENAJE AL PROF. LEON BINET

Con motivo de cumplirse los cuarenta años de actividad profesional del profesor León Binet y los diecisiete de rectorado, sus colegas, alumnos y amigos van a tributarle un homenaje y ofrecerle un recuerdo como señal de reconocimiento.

Para ello quieren ofrecerle una medalla con su efigie, grabada por Anne Quinquaud.

Las personas que suscriban 50 francos recibirán una reproducción en bronce de la misma. Las adhesiones deben enviarse a Monsieur Georges Masson, 120 Boulevard Saint-Germain, París VI.

DISTINCION ESPAÑOLA AL PROFESOR DE TONI

El Generalísimo Franco, Jefe del Gobierno español, ha concedido al Prof. Giovanni De Toni, Director de la Universidad de Génova, la Encomienda de la Orden del Mérito Civil, por su brillante participación en el último Congreso de Pediatría celebrado en Sevilla y por su nombraminto de Presidente de la Asociación de Pediatras de las Naciones Latinas.

La entrega fue hecha por el cónsul de España, Sr. Marqués de Auñón, que expresó su congratulación por esta preciada distinción.

EL PROF. TARDINI PASA A LA UNIVERSIDAD DE PARMA

El Prof. Armando Tardini ha sido encargado de la Dirección del Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Parma. Hasta ahora ocupaba igual cargo en la Facultad de Sassari, donde su labor era muy apreciada por sus trabajos científicos y obra de enseñanza.

BOLONIA HONRA A SUS SABIOS

En Bolonia se ha planteado una viva polémica con motivo de la conservación, restauración y ambientación de la casa de **Luigi Galvani**, descubridor de la electricidad.

Parece ser que su alineación no estaba de acuerdo con los trazados de los grandes edificios de nueva construcción.

Unánimemente, las opiniones de los representantes de la vida cultural ciudadana han estado acordes con el profesor Forni, rector del Ateneo boloñés, que ha escrito en la prensa en favor de la conservación de la casa del ilustre científico, destinándola a museo o sede de alguna institución científica.

También se inclinaba por que se deje un amplio espacio libre entre los inmuebles que la rodean y se trace un jardín público, situando en él la estatua de Galvani, para ejemplo de la posteridad.

Otro problema también resuelto por deliberación del Senado Académico de la Universidad de Bolonia ha sido la transformación definitiva de la tumba del fisiólogo **Marcello Malpighi**, en la iglesia central de San Gregorio, dotándola de un artístico sarcófago como se proyectó hace años, que permitirá perpetuar así su memoria a los visitantes.

TERREMOTOS MAS IMPORTANTES DE ESTA EPOCA

La tragedia de Yugoeslavia ha traído el recuerdo de los más recientes e importantes terremotos ocurridos en estos últimos años, que han sido los siguientes:

1939: Chile, con 25.000 muertos, y Turquía, con una cifra análoga.
1949: Ecuador, con 6.000 víctimas.
1950: Assam, con 1.500 muertos.
1951: San Salvador, con 400 muertos.
1952: Japón, con 600 víctimas.
1953: Islas Jónicas, con 500 muertos.
1954: Orleansville (Africa del Norte), con 1.250 muertos.
1957: Kurdistán, con 2.000 muertos.
1958: Perú, con 1.300 muertos.
1960: Agadir (Marruecos), con 10.000 muertos, y nuevamente Chile, con 8 a 10.000 víctimas.
1963: Libia, con 350 muertos y destrucción de la ciudad de Barce.

DIEZ MILLONES DE CIEGOS EN EL MUNDO

Según una reciente estadística de la Organización Mundial de la Salud, en el mundo hay más de diez millones de ciegos. De ellos, más de las dos terceras partes podrían haber conservado la vista si hubiesen recurrido a tiempo a las medidas preventivas, médicas y quirúrgicas, de que hoy dispone la Medicina.

Esto debe considerarse como uno de los más graves problemas del mundo actual, y la prevención de la ceguera resultaría mucho menos onerosa que el mantenimiento de esos diez millones de invidentes.

En este sentido la O. M. S. ha enviado a la U. N. E. S. C. O. una información y amplias sugestiones para desarrollar una campaña mundial en contra de la ceguera.

DIVERSAS

EL CANCER EN GRAN BRETAÑA

El doctor Longan, jefe del Registro General Oficial de Estadística Médica, ha dado a conocer recientemente unos datos y cifras relacionadas con la enfermedad del cáncer en la Gran Bretaña. Según éstos, el número de defunciones por el cáncer se ha elevado de 30.000 por año, que era el correspondiente a principio de siglo, a 90.000. Al considerar esta cifra hay que tener en cuenta el aumento de población y también el aumento de longevidad, y ya sabemos que el cáncer es una enfermedad más frecuente en las personas de edad avanzada. Entre las personas que la padecen se ha regristrado un aumento en los hombres y un ligero descenso en las mujeres. La forma más frecuente ha sido el cáncer de pulmón; sin olvidar la leucemia, cáncer de la sangre, que ha dado un gran número de casos en los niños. También se ha revelado que el cáncer es más frecuente en las grandes ciudades que en los distritos rurales. Particularmente el cáncer de pulmón se halla más extendido en ciudades como Londres que en el campo. De los estudios realizados sobre las diversas formas de cáncer se deduce que del de pulmón o de estómago, sólo en un reducido número de casos puede esperarse una supervivencia de cinco años, mientras que el cáncer localizado en lugares más superficiales, como la boca o la piel, da una supervivencia muy superior a los cinco años en la mayoría de los casos.

NUEVA TECNICA PARA DIAGNOSTICAR LA TROMBOSIS

Doctores del Departamento de Cardiología del Hospital de San Jorge, de Londres, están trabajando en una técnica de diagnóstico que puede hacer posible que los cardiólogos descubran quién tiene predisposición a padecer trombosis coronaria, y de esta forma tomar medidas preventivas. La nueva técnica, aún en estado experimental, se basa en una serie de radiografías de las arterias coronarias del paciente. Por medio de estas radiografías, los especialistas pueden observar la forma, tamaño, dirección, distribución y número de ramas del árbol arterial. Un estrechamiento de los vasos principales —que frecuentemente precede a la declaración de trombosis— puede de esta forma ser acusado, así como otros defectos de las paredes arteriales.

APROVECHAMIENTO DEL AGUA DEL MAR COMO BEBIDA

Sabios británicos y holandeses han diseñado un aparato que permite purificar el agua salada. Precio de costo de la operación: 300 francos por 4.500 litros de agua.

El aparato funciona desde hace cierto tiempo en Tobruk. Convierte el índice de salinidad del agua en un 0'05 por ciento, coeficiente normal del agua potable.

El principio es simple: membranas de resina sintética están dispuestas por pares en el interior de una larga caja de acero, que se asemeja un poco a un acordeón. Estas membranas —hojas extremadamente delgadas de plástico— son permeables a los iones de sal, pero impermeables al agua.

Los iones de sal son atraídos por las corrientes eléctricas de polaridad contraria, una de las membranas está situada ante una carga positiva de electridad, y la otra ante una carga negativa. Los iones de sal se dirigen hacia las membranas y las atraviesan, y el agua que queda pierde la sal.

EL EMPLEO DE JUGUETES ANESTESICOS EN CIRUGIA INFANTIL

Ciertos cirujanos americanos emplean para dormir a los niños juguetes anestésicos. En en efecto, la anestesia es la parte más difícil de una operación infantil, ya que el miedo a todo el instrumental y a lo desconocido puede provocar traumatismos psicológicos en el niño.

Se puede ahora dejarle jugar con un oso de peluche provisto de un tubo escondido, por el que sale el gas anestesiante, o un teléfono oculto en una muñeca, etc. Esta dosis proyectada por un juguete basta para dormir a un niño; después de lo cual se le puede poner la máscara anestesiante sin que jamás tenga conciencia ni recuerdo de ello.

La mayor parte de los médicos consideran que se debería advertir por anticipado al niño de las primeras sensaciones del anestésico, pero en la práctica, un juguete nuevo basta para movilizar toda su atención, hasta que cae dormido.

EL BRAZO ARTIFICIAL A GAS CARBONICO

Dos investigadores de la Universidad de Heidelberg han ideado un sistema de brazo artificial neumático, mucho más práctico y manejable que los brazos mecánicos ordinarios. Es un brazo de caucho, de metal y de madera, movido por un depósito de gas carbónico, unido por tubos de caucho a un sistema de pequeñas válvulas. Estas se abren y se cierran al más ligero movimiento de los músculos sobre los que están colocadas; de esta extrema sensibilidad procede la manejabilidad del aparato. Cuando la válvula se abre, el gas pasa del depósito a un tubo, y después a uno de los fuelles minúsculos, que ponen en movimiento una parte del miembro artificial.

Este aparato ha sido ensayado ya sobre cincuenta personas; permite ejecutar fácilmente una docena de movimientos, beber y comer con utensilios normales, escribir a máquina, servirse de una llave, escribir con estilográfica. El aparato cuesta de 18.000 a 20.000 pesetas, comprendidas las tres o cuatro semanas necesarias para aprender a utilizarlo. Su único inconveniente consiste en que es preciso reemplazar el gas carbónico cada doce o quince días, según la frecuencia de su utilización.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

ANTE LAS PROXIMAS ELECCIONES PARA LA JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

Terminado el plazo reglamentario, han sido presentadas y admitidas por el Consejo Superior de Colegios Médicos, las dos siguientes candidaturas:

Una, en la que figuran: como presiente, don César Júdez Gavilanos; vicepresidente, don Francisco del Río Bergés, de Calatayud; secretario, don Ramón García Porta; vicesecretario, don Casiano Sierra Moldero; tesorero-contador, don Joaquín Torguer Pérez; vocal representante de los médicos libres con más de veinte años de ejercicio en este Colegio, don Luis Placer Martínez de Lecea; vocal representante de los médicos libres con menos de cinco años de ejercicio en este Colegio, don José Manuel Gómez Beltrán; vocal representate de los médicos de asistencia colectiva, don José Millán Guitarte.

Otra candidatura es como sigue: presidente, don Andrés García Martín; vicepresidente, don Tomás Muñoz Gascón; secretario, don Antonio Duplá Abadal; vicesecretario, don Antonio Jiménez Martínez; tesorero, don José María Galbe Pueyo; representante de médicos libres, don Jesús Sardaña Guillén; otro representante de médicos libres, don Fernando Solsona Motrel, y representante de los médicos de asistencia colectiva, don Ricardo Lostao Díez.

Los componentes de ambas candidaturas poseen la personalidad y competencia necesarias para que todos los colegiados se sientan representados digna y eficazmente por ellos.

Es deber **de todos** acudir con puntualidad y entusiasmo el día 24 a emitir el voto que designe a aquéllos que en conciencia crea van a imprimir a la representación colegial una directriz digna de nuestra región y de sus intereses profesionales. No cabe indiferencia ni abstención. Es preciso votar, y que la votación alcance el máximo. Esta será la mejor prueba de que todos los colegiados se preocupan por la trascendencia de sus problemas y por lograr una representación eficiente y digna.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 7, tras el paréntesis del verano, se reanudaron las sesiones científicas de la Corporación. El doctor don Laureano Menéndez de la Fuente, jefe de los Servicios Antituberculosos del Estado, en Huesca, disertó sobre el tema «La Facultad de Medicina de la Universidad de Huesca en los siglos XVI y XVII».

Presidió el presidente de la Academia, doctor Oliver, Rubio, acompañado por el vicepresidente, doctor Noailles, conferenciante y secretario, doctor Horno. Asistieron gran número de académicos. El doctor Oliver presentó al doctor Menéndez de la Fuente, destacando sus cualidades humanas y profesionales. Seguidamente, el conferenciante inició su charla.

Se refirió a la fundación de la Universidad de Huesca por el rey Pedro IV de Aragón, el año 1354, con carácter de exclusiva en todo el reino, relatando los medios económicos con que contó desde su fundación. Hace referencia a la vida de la Facultad en sus primeros años, y más tarde al régimen de la misma según lo dispuesto en sus primeros estatutos de 1468-1487, textos que se explicaban y forma de obtener los grados.

Habló a continuación, ya refiriéndose a los años objeto de este estudio, a las cátedras que existían, la forma de provisión de las mismas, especialmente a la vieja costumbre de que, después de la oposición, las cátedras se adjudicasen por los votos de los estudiantes. Costumbre suprimida por la reforma que llevó a cabo don Carlos Muñoz, obispo de Barbastro, y restaurada por el rey ante las protestas que levantó la supresión.

Pasó a ocuparse de los privilegios y obligaciones de los catedráticos y forma de explicar las clases. Pasó revista luego al plan de estudios, cursos que constaba la carrera, textos que se explicaban, enseñanza de la cirugía y anatomía, etc.

Resaltó la importancia que tenía en la formación de los médicos en los actos públicos que se celebraban, con discusiones, argumentos y un brillante juego dialéctico.

Se detuvo un poco en la vida universitaria estudiada a través de los estatutos, costumbres de los estudiantes, privilegios y obligaciones que tenían, sanciones que se imponían, disposiciones referentes a la forma de vestir, etc.

Explicó la forma en que se realizaban los exámenes para obtener los grados de bachiller, licenciado y doctor y los actos de carácter social que tenían lugar, desfiles, convites, derechos de examen, llamados en aquellos tiempos «convites», etc.

Por último se refiere a la importancia que tuvo la Facultad en aquellos dos siglos, examinando las dotaciones de las cátedras y el número de graduados, ambas circunstancias en relación con otras Facultades de la misma Universidad.

SEMINARIO MEDICO MILITAR DE LA QUINTA REGION

El día 24 de octubre inició sus sesiones este Seminario, bajo la presidencia del inspector médico jefe de Sanidad Militar de la Región, Excmo. Sr. D. Antonio Amor Tejedor.

El acto tuvo lugar en el Hospital Militar, haciendo uso de la palabra el teniente coronel médico don Manuel Chamorro Areses, quien disertó sobre el tema «Isótopos radiactivos en el tratamiento. Bomba de cobalto».

En la discusión intervino el urólogo coronel Mozota, y cerró el acto con palabras de elogio y comentario, el general de Sanidad doctor Amor Tejedor.

APERTURA DE CURSO EN LA ACADEMIA DEONTOLOGICA DE LA HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIAN

El domingo 27 de octubre se celebró la apertura de curso de la Academia Deontológica de la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián, de Zaragoza.

Tras los actos religiosos tuvo lugar la sesión inaugural del curso, en el salón de la Real Academia de Medicina, presidida por el M. Ilustre Sr. D. Antonio Flórez Cuadrado, en representación del gobernador eclesiástico del Arzobispado; el doctor Martínez Berganza, en representación de la Excma. Diputación Provincial, y el vicepresidente de la Hermandad, don Pedro Luis Roncalés.

La sesión dio comienzo con la lectura de la memoria de actividades del curso anterior por el secretario de la Hermandad, hermano doctor don Antonio Fuertes Jovellar, quien señaló en forma breve y sintética los principales actos del curso 1962-63.

A continuación, don José Manuel Arenal Camón, médico y sacerdote, pronunció la lección, inaugural, disertando sobre el actualísimo tema «El médico cristiano en su vertiente comunitaria». Señaló en su brillantísima disertación que la profesión médica es un servicio, pero un servicio honroso, afectivo y además profundamente interior, penetrando en el fondo ontológico de necesidad que tienen los seres.

Si algún hombre ha de ser profundamente humano, por el objeto de su actividad, es el sacerdote y el médico; éste ha de ser capaz de comprender mucho y de, aplicando unas técnicas y unas doctrinas científicas, adaptarse al tiempo psicológico-espiritual del enfermo.

Conviene que el médico salga de la Facultad con un sentido humano, pleno de valores afectivos, que superen el tecnicismo excesivo y la despersonalización de la época actual, poniendo en todas sus actividades ternura y caridad.

El conferenciante, que fue muy aplaudido, contestó a los hermanos que intervinieron en el diálogo subsiguiente, doctores Civeira y Rabadán, los cuales felicitaron al disertante y aportaron sugerencias de gran interés.

Terminó la sesión con unas palabras del M. I. Sr. D. Antonio Flórez Cuadrado, quien felicitó a todos los que habían intervenido y declaró abierto el curso.

PROYECCION DE PELICULAS

El día 8, en el salón de actos del domicilio social de la Caja de Ahorros de la Inmaculada, se proyectaron las películas de Medicina, facilitadas por el Instituto Británico en España, que versaron sobre los temas: «Opehación por prolapso» e «Histerestomía abdominal total por cáncer».

Con esta primera sesión, se inicia la proyección de una serie de documentales médicos, distribuídos en trece sesiones, que durará hasta el mes de mayo del próximo año 1963.

NUEVA RESIDENCIA DE A. T. S.

El día 30 de octubre fue bendecida la nueva residencia de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos, de esta Facultad de Medicina, en la que cursan sus estudios unos trescientos alumnos.

Ha sido encargado de su dirección el profesor doctor Luis Jiménez González, quien pronunció unas palabras explicando su fundación y propósitos.

CURSILLO DE PUERICULTURA EN LA JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

Días atrás se ha desarrollado un cursillo de Puericultura en los locales de la Jefatura Provincial de Sanidad.

Las lecciones versaron sobre organización de la puericultura y mortalidad infantil; higiene prenatal; cuidados del recién nacido; alimentación del lactante; desarrollo del niño; higiene mental; rehabilitación de los niños deficientes, y profilaxis de las enfermedades infecciosas, siendo desarrolladas respectivamente por loc octores Lorente Sanz, Horno Liria, Rodríguez Almeida, Manrique, Suescún, Rey Ardid, Fuertes Jovellar y Herrero Ayllón.

EL DR. AUDERA OLIVER

En plena juventud —a los treinta y siete años— y en plena actividad médica también, falleció el doctor don Francisco Audera Oliver.



Fue brillante alumno de esta Facultad de Medicina. Por haber obtenido premio en un concurso de trabajos científicos de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, fue nombrado académico corresponsal. Era radiólogo de la Obra «18 de Julio»; radiólogo ayudante de la Residencia del Seguro de Enfermedad y ayudante de Radiología del Servicio de su tío, el doctor Oliver, en el Hospital Provincial, distinguiéndose por su competencia profesional y por sus excelentes condiciones para el trabajo. Fue también premiado en uno de los concursos anuales de la Institución «Fernando el Católico». Era también un gran caballero y un excelente católico.

A su esposa, doña Elena Merino, hijos y familia, les acompañamos muy sentidamente en su dolor y en sus oraciones por el eterno descanso de su alma.

INTERESANTE TRABAJO HISTORICO SOBRE «LOS CAJAL»

En la recepción celebrada en la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luis para el ingreso como miembro de número de don Adolfo Castillo Genzor, éste leyó como tema de su discurso el estudio del linaje histórico de la familia Cajal durante un milenio, exaltando los méritos de algunos de sus miembros y aportando datos muy notables.

MEDICO FILATELICO ARAGONES PREMIADO

En la V Exposición Filatélica de Coleccionistas Aragoneses, celebrada recientemente en la sala de exposiciones del Palacio Provincial, le fue otorgada la medalla de plata de la Diputación al doctor don Mariano Vicente Carceller, por la notable aportación realizada en las colecciones presentadas.

«UN MARAVILLOSO MUNDO DESCONOCIDO»

Sobre este título, el P. Manuel Dato, consiliario de la Fraternidad de Enfermos de Valencia, dio una interesante conferencia en el salón de actos del Colegio del Sagrado Corazón. En ella trató sobre la psicología, problemas y manera de tratar a los enfermos. En su segunda parte, documentada con las más recientes estadísticas, habló de los adelantos de la Medicina en el campo de la rehabilitación y refirió su participación al Congreso de Copenhague. Finalmente dio una visión de lo que es la Fraternidad, su extensión en doce países y la implantación en España desde el año 1958.

EL DR. CASTILLO DE LUCAS, EN TERUEL

El día 14, invitado expresamente por el doctor De Pablos, Gobernador Civil de Teruel, pronunció una amena e interesantísima conferencia en aquella capital el doctor don Antonio Castillo de Lucas, tratando sobre el tema «Concepto y contenido del folklore», exponiendo en su apoyo ejemplos aragoneses.

ENTREGA DE EMBLEMAS Y DIPLOMAS

El día 25 de octubre tuvo lugar en el salón de actos de la Delegación Provincial de Sindicatos la imposición de insignias y entrega de diplomas a los primeros socorredores de empresa, que pertenecen a la Asociación Nacional de Socorredores de Empresas, con sede oficial en nuestra capital.

Prsidió doña Mercedes Sanz Bachiller, jefe nacional de la Obra de Previsión Social, a la que acompañaban el director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, doctor Díaz González; presidente nacional de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, don Rafael Espinosa de los Monteros, y don José Luis Martín Celiméndiz, presidente de la Delegación Regional del Ebro de esta Sociedad.

HOMENAJE AL PRACTICANTE SR. VILLARROYA

El día 10 fue obsequiado con un almuerzo por un numeroso grupo de jefes y oficiales de Sanidad Militar y practicantes y médicos de guardia de nuestro Hospital Militar, el practicante militar don Serafín Villarroya, que ha simultaneado el ejercicio activo de su destino con los estudios de la carrera de Medicina, que ha terminado brillantemente.

Ofrecieron el agasajo el teniente coronel señor Mozota, urólogo del Hospital Militar, y el teniente coronel Faro, como jefe del equipo quirúrgico en el que actúa como practicante el señor Villarroya, dando las gracias el homenajeado con palabras muy emotivas.

También ese mismo almuerzo sirvió de despedida al que hasta ahora ha sido médico de guardia del Hospital Militar, don Fernando Fondevila, para el cual hubo también cariñosas palabras de los señores antes citados y de otros comensales que le dedicaron afectuosas frases, a las que contestó agradecido el señor Fondevila.

Felicitamos muy cordialmente a don Serafín Villarroya por ese esfuerzo realizado simultaneando su carrera de practicante con los estudios de Medicina, y le deseamos muchos éxitos en su nueva profesión.

CONCURSO CIENTIFICO 1963-64 DE LOS «LABORATORIOS JORBA»

Los «Laboratorios Jorba», deseosos de estimular iniciativas en el campo de la investigación biológica, crean un concurso de investigación científica para el que se otorgan los cuatro premios siguientes: un premio especial de 100.000 pesetas y tres premios más de 25.000, 10.000 y 5.000 pesetas.

Para el premio especial se destinarán los temas que recojan resultados clínicos obtenidos en la aplicación de asociaciones glucosamin-antibióticos para patología infecciosa. Es condición indispensable que los trabajos sean realizados en colaboración por varios facultativos constituyendo equipo.

Los tres premios restantes se adjudicarán a trabajos unipersonales que presenten amplia documentación bibliográfica o resultados experimentales de la intervención de la glucosamina o asociaciones glucosamín-antibióticos en clínica, terapéutica, farmacología, microbiología, inmunología, fisiología, etc.

Si alguno de estos tres premios se declara desierto, su dotación se adjudicará proporcionalmente a los que queden, o se aplicará íntegramente, si sólo hay uno, al que haya sido seleccionado. Igualmente, si hubiera más trabajos de interés, los «Laboratorios Jorba» se reservan el derecho de conceder «accésits» en la cuantía que estimen oportuno.

La información, normas para este concurso, etc., deben solicitarse al Sr. Secretario del Concurso Científico de los «Laboratorios Jorba», Victoria, 4, 2.ª, Madrid (12).

VIDA MÉDICA NACIONAL

SESION NECROLOGICA EN MEMORIA DEL PROF. SANZ IBAÑEZ, EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

El pasado día 29, la Real Academia Nacional de Medicina celebró una sesión necrológica en memoria del académico recientemente fallecido profesor Sanz Ibáñez. El discurso necrológico estauvo a cargo del profesor Mezquita.

Presidió la solemne sesión el doctor don José A. Palanca, presidente de la Corporación, con el vicepresidente, doctor Carro, y el secretario, doctor Matilla.

Abierta la sesión, el presidente concedió la palabra al doctor don Daniel Mezquita, que comenzó con una glosa científica de la semblanza del que fue ilustre académico, profesor Sanz Ibáñez, que como catedrático de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Madrid dejó un magnífico plantel de alumnos y una escuela de su especialidad, que son ya una realidad en el campo de la Medicina, hizo también una semblanza humana y resaltó las ejemplares condiciones espirituales, por todo lo cual se habrá podido presentar con méritos que la justicia divina lo habrá premiado. Los seres humanos —continuó diciendo el profesor Mezquita— van tejiendo su vida con hilos de seda, oro y cristal o con fibras de estopa, según sus acciones. En el caso de nuestro compañero desaparecido, todo era de la mejor calidad y su vida ha sido para todos un ejemplo de denodada abnegación.

Después, el profesor Mezquita añadió a su discurso unas cuartillas de los doctores Oliver Pascual, Carrato Ibáñez y Valle Jiménez, que pusieron de manifiesto, igualmente, el valor científico y cualidades científicas y de tesón del doctor Sanz Ibáñez.

A continuación hizo uso de la palabra el secretario de la Academia, doctor Matilla, que destacó otras facetas del compañero fallecido.

El presidente, doctor Palanca, cerró el acto y dedicó también frases de cariño, respeto y afecto hacia el profesor Sanz Ibáñez.

Al acto asistieron familiares del finado, numerosos académicos y médicos que llenaron totalmente el salón de actos.

LOS DRES. DE LA PEÑA Y SUAREZ, A PUERTO RICO

Han marchado a San Juan de Puerto Rico el catedrático de Medicina don Alfonso de la Peña, acompañado del profesor de la Facultad de Sevilla, don Manuel Suárez Perdiguero, para asistir al congreso anual de Medicina y también para pronunciar varias conferencias para las que han sido particularmente invitados.

SE CELEBRO EL IV CONGRESO HISPANOPORTUGUES DE DERMATOLOGIA

Se celebró en Madrid, organizado por la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, este IV Congreso, al que asistieron más de trescientos dermatólogos de ambos países, que participaron en las discusiones de las cinco ponencias presentadas.

El acto de la inauguración estuvo presidido por el subsecretario de Gobernación, señor Rodríguez de Miguel, junto con los doctores Gómez Orbaneja, presidente de la Academia y del Congreso, y el doctor Moneres Sampaio, presidente e la Sociedad Portuguesa.

SELLO DEL CENTENARIO DE LA CRUZ ROJA

España colabora en la conmemoración del primer centenario de la Cruz Roja con la emisión de un sello que reproduce una de las láminas del Código Aureo, conservado en la Biblioteca del Real Monasterio de El Escorial, que refiere la parábola del buen samaritano.

El sello, hecho en huecograbado y a varios colores, ha sido un acierto y es objeto de vivas manifestaciones de satisfacción.

CONFERENCIAS DEL DR. FERNANDEZ RUIZ, EN TENERIFE

El doctor don César Fernández Ruiz, director de la Maternidad Provincial de Palencia, invitado por la Sociedad Ginecológica de Las Palmas y Tenerife y por la Real Academia de Medicina del Distrito de Tenerife, ha pronunciado unas interesantes conferencias en Santa Cruz de Tenerife, sobre «Fórceps y ventosa obstétrica», celebrándose mesa redonda a continuación. Las otras han versado sobre «Endometriosis», «Cáncer genital y su terapéutica».

EL DR. GARRIDO LESTACHE, PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE CIRUJANOS DE LA INFANCIA

Después de la renovación reglamentaria, la junta directiva de la Asociación Española de Cirujanos de la Infancia ha quedado constituída de la siguiente forma: presidente, doctor don Juan Garrido Lestache Díaz; vicepresidente primero, doctor Gutiérrez Guijarro, de Madrid; vicepresidente segundo, doctor Moreno de Orbe, de Santiago de Compostela; secretario general, doctor Martínez Jaráiz, de Madrid; secretario de actas, doctor Nieto Balcardona, de Madrid; vocales, doctores Raventós Moragas, Monsalve Pérez, Garau, Salva, maseda, de Madrid; tesorero, doctor Muñoz García Vilela y Pérez Iñigo.

REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA, EN ALICANTE

Durante los días 7, 8 y 9 de noviembre se ha celebrado en Alicante esta reunión de los cardiólogos españoles. Bajo el incomparable marco climático de esta ciudad se congregaron más de doscientos especiailstas de las más diversas regiones de España.

En la primera sesión fue expuesto el tema «Depresión y circulatorio», por el doctor Antonio Barbero Carnicero y colaboradores. Seguidamente se leyeron las comunicaciones presentadas sobre el mismo tema.

Dada la cantidad y calidad de las comunicaciones presentadas, la comisión organizadora tuvo el feliz acuerdo de habilitar otras salas para que fuesen leídos y discutidos los trabajos programados. Previamente hrabían sido clasificados según las materias que los integraban: coronariopatías, electrocardiografía y vectocardiografía, clínica y exploraciones especiales.

El segundo día de la reunión fue dedicado a la presentación y discusión del tema «Arteritis inespecíficas», por su autor, el doctor Mínguez y colaboradores. De igual forma que el día anterior, se dio lectura a las aportaciones relacionadas con el tema. Este mismo día el doctor Tormo Alonso dio una conferencia sobre el tema «Alteraciones electrolíticas de la insuficiencia cardíaca». Se completó la labor científica de la jornada con las comunicaiones relacionadas con: cardiopatías ongénitas, cardiocirugía, arterioesclerosis, arteriopatías y cardiología social y lucha.

La labor realizada en esta reunión anual de la Sociedad Española de Cardiología queda reflejada en el hecho de que fueron expuestas y comentadas más de cien comunicaciones. En ellas se abordaron todos los problemas que el paciente cardiópata plantea a la sociedad. Todos los trabajos presentados fueron una fiel muestra del espíritu de trabajo y de superación profesional que anida entre los componentes de la Sociedad Española de Cardiología y que es una proyección real del médico español.

Durante el desarrollo de esta reunión fue inaugurado el primer centro asistencial —en régimen sanatorial—, para pacientes cardiovasculares. Acto brillante en el cual ostentó la representación del Excmo. Sr. Director General de Sanidad el Ilmo. Sr. Secretario General del P. N. A. y E. T., doctor Blanco Rodríguez.

Si fue pródiga la tarea científica, paralela a ella fueron los actos sociales que la comisión programó a los asistentes. Las cordiales atenciones gozaron de una singularidad poco frecuente. Es muy difícil —por no decir imposible— superar a lo hecho por la comisión organizadora. Comisión cuya presidencia recayó en el doctor Barbero, y que contó con el entusiasta apoyo de las autoridades locales y entidades privadas (Cajas de Ahorro, Club de Regatas, Casino, Sanatorio del Perpetuo Socorro, Compañía «Coca-Cola, S. A.», y laboratorios de productos farmacéuticos). El Excelentísimo Ayuntamiento de Benidorm ofreció un almuerzo a los asistentes.

Finalmente, la Sociedad Española de Cardiología se reunió para la elección reglamentaria de cargos directivos. Fue nombrado presidente el doctor Vega Díaz, de Marid. Aprobados los asuntos de trámite se acordó que la próxima reunión del año 1964 se celebre en Zaragoza.

Dr. Bozal Urzay.

BECA «DR. SALVADOR ANDREU»

El Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona abre concurso-oposición para la concesión de una beca donada por la importante firma farmacéutica «Doctor Andreu, S. A.», a este Hospital, para completar la formación clínica de postgraduados y estimular los estudios e investigaciones sobre «Patología infecciosa y quimioterapia sulfamídica».

La expresada beca se orientará preferentemente hacia los estudios clínicos que se realizarán en el Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona.

El importe de la beca es de 12.000 pesetas anuales, debiéndose iniciar los trabajos de investigación clínica, inherentes al disfrute de la beca, en enero de 1964, 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 1962-63, o que, con el fin de continuar los trabajos iniciados y a juicio del tribunal, hubieran usufructuado una de las becas «Doctor Salvador Andreu». Su trabajo consistirá en atender con la dedicación necesaria las obligaciones inherentes a las funciones de médico interno y, además, desarrollar un tema de la especialidad, bajo la dirección del director del Hospital. Al objeto de no interrumpir en ningún momento el trabajo encargado, mientras dure la beca su beneficiario vivirá gratuitamente en régimen de internado en el propio Hospital (pabellón de médicos de guardia), a cuyo fin el Excmo. Ayuntamiento de Barcelona ha concedido la necesaria autorización. El alumno becario se atendrá, para su régimen horario de internado, a las normas generales del reglamento interior del Hospital.

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 30 de noviembre. La adjudicación (y ejercicios, si ha lugar) se verificará el 10 de diciembre.

Para informes supletorios, dirigirse al director de la beca.

El director del Hospital, doctor Luis Trías de Bes.

AUMENTA LA DURACION MEDIA DE LA VIDA EN ESPAÑA

La esperanza de vida para el conjunto de la población española ha llegado a los 69,65 años, según un estudio que acaba de publicar el Instituto Nacional de Estadística relativo al año 1960. Para los varones, dicha esperanza de vida se fija en 67,32 años, y para las mujeres en 71,90 años.

Se evidencia una situación plenamente satisfactoria de España en la duración de la vida de su población, ya que según dicho estudio se ha duplicado en sesenta años, tanto para varones y mujeres como para la población total. Asimismo, comparando el incremento anual de la esperanza media de vida de la población española con el resto del mundo, se observa un avance muy satisfactorio. En una ordenación de diecinueve países, España ocupa el quinto lugar, después del Japón, Unión Soviética, Finlandia y Checoeslovaquia. La situación ha mejorado grandemente en nuestro país desde el decenio 1940-1950, en tanto que el incremento de esperanza de vida ha sido menor en países como la Unión Soviética, Francia, Estados Unidos, Inglaterra y Alemania Occidental.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

RESERVAS ESPECIALES EN LA SECCION DE VEJEZ

La precisa formación de reservas, necesarias para la perfecta financiación y buen funcionamiento de las secciones de Invalidez, Vejez y Vida de la Mutualidad Sanitaria, obliga a la adquisición en Bolsa de valores mobiliarios, autorizados para tal fin por disposiciones estatales vigentes. Dichas adquisiciones fue necesario efectuarlas en algunas ocasiones con cotizaciones bursátiles superiores a la par, por las condiciones especiales de su mercado en aquellos momentos, lo que no sólo disminuía su rentabilidad, sino que si se trataba de valores amortizables —los más frecuentes— suponía pérdida con su amortización. Para enjugar dicha pérdida se inició un fondo especial de fluctuación y amortización de valores, destinando al mismo 100.000 pesetas procedentes de excedentes de cuotas administrativas, y con posterioridad se acrecentó con algunas cantidades más de igual procedencia. Dichas aportaciones, después de cumplir la misión para la que fueron propuestas, se incrementaron con beneficios en sus amortizaciones, hasta alcanzar la cantidad de más de tres millones de pesetas, que no proceden de cuotas de secciones personales de la Institución, sino de la diferencia anual de beneficios y pérdidas en amortizaciones y los intereses del propio fondo; por tanto, no existe norma reglamentaria que fije el destino de dicha cantidad. En los estatutos se señala, entre las atribuciones del Consejo de Administración, aprobar la ditribución de fondo, así como las inversiones, de acuerdo con la dispuesto en el Reglamento de Mutualidades, e interpretar los estatutos y reglamentos, resolviendo los casos no previstos, sin perjuicio de someterlos a la asamblea o consejo superior en atención a su importancia.

El considerable aumento de la longevidad ha desequilibrado algún tanto el estudio financiero que se efectuó al implantar la Sección de Vejez, en 1944. Para restablecerlo libremente se han llevado al mismo diferentes fondos, aportaciones y cantidades disponibles, que pueden ser suficientes por el momento; mas interesa pensar en su aumento. Una de las fórmulas momentáneas pudiera ser la constitución de un fondo de reservas especiales, cuyos intereses ayudasen a cubrir los subsidios de la sección; es decir, un tipo de reservas libres. Dicho fondo tendría el carácter de inalienable, y podría ser incrementado con cantidades de igual procedencia, toda vez que es de esperar que las amortizaciones de los valores que se poseen en la cartera de reservas continúen produciendo beneficios más que originando pérdidas, por las condiciones de su adquisición; la cantidad inicial para constituir la reserva especial podría ser de tres millones de pesetas, que al interés oficial del 4 por ciento producirían de momento 120.000 pesetas anuales, aplicables al grupo de la Sección de Vejez que se estimase más conveniente.

La anterior propuesta, de régimen interno, fue aceptada íntegra y sin discusión por el Consejo de Administración, consiguiéndose con ello el necesario compás de espera para lograr el equilibrio demográfico.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa.

CURSOS

XIII CURSO DE ESPECIALIZACION PARA POSTGRADUADOS

El Servicio de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación del Hospital Provincial de Madrid anuncia la celebración del XIII Curso de Especialización para Postgraduados, continuando la labor iniciada por su ilustre director, profesor Vicente Sanchís-Olmos, recientemente fallecido.

La Escuela de Cirugía Ortopédica toma la denominación de «Sanchís-Olmos» para perpetuar la labor docente del ilustre maestro y continuar sus enseñanzas, aprovechando el enorme material clínico acumulado, que en la actualidad asciende a más de dieciséis mil historias clínicas.

El XII Curso de Especialización para Postgraduados se iniciará el 1 de noviembre y concluirá el 15 de julio de 1964. De acuerdo con las normas vigentes sobre la especialización, la escolaridad mínima será de dos años. El curso comprende una serie de lecciones teórico-prácticas, con exposición de casos y radiografías que se dictarán los sábados, a las nueve de la mañana, con arreglo al programa establecido. Los alumnos realizarán, además, una labor práctica y participarán personalmente en las tareas del Servicio, tanto en las salas de hospitalización como en las sesiones quirúrgicas del Servicio. Aparte de ello, pasarán en sesión rotatoria por todas las secciones del Servicio: ambulatorio general, consulta de poliomielitis, departamentos de anatomía patológica y rehabilitación, etc.

El número de alumnos que se admitirá, después de haber seleccionado los aspirantes, es de seis por curso. Los alumnos que el año 1962-63 realizaron el primer curso, continuarán el segundo en el actual.

Las solicitudes y petición de programas detallados deben dirigirse a la señorita María Luisa Varela, Sala Cuarta del Hospital Provincial, Madrid.

VII CURSO DE ESPECIALIZACION SOBRE ENFERMEDADES DEL HIGADO, VIAS BILIARES Y PANCREAS

El curso tendrá lugar en la Clínica Médica B, del 2 al 14 de marzo de 1964, bajo la dirección del profesor doctor M. Soriano, con la colaboración del profesor doctor E. Juncadella y los médicos del Servicio doctores R. P. Alcalde, F. Alcántara, A. Amatller, M. Andreu, S. Argilés, F. Bayés, R. de Bonastre, F. Broggi, J. M.ª Calpet, F. Cordón, E. Felip, C. González, I. de Gispert, A. Jardi, M. Lluch, F. Manchón, M. Miquel, S. Moix, P. Nogués, J. J. Permanyer, L. Revert, J. Sala Roig, G. Sastre Lafarga, S. Vives, J. Vives Mañé.

Tendrá un carácter eminentemente práctico, dedicado especialmente a las técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hígado, vías biliares y páncreas, dividido en treinta y siete temas con arreglo al programa dispuesto.

La exposición de los temas teóricos se hará diariamente, a las ocho de la mañana, en el auditorio de la Clínica Médica B. Los temas teóricos irán seguidos de casos clínicos, para que los médicos matriculados en el cursillo puedan ejercitarse en las diferentes técnicas de exploración clínica.

Desde el comienzo del curso, los médicos inscritos asistirán a sesiones prácticas de laboratorio, radiológicas, biopsias por punción del hígado, laparoscópicas, colangiografías laparoscópicas, sondeos duodenales e histopatológicas del hígado.

Dado el carácter práctico el curso, el número de cursillistas será limitado. Se reservarán cinco plazas para médicos de Hispanoamérica.

Al final del curso se entregará a cada cursillista el correspondiente diploma.

El importe de la matrícula, incluídas todas las prácticas, es de 500 pesetas.

Para inscripciones, programas e informes, dirigirse al secretario del curso, doctor Alcalde González, Clínica Médica B, Facultad de Medicina de Barcelona.

V CURSO DE CIRUGIA DE URGENCIA

Tendrá lugar del 25 al 30 de noviembre de 1963, organizado por la I Clínica Quirúrgica Universitaria (catedrático, S. García Díaz), de Sevilla, estando destinado a médicos generales, postgraduados y estudiantes de clínicas.

Las lecciones teóricas tendrán lugar todos los días, a las doce de la mañana, en el aula del Policlínico, 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.

Al final del cursillo se les proveerá del correspondiente diploma.

En el cursillo colaboran los doctores Lorite, Mena, Torres Cansino, Torres, Relimpio, Pera Madrazo y Del Río, en calidad de profesores de los distintos grupos que han de formarse con los cursillistas y asimismo de los diferentes seminarios.

Los días y materias a tratar serán los siguientes:

Día 25: doctor Pera Blanco-Morales, «El quemado»; doctor Rico de Sanz, «La anuria».

Día 26: doctor Ríos Mozo, «El síndrome hemorrágico»; doctor Albert Lasierra, «Traumatismo craneoencefálico».

Día 27: doctor Andreu Kern, «El síndrome séptico»; doctor Rivera López, «Parada cardíaca».

Día 28: doctor Torres Rodríguez de Torres, «Abdomen agudo»; doctor Torres Cansino, «Tórax agudo».

Día 29: doctor Garrachón Aguado, «Desequilibrio hidroelectrolítico agudo»; doctor Sánchez Cortés, «Retención orina».

Día 30: profesor García Díaz, «El shock quirúrgico».

Para informes, inscripción y correspondencia, dirigirse a la secretaría de la cátedra, Hospital Clínico Provincial, Sevilla.

DIVERSAS

MODERNA APLICACION DE LOS RAYOS X

Una compañía británica ha construído un aparato al que llama «convertidor electroluminiscente de imágenes». A pesar del nombre tan largo, se trata de una pequeña pantalla de rayos X que produce una imagen cincuenta veces más brillante que las pantallas corrientes. Se usa como una pantalla ordinaria de rayos X y puede enchufarse en cualquier red de corriente alterna. La pantalla va recubierta de una sustancia fosforescente. El tamaño de la pantalla es de unos veinte a treinta centímetros, y puede ser de mucha utilidad para los cirujanos.

INNOCUIDAD DEL D. D. T.

Después de una serie de experimentos que han durado más de un año y realizados por el doctor Wayland J. Hayes, del Servicio de Sanidad Pública Norteamericana, con la colaboración de cincuenta y un voluntarios, se ha demostrado que ingiriendo diariamente pequeñas dosis de D. D. T. no se produce en el organismo ningún trastorno.

El insecticida fue administrado a los voluntarios mediante dosis mezcladas con su alimentación habitual, para ver si su acumulación producía trastornos más o menos graves. De estos estudios se deduce que ya en condiciones normales existen indicios del insecticida en casi todos los alimentos habitualmente ingeridos.

NECROLOGÍA

LORD EVANS

A los sesenta años ha fallecio en Londres el doctor **Horacio Evans**, uno de los médicos más distinguidos del Reino Unido de la Gran Bretaña. Lord Evans, que fue médico de la reina Mary y del rey Jorge VI, así como de la soberana actual hasta 1952, era profesor del Royal College of Surgeons y presidente de la Medical Society de Londres. Actualmente pertenecía como médico al London Hospital y era fundador de la Sociedad Inglesa de Cardiología.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

LOS «NOBEL» DE MEDICINA Y FISIOLOGIA DE ESTE AÑO

Dos científicos ingleses, **Alan Lloyd Hodgkin** y **Andrew Fielding Huxley**, y un australiano, **Sir John Carew Eccles**, recibirán oficialmente el Premio Nobel de Medicina y Fisiología correspondiente al año actual.

Los tres investigadores han contribuído al conocimiento del funcionalismo del sistema nervioso, analizando la forma en que se produce y transmite el impulso nervioso, no sólo a lo largo de cada fibra nerviosa, sino también de una célula a otra.

Alan Lloyd Hodgkin es un biofísico de cuarenta y nueve años de edad y trabaja en Cambridge; **Andrew Fielding Huxley** tiene cuarenta y cinco años y es profesor universitario de Fisiología en Londres; es hermanastro del famoso novelista Aldous Huxley y nieto del notable biólogo del siglo XIX Thomas Huxley. **Sir John Carew Eccles** tiene sesenta años y es también profesor de Fisiología en la Universidad Nacional Australiana, de Camberra.

Los profesores Hodgkin y Huxley son los décimocuarto y décimoquinto ciudadanos británicos, respectivamente, que han sido laureados con el Premio Nobel de Medicina. El profesor John Eccles es a su vez el segundo australiano que recibe esta distinción. El mayor contingente de poseedores lo han dado los Estados Unidos, con veintisiete galardonados.

El día 10 del próximo diciembre les serán entregados los premios, en Estocolmo y Oslo.

El premio tiene una dotación de unos tres millones trescientas mil pesetas.

ACTO DE CONFRATERNIDAD FRANCO-ESPAÑOLA EN MONTPELLIER

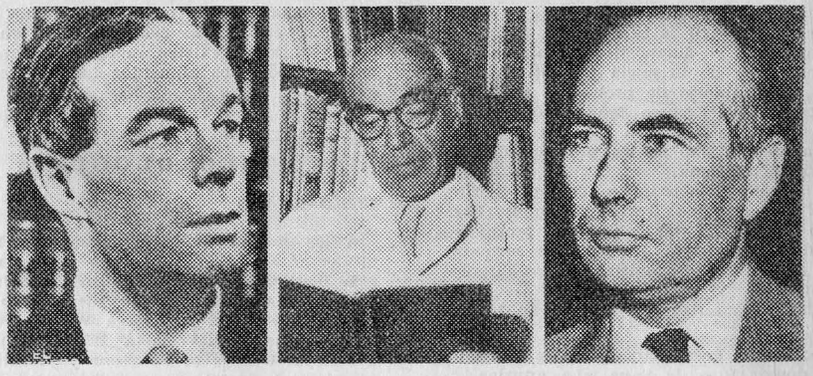
El día 6 de octubre, en la Sala del Consejo de la Facultad de Medicina de Montpellier, el doctor Oliver, presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, ofreció a la Sociedad de Historia de la Medicina de Montpellier, de la que forma parte, un busto de Ramón y Cajal, que adornará en lo sucesivo la célebre Facultad, de fundación aragonesa.



El doctor Estor, presidente de la Sociedad de Montpellier, agradeció esta entrega y confió su custodia a la Facultad de Medicina.

En el curso de esta ceremonia íntima, hicieron uso de la palabra sucesivamente el doctor Oliver, que evocó las relaciones entre la Facultad de Montpellier y las regiones aragonesas y catalanas; el doctor Estor y el doctor Turchini, decano de la Facultad. A esta ceremonia asistieron también los profesores Romieu, director del Centro Regional Anticanceroso; Harant, director del Jardín Botánico, y Caderas de Kerleau, profesor de Obstetricia.

LOS PREMIOS NOBEL DE MEDICINA DE ESTE AÑO



De izquierda a derecha, Alain Lloyd Hodgkin, profesor en Cambridge; sir John C. Eccles, fisiólogo, de Camberra, y Andrew Fielding Huxley, del University College, de Londres, que han sido galardonados con el Premio Nobel de Medicina 1963, por sus trabajos de investigación en torno a los impulsos nerviosos.

ZARAGOZA, 15 DICIEMBRE 1963

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

LAS ELECCIONES EN EL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

En las animadas elecciones celebradas para elegir a los componentes de la Junta Directiva de nuestro Colegio Oficial, la afluencia de votantes fue en todo excepcional, votando el 84 por ciento del censo, lo que prueba el interés despertado.

Resultaron elegidos los compañeros siguientes: presidente, don César Júdez Gavilanes; vicepresidente, don Francisco del Río Berges; secretario, don Ramón García Porta; vicesecretario, don Casiano Sierra Moldero; tesorero-contador, don José María Galbe Pueyo; médicos libres con menos de cinco años de ejercicio, don José Manuel Gómez Beltrán; médicos de asistencia médica colectiva, don José Millán Guitarte; de todos se espera una intensa labor social en favor de la clase.

En el día de hoy tendrá lugar la toma de posesión de la nueva Junta, en el salón de actos de la Jefatura Provincial de Sanidad, y la imposición al presidente entrante de la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad, que recientemente le fue concedida.

EL DR. PUIGVERT, EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

En la tarde del día 30 del pasado mes de noviembre, en la Real Academia de Medicina, pronunció una magistral conferencial el director del Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, de Barcelona, doctor don Antonio Puigvert.

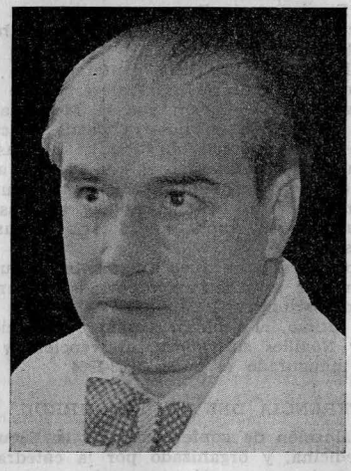
Presidieron el presidente de la Corporación, doctor Oliver; el general de Sanidad, doctor Amor; el vicepresidente de la Academia, doctor don Antero Noailles, y el secretario de la Corporación, doctor don Ricardo Horno.

Asistieron la casi totalidad de los académicos numerarios y corresponsales y numerosos médicos y estudiantes, que llenaban por completo el salón de la Academia.

Al comenzar, el doctor Oiver hizo una breve presentación del eminente doctor Puigvert, bien conocido en Zaragoza, por ser la cuarta vez que disertaba en la Academia, y además por conocer también su fama, que desborda el ámbito nacional. Destacó principalmente el españolismo y el amor a la ciencia del ilustre conferenciante.

Comenzó el doctor Puigvert diciendo cuánto agradecía los recibimientos que a un hombre de ciencia catalán como él le habían dispensado siempre en esta Academia aragonesa.

Después comenzó el desarrollo de su conferencia sobre la megacaliosis. Esa lesión calicilar renal, como su nombre define, es una malformación calicilar de origen congénito, caracterizada por el agrandamiento de los cálices renales, que ha sido confundida con las lesiones de distensión calicilar por obstrucción de las vías urinarias que por su predominio fue calificada de hidronefrosis intrarrenal.



Es, pues, la megacaliosis una enfermedad que asienta en los cálices del riñón. Está caracterizada por el aumento patológico de las cavidades caliciares de origen congénito hipoplásico. No tiene relación alguna con la hidrocaliectasia, de origen obstructivo mecánico o inflamatorio, limitada a un cáliz o a múltiples.

Se detiene en la semiología clínica de esta enfermedad, que dice es anodina. Lo importante son las afecciones sobreañadidas, favorecidas o no por la malformación.

Añade que la radiografía identifica bien la enfermedad, así como la pielografía descendente, prolongada, que presenta una imagen comparable a un mosaico romano. Ello facilita plenamente el diagnóstico diferencial.

La terapéutica —dice el orador— no puede ser correctora, sino sintomática, y si las complicaciones lo exigen y el riñón opuesto lo permite, hay que ir a la nefrectomía.

El ilustre doctor Puigvert, que ilustró su di-

sertación con numerosas proyecciones, fue objeto al terminar de una prolongada ovación.

Al final, el presidente, doctor Oliver, hizo entrega al doctor Puigvert del título de académico corresponidente, entre grandes aplausos.

Después del acto, numerosos académico obsequiaron al doctor Puigvert con una cena en el restaurante Savoy.

EL DR. NOAILLES INAUGURO EL CURSO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRIA

El pasado día 29 fue inaugurado el curso en la Sociedad Aragonesa de Pediatría.

En primer lugar intervino el doctor Pueyo, secretario general, que dio lectura a la memoria del curso pasado.

A continuación hizo uso de la palabra el doctor don Antero Noailles, presidente de honor de la Sociedad, que pronunció una conferencia sobre el tema «Evolución de la pediatría desde el siglo XIX».

El doctor Noailles comenzó recordando su actuación en el medio rural, hasta que, mediante oposición, comenzó su labor en el Hospital Provincial de Zaragoza, en el cual creó la Sección de Pediatría, y donde trabajó hasta su jubilación.

La larga experiencia del conferenciante hizo posible el comentario tan interesante e instructivo de la evolución que la Medicina infantil ha llevado en nuestra patria prácticamente desde su iniciación. Resaltó la trascendencia de las modificaciones y modernas aportaciones en lo que se refiere a la terapéutica. La conferencia estuvo salpicada de algunas narraciones de su amplio anecdotario, llenas de interés.

El conferenciante fue largamente aplaudido al terminar su disertación por los numerosos médicos asistentes.

Por último, el profesor Lorente agradeció al doctor Noailles su valiosa intervención, y declaró inaugurado el curso 1963-1964.

CONFERENCIA DEL DR. ESCOURROU

En el salón de conferencias de la Facultad de Medicina, y organizado por la cátedra de Ginecología, pronunció una conferencia el día 28 de noviembre el doctor Pierre Escourrou, ex interno de París y ginecólogo del Centre Medical Mazamet, de Toulouse, sobre «Ligamentopexias». A continuación se proyectó una película sobre el tema expuesto.

INAUGURACION DEL CURSO EN LA SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA (SECCION DEL EBRO)

El pasado día 28 celebró esta Sociedad solemne sesión inaugural del curso académico 1963-1964. Bajo la presidencia del profesor Giménez González, el secretario de la Sociedad, doctor don Mariano Horno Liria, leyó la memoria correspondiente al curso anterior. A continuación, el presidente de la Corporación hizo, con atinadas y cariñosas palabras, la presentación del profesor Recaséns, recién incorporado a Zaragoza en su cátedra de Obstetricia y Ginecología.

Bajo el tema de «Proceso de malignización del cue.lo uterino», y después de agradecer a la Sociedad la amable acogida a su persona dispensada, fue trazando todas las etapas por las cuales pasa frecuentemente el cérvix uterino desde la ectopia al carcinoma in situ, terminando con unas consideraciones en relación con la evolución de la enfermedad cancerosa y acompañando su disertación de una abundante y clara demostración gráfica, con preparaciones de casos personales por él tratados.

Puede considerarse un buen comienzo del curso académico el de esta Sociedad, por la brillantez de la conferencia inaugural y por la gran concurrencia de especialistas y médicos que a tal acto acudieron.

CURSO DE SEXOLOGIA EN LA JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

Durante el mes actual y organizado por la Jefatura Provincial de Sanidad, bajo la dirección de D. José M.ª de las Obras, se está celebrando un curso de Sexología o Medicina pre y matrimonial, con arreglo al siguiente temario:

Día 6.—Sexología o Medicina pre y matrimonial: Definición, concepto, contenido, importancia, inconvenientes de la ignorancia sexológica. Por el docor don José María de las Obras Loscertales.

Día 7.—Educación y formación sexual del niño. Por el doctor don Antonio Pueyo García.

Día 9.—Estudio sicosomático de la adolescencia. Por el doctor don Pedro Ramón y Cajal Abelló.

Día 10.—Orientación y reconocimiento médico prematrimonial y matrimonial. Por el doctor don José María de las Obras Loscertales.

Día 11.—Andrología Sexológica. Problemas y enfermedades sexológicas en el hombre, pre y matrimoniales, psicológicas y biológicas. Por el doctor don José Ramón García Martínez.

Día 12.—Ginecología Sexológica. Problemas y enfermedades sexológicas en la mujer, pre y matrimoniales, psicológicas y biológicas. Por el docor don Mariano Horno Liria.

Día 13.—El problema de los hijos. Esterilidad. Por el doctor don Manuel Roncalés Cativiela.

Día 14.—Endocrinología y Terapéutica sexológica. Por el profesor don Mariano Mateo Tinao.

Día 16.—Enfermedades venéreas en su aspecto pre y matrimonial. Por el doctor don Antonio Zubiri Vidal.

Día 17.—Medicina Legal en el matrimonio. Por el profesor don Valentín Pérez Argilés.

Día 18.—Deontología sexológica. Delitos sexuales. Por el doctor don Luis Placer Martínez de Lecea.

Día 19.—Sesión de clausura.

INAUGURACION DEL CURSO EN LA SECCION DE ESTUDIOS MEDICOS ARAGONESES DE LA «INSTITUCION FERNANDO EL CATOLICO»

En la tarde del día 6 tuvo lugar, en el salón de sesiones del Palacio Provincial, una conferencia, organizada por la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», con motivo de la inauguración del curso 1963-64. Estuvo a cargo del

Dr. don Joaquín Aznar García, quien disertó sobre el tema: «Evolución de la endocrinología».

El acto estuvo presidido por el excelentísimo señor doctor don Antonio Zubiri Vidal, presidente de la Diputación Provincial y de su Institución «Fernando el Católico», acompañado por los Excmos. e Ilmos. señores don Antonio Amor Tejedor, general jefe de Sanidad Militar; don Jaime Dolset, director de la S. E. M. A.; don Francisco Oliver, don Julio Ariño, don Enrique de la Figuera, don Antero Noailles y don Antonio Val-Carreres.

Comenzó el acto con la lectura por el secretario general de la S. E. M. A., doctor don Fernando Zubiri Vidal, de la memoria de actividades del curso 1962-63, pasando a continuación el doctor Aznar, a exponer el concepto que va diferenciándose en la actualidad con respecto al estudio de la endocrinología que sale de los límites puramente anatómicos de unas glándulas endocrinas y se expande hasta la consideración de la regulación de la integración bioquímica del organismo humano.

Expone las definiciones que quieren fijar los límites de lo que entendemos por endocrinología y concluye que no son aceptables más que en un sentido amplio, pues su estudio no tiene unos límites previsibles. Dice que la endocrinología es más una vía de estudio que un campo a estudiar.

Explica y comenta las «hormonas» vegetales de seres primitivos e invertebrados y los mecanismos elementales en que intervienen.

El sistema endocrino es en el organismo vivo el que tiene el cometido de transformar una colección dispersa de células, tejidos y órganos en una empresa de cooperación.

Refiere en la clínica humana los períodos por los que ha pasado la endocrinología desde las descripciones «princeps» de los cuadros clínicos, época anatómica, la época organicista, la época experimental, la época funcional, la época clínica descriptiva, la endocrinología tipológica y la endocrinología de inspección. La época bioquímica, la endocrinología cuantitativa y la endocrinología metabólica, que culmina con la época de endocrinología de adaptación.

Terminó mencionando los grandes problemas en cuya resolución está empeñada hoy la investigación endocrina, opina que en lo futuro, al ampliarse aún más los conocimientos servirá para ser una prueba más de que el organismo humano no es divisible en campos sino que constituye una integración total y armónica individual y que quizás los mecanismos hormonales sean solamente los adaptadores de su ritmo al ciclo universal evolutivo.

Al finalizar tan interesante disertación, el selecto público que ocupaba la sala del Palacio Provincial, aplaudió largamene al orador.

A coninuación fueron entregados los premios otorgados a las Comunicaciones Clínicas presentadas lurante el curso 1962-63 en la Sección de Estudios Médicos Aragoneses, siendo los galardonados, según el fallo del Jurado, los siguientes:

Primer premio: a D. Amadeo González Fabregat, por su comunicación sobre «Psicología de una revolución. Sus comentarios».

Segundo premio: a D. Emilio José Rosel Sáez, por su Comunicación sobre «Presencia de la Medicina española en el Perú. Réplica a un estadista».

Tercer premio: a D. Ignacio Paricio Frontiñán, por su Comunicación sobre «Aportaciones médicas al estudio piso-somático de Jesucristo».

Finalmente, la presidencia declaró abierto el curso de actividades 1963-64 en la Sección de Estudios Médicos Aragoneses.

LECCION INAUGURAL DEL PROF. RECASENS

El día 5, en la sala de conferencias de la Facultad de Medicina, tuvo lugar la lección inaugural del Prof. D. Eugenio Recaséns, recientemente nombrado Catedrático de Obstetricia y Ginecología en esta Universidad.



El acto fue presidido por el Magnífico y excelentísimo señor Rector doctor don Juan Cabrera Felipe; el ilustrísimo señor decano y el ilustrísimo señor presidente de la Real Academia de Medicina, doctor don Francisco Oliver Rubio.

Hizo la presentación del nuevo catedrático el ilustrísimo señor decano de la Facultad de Medicina, profesor don Enrique de la Figuera, señalando que el profesor Recaséns representa a la nueva generación de catedrátidos jóvenes, sucesora de aquella que tanto lustre dio a nuestra Facultad.

Comienza el profesor Recaséns haciendo emocionada mención a su padre cuya huella y excelente recuerdo en nuestra ciudad descaría seguir. A continuación inició su lección, que con el título de «Biología femenina y sociedad actual», puso de relieve la situación de la mujer en nuestro tiempo, que exigiéndole una incorporación a la acelerada edificación de un mundo nuevo no le ha liberado de las ancestrales cargas que la especie impone. Esto crea para la mujer actual una sobrecarga biológica intelectual y emocional que pone en evidencia sus minusvalías anatómicas, fisiológicas y psíquicas, creando peligrosos estados de «surmenage» y angustia.

El profesor Recaséns terminó su brillante disertación pidiendo para la mujer una mejor comprensión de su papel en la sociedad, una protección para su excelsa condición de donadora de vida y haciendo votos para que las mejoras que la técnica promete para las formas de vida futura, procure en primer lugar, una restitución de la mujer al hogar y al cuidado de los hijos.

NECROLOGÍA

EL DR. MALLOU VICARIO

El día 21 de noviembre, falleció en nuestra ciudad, a los 75 años de edad, el **Dr. D. Antonio Mallóu Vicario,** que durante muchos años desempeñó, hasta su jubilación, la Jefatura de Sanidad de la Provincia, iniciando las reformas y transformación de sus instalaciones y servicios.



Hombre de fácil palabra, realizó una activa campaña divulgadora en favor de la Higiene y Sanidad a través de los micrófonos de las emisoras locales, reuniendo luego algunas de estas charlas en unos volúmenes titulados «Paliques radiofónicos»; todo ello aparte de otras meritorias publicaciones científicas.

Pertenecía como Colegiado de Honor a nuestro Colegio Oficial de Médicos y era también Miembro Corresponsal de nuestra Real Academia.

Dotado de gran sensibilidad artística poseía una completísima y selecta colección de fotografías bellísimas de nuestros monumentos y lugares pintorescos, digna de todo encomio.

Transmitimos desde aquí nuestro pésame a su familia y especialmene a su hijo, el docor Mallóu Labrador, dedicándole este recuerdo emocionado.

R. H. L.

D. JOSE M.ª FERRER

Falleció en Zaragoza a los 49 años de edad el **Dr. D. José M.ª Ferrer Bengoechea**, Capitán-Médico de la Agrupación de Sanidad, muy estimado entre sus amistades y superiores por sus excelentes cualidades y por su celo y competencia profesionales.

D. VALENTIN ARCHANCO

Tras una penosa enfemedad, cristianamente sobrellevada, ha fallecido el **Dr. D. Valentín Archanco Sánchez**, conocido especialista de enfermedades de la infancia y dedicado a la educación física y la higiene escolar en donde llevó a cabo una interesante y eficaz labor médica, alcanzado merecido prestigio y granjeándose numerosos afectos.

* * *

Nuestro distinguido colaborador en la especialidad de Aparato digestivo, doctor Echevarría, ha tenido el sentimiento de perder recientemente por fallecimiento a su hermana D.ª Clotilde, y con este motivo le expresamos nuestra condolencia.

* * *

También el notable publicista Dr. D. Juan Paulís, pasa por la pena de haber perdido a su esposa y colaboradora que tanto le ayudó en sus escritos y en la vida; con profundo sentimiento nos unimos a su pena y le recordamos con afecto.

EL DR. PLACER, NUEVO PRESIDENTE DE LA HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIAN

La Hermandad Médico Farmacéutica de San Cosme y San Damián celebró con gran solemnidad y brillantez diversos actos, entre ellos la elección de nueva Junta Directiva, por renovación reglamentaria de cargos, siendo elegidos: presidente, don Luis Placer Martínez de Lesea; tesorero, don Rafael Calvo García; vocal de Cultura y Deontología, don Pedro Ramón Abelló, y vocal de Proyección Social y Apostólica, don Fernando Cámara Niño.

A continuación tuvo lugar un turno de ruegos y preguntas ,en el que intervinieron numerosos hermanos.

Terminó la sesión con unas palabras del presidente saliente, doctor Azúa, quien agradece la colaboración que ha encontrado en todos

Tomó la palabra a continuación el nuevo presidente, doctor Placer Martínez de Lesea, quien dio las gracias a todos e hizo un elogio del presidente saliente, doctor Azúa, y señaló algunos caminos a seguir por la Hermandad, proyectada en función del momento actual de la Iglesia.

BRILLANTE INTERVENCION DEL DOCTOR ARIÑO EN LA SOCIEDAD CATALANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

En la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona tuvo lugar la inauguración del curso de la Sociedad Catalana de Otorrinolaringología.

Allí, el doctor Ariño, que es presidente de la Sociedad Nacional de la misma especialidad, pronunció una interesantísima conferencia sobre el tema «La Otorrinolaringología en el siglo XX: mis maestros, mis compañeros y la nueva especialidad», habiendo asistido numerosísima y selecta concurrencia.

Con este motivo, durante su estancia en la ciudad condal el doctor Ariño Cenzano fue objeto de cálidos homenajes de afecto y simpatía.

VIDA MÉDICA NACIONAL

DISTINCION AL DR. BUTENANDT

En el Aula Magna de la Faculad de Ciencias, se ha celebrado solemnemente la investidura como Doctor Honoris Causa, del doctor Adolfo Butenandt, Premio Nobel de Ciencias en 1939 por sus interesantes trabajos sobre las hormonas sexuales femeninas.

IV REUNION ANUAL DE LOS DIRECTORES DE ESCUELAS DE PUERICULTURA

El día 11 de octubre tuvo lugar en Valencia la reunión anual de directores de Escuelas de Puericultura, presidida por el jefe de los Servicios Nacionales de Puericultura, doctor Bosch Marín, que desarrolló el tema inaugural, «Extensión cultural y labor sanitaria de las Escuelas de Puericultura». Se adoptaron conclusiones de interés general para la superación de la función de las Escuelas y defensa de los títulos por ellas expedidos.

EL PROF. ROYO VILLANOVA OBTIENE UN PREMIO INTERNACIONAL

«Crimen perfecto» es un título de misteriosa curiosidad, que ha servido también para un trabajo galardonado por el premio internacional «Afranio Peixoto», otorgado por la revista «Neuronio», de Sao Paulo (Brasil), al mejor trabajo del año sobre Medicina legal. El doctor don Ricardo Royo Villanova, catedrático de la Universidad de Madrid y director de la Escuela de Medicina Legal, ha sido su autor.

El doctor Royo Villanova demuestra que el «crimen perfecto» no existe más que en las novelas. El crimen verdaderamente perfecto no pasa de ser un fantasma, una obsesión enfermiza, un producto de imaginaciones morbosas.

El trabajo premiado es la recopilación de una serie de conferencias pronunciadas por el profesor Royo Villanova en la Argentina. La revista que lo concede está especializada en criminología médica. Es totalmente honorífico y se simboliza en un diploma y una medalla. El nombre que lleva el premio es el del profesor Afranio Peixoto, a cuya muerte la revista acordó crear este premio para honrar su memoria.

NUEVA JUNTA DE GOBIERNO DE LA ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Han tenido lugar las elecciones reglamentarias para la renovación de la junta de gobierno de la Academia Médico-Quirúrgica Española, quedando constituída por los siguientes profesores y doctores:

Presidente, don Manuel Hidalgo Huerta; vicepresidente primero, don Manuel Díaz Rubio; vicepresidente segundo, don Francisco Gálvez Armengaud; secretario general, don Eduardo Arias Vallejo; vicesecretario, don José Luis Galán Navarro; secretario de actas, don Julio Muñiz González; tesorero, don José María Espinosa Espinosa; contador, don José Molina Caballero; bibliotecario, don Carlos García Ortiz.

ENTREGA DE BECAS Y PREMIOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

El día 7 se celebró en la Facultad de Medicina de Madrid el acto de entrega de becas y premios del curso 1962-1963. Presidió el director general de Enseñanza Universitaria, acompañado del decano, doctor Velázquez, y del vicerrector de la Universidad Central, con los doctores Muñoz Calero y Botella.

El decano pronunció un discurso diciendo que por tercera vez se procede a la entrega de una cantidad importante de becas para postgraduados, y de premios para alumnos distinguidos, becas y premios que ascienden en total a más de millón y medio de pesetas.

Habló a continuación el doctor Muñoz Calero, en representación del Ayuntamiento de Madrid, que ha establecido una beca para un médico hijo de funcionario madrileño y otros galardones.

Hablaron después los doctores García Orcoyen, don Rodolfo Martín Villa, jefe nacional del S. E. U.; un postgraduado becario y un alumno premiado, y terminó el acto con un discurso del director general de Enseñanza Universitaria, señor Martínez Moreno.

ASOCIACION DE MEDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró una sesión literaria el día 28 de noviembre, en el edificio del Consejo General de Médicos, y en ella pronunció una conferencia el doctor don Arturo Perera Prats, sobre el tema «El más grande amor de Lope».

Posteriormente, el día 5 del corriente mes, intervino el doctor don Manuel Sanabria Escudero, sobr el tema «La Medicina emeritense en las épocas romana y visigoda».

Estos actos se vieron muy concurridos.

REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

El día 4 del actual, en el aula del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en Duque de Medinaceli, 4, la Sociedad Española de Historia de la Medicina, presidida por el profesor Laín Entralgo, celebró una interesante sesión científica, en la que intervinieron los doctores Luis S. Granjel, que trató de «Las memorias del doctor Espina y Capo»; el doctor Gutiérrez Sesma, que se refirió a «Un sermón del Padre Isla sobre la dieta», y el doctor Vicente Peset, que desarrolló el tema «La Universidad de Valencia y la renovación científica española, 1687-1727».

CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRIA, EN CANARIAS

Bajo la presidencia del profesor Laguna, director de la Escuela Nacional de Puericultura, están celebrándose reuniones periódicas del comité ejecutivo del próximo Congreso Nacional de Puericultura, que tendrá lugar en las Islas Canarias, en los primeros días del mes de septiembre del año 1964, con interesantes ponencias.

EL DR. MENDEZ DE LUGO Y SALAZAR, NUEVO DIRECTOR DEL INSTITUTO «TOMAS CERVIA»

Al fallecimiento del doctor don Tomás Cerviá Cabrera (q. e. p. d.), que fue director del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife, quedó sin dirección aquel centro de investigación médica, creado por el malogrado y prestigioso médico tinerfeño, director que fue del dispensario y sanatorio antituberculoso de Santa Cruz de Tenerife y, como es conocido, autor de infinidad de trabajos y publicaciones médicas de aquellas islas.

Leemos que ha sido nombrado director su colaborador, doctor Méndez de Lugo y Salazar, que en la sala número 12 de mujeres del Hospital General del Cabildo de Tenerife, y al lado del doctor Cerviá, trabajaba asiduamente en temas referentes a Medicina interna. Ha destacado sobre todo el nuevo director en el campo de la Cardiología, y singularmente en el de la Electrocardiográfica, donde ha adquirido singular renombre. Auguramos al Instituto, con el nuevo director, un brillante porvenir, deseándole muchos años de vida al frente del mismo, para el bien de la Medicina patria y tinerfeña.

SYPOSIUM SOBRE VACUOEXTRACCION FETAL EN LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA

En el salón de actos cedido amablemente por la casa «Carlo Erba», se celebraron el 30 de noviembre dos interesantes sesiones organizadas por la V Asamblea de la Cruz Roja Española, sobre «Vacuoextracción fetal», que se vieron muy concurridas.

En la de la mañana intervinieron: el doctor J. Cruz y Hermida, que presentó la introducción del tema; el profesor J. M. Bedoya, que hizo la exposición del mismo en cuanto a técnica, clínica y estudio comparativo del fórceps y el vacuoextractor, y el doctor A. Pérez Bousoño, que trató sobre «Morbilidad en el recién nacido por vacuoextracción».

En la segunda sesión, celebrada aquella misma tarde, se planteó una mesa redonda, presidida por el profesor Bedoya y compuesta por los doctores Caballero Gordo, Fernández Ruiz, Gálvez Ruiz, Luque Beltrán, Orengo y Pérez Bousoño, actuando como moderador el doctor Cruz y Hermida, y a la que numerosos asistentes presentaron sus preguntas y solicitaron sus opiniones.

SE CONSTITUYE LA ASOCIACION VASCO-NAVARRA DE ANESTESIOLOGIA

De acuerdo con el proyecto de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación para la formación de las diversas filiales regionales, se celebró en Pamplona, en el Instituto Provincial de Sanidad de Navarra, una asamblea de médicos de esta especialidad.

En consecuencia, ha quedado constituída la Asociación Vasco-Navarra de Anestesiología y Reanimación. Asimismo, fue nombrada la correspondiente Junta Directiva.

Mediado el mes de diciembre se celebrará en Bilbao la segunda reunión de la nueva Asociación de Anestesiología y Reanimación, con el fin de fijar el reglamento y determinar la actuación de dicha Asociación.

APERTURA DEL CURSO DE APARATO DIGESTIVO, EN EL AMBULATORIO «HERMANOS AZNAR»

Ha tenido lugar la apertura del curso anual de especialización en las enfermedades digestivas, que dirige el doctor Arias Vallejo, en el Ambulatorio «Hermanos Aznar», del Instituto Nacional de Previsión.

La sesión fue presidida por el Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina, profesor Velázquez, y el jefe del Servicio de Ordenación Sanitaria del I. N. P., doctor Cano Díaz.

El director del Ambulatorio, doctor Alonso Balbuena, pronunció en primer lugar unas frases de bienvenida a los médicos españoles y americanos que integran el alumnado de estas tareas.

El doctor Arias Vallejo expuso a continuación la primera lección del curso, ocupándose de la evolución y el pronóstico de las hepatitis y cirrosis hepáticas, a la luz de las últimas experiencias sobre inmunología, concretando la nueva interpretación clínica de estas enfermedades, de la cual se derivan importantes consecuencias terapéuticas.

El profesor Velázquez cerró el acto, glosando el tema de la conferencia y felicitando a la institución y al doctor Arias Vallejo por la organización de estos cursos para médicos recién graduados, que desde hace ocho años vienen sucediéndose en el Ambulatorio «Hermanos Aznar».

Numerosas personalidades médicas asistieron al acto.

X JORNADAS ANGIOLOGICAS ESPAÑOLAS

La Sociedad Española de Angiología celebrará las próximas Jornadas Angiológicas los días 4, 5 y 6 de mayo en el «Hotel Felipe II», de El Escorial.

Para ellas ha sido designado el siguiente comité organizador: presidente, J. L. Sáenz; vicepresidente, P. Muñoz Cardona; vocales, J. Francino, G. Rábago, F. Serrano y S. Tamames; tesorero, A. Valero; secretario, A. Camacho.

Las comunicaciones deberán versar sobre temas vasculares, y no podrán exceder a los diez minutos, dedicándose cinco minutos a la discusión, quedando reservadas a los miembros de la Sociedad o personas especialmente invitadas. Ha sido designado tema preferente el de «Obstrucciones arteriales crónicas», sobre el cual se desarrollará un symposium.

La fecha tope para la admisión de las comunicaciones es la del 6 de febrero de 1964. Se ruega que junto al anuncio de las mismas se acompañe un breve resumen

Al objeto de estimular la labor científica de los médicos jóvenes, la Sociedad tiene establecido un premio de 5.000 pesetas destinado a la mejor comunicación presentada en las Jornadas por un médico, miembro de la Sociedad, que no sobrepase los cuarenta años

Cuotas de inscripción: miembros de la Sociedad, 200 pesetas; esposa de miembro, 100 pesetas; no miembros, 1.000 pesetas.

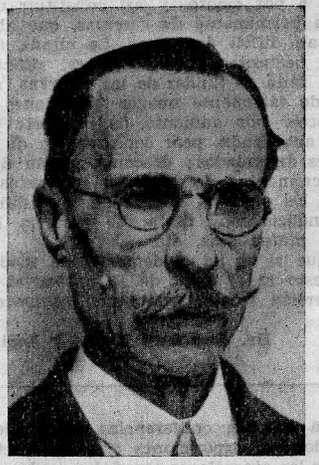
Para información, dirigirse al secretario de las Jornadas, doctor Alfonso Camacho, Sancho Dávila, 28, Madrid (España).

NECROLOGÍA

EL DR. D. JOSE CHABAS BORDEHORE

El día 26 de noviembre, a consecuencia de una embolia cerebral, falleció en Barcelona el doctor don **José Chabás**, distinguido tisiólogo y notable publicista, gran amigo y colaborador de esta revista, a la que honró en numerosas ocasiones con su firma prestigiosa e interesantes escritos.

Era alicantino, nacido en Denia, en 27 de febrero de 1877, y contaba en la actualidad 86 años, pero su actividad científica fue portentosa.



Se licenció en Medicina y Cirugía en la Facultad de Valencia, el año 1900, y se doctoró en la de Madrid, el año 1902, versando su tesis doctoral sobre «Criterio de la Tisioterapia».

Fue delegado oficial de España en el Congreso Internacional de París (1905), en la VII Conferencia de la Asociación Internacional de la Tuberculosis en Viena (1907) y desde esa fecha miembro de la junta directiva y presidente de la Sección Española. También intervino como delegado de España en el XIV Congreso Internacional de Higiene y Demografía de Berlín (1907), en la VIII Conferencia Internacional de la Tuberculosis de Estocolmo (1909), en la de Bruselas (1910), en la de Roma (1912) y en la de Bruselas (1922). Se le designó como presidente de honor en dos secciones del I Congreso Nacional de la Tuberculosis de Zaragoza, en 1908, con Medalla de los Sitios, y asimismo en el Congreso Hispanoamericano de la Tuberculosis de Barcelona (1910). Poseía varios premios de la Socidad Internacional de la Tuberculosis en París (1910 y 1911).

Fue delegado oficial de España en el Congreso Internacional de Medicina en Berlín (1912), Congreso para el Progreso de las Ciencias en Oporto y Medalla de su Universidad (1921), en el Congreso de Protección a la Infancia de Bruselas (1922) y en el Congreso Internacional de Patología Comparada, París (1931).

Presidió el Colegio Oficial de Médicos de Valencia en el período de 1918-1919, y fue fundador y presidente de la «Unión Sanitaria Valenciana» (1919), y socio honorario de la Academia de Higiene de Cataluña (1909).

Fue también fundador y director de la «Revista de Higiene y de Tuberculosis», publicada en Valencia desde 1905 hasta 1936; igualmente figuraba como redactor y colaborador de la «Revue Internationale de la Tuberculose», de París, y la «Nipiología», de Nápoles.

Es además autor de dos libros: la obra «La gripe» (Editorial Morata, Madrid, 1927) y otra muy amplia y detallada sobre «Oxigenoterapia» (Editorial Marín, Barcelona, 1945), esta última prologada por Marañón, y fue además autor de una gran cantidad de trabajos médicos aparecidos en diversas revistas españolas y extranjeras. Hombre de carácter modestísimo y de gran humildad cristiana; su muerte nos priva de un gran amigo y de un tesonero escritor. Descanse en paz.

R. H. L.

EL PROFESOR SANCHEZ COZAR

En Granada, ha fallecido el **Dr. D. Juan Sánchez Cózar**, Profesor de Patología Quirúrgica de aquella Universidad y anteriormente de la de Zaragoza. Era también Académico Numerario de la Real Academia de Granada y autor de varias publicaciones.

EL DR. LUENGO ARROYO

Falleció en Madrid recientemente el doctor don **Emilio Luengo Arroyo**, persona de gran bondad y excelentes cualidades, iniciador en España de la lucha antipalúdica al lado del doctor Pittaluga.

PREMIOS ANUALES DE LA ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

En la seión de apertura de esta Academia fueron otorgados los premios correspondientes al curso 1962-1963.

El premio de la Academia Médico-Quirúrgica fue concedido al doctor José Molina Caballero, de Madrid, por su trabajo sobre «Oportunidades quirúrgicas en las esplenopatías».

El premio «Rodríguez Abaytúa» fue otorgado al doctor don Amador Montenegro Cabello (Vigo), por su trabajo sobre «Radiología clínica del intestino delgado».

El premio «Marañón» se concedió al doctor don José Rafael Varea Terán (de Ecuador), por su trabajo sobre «La autoinmunidad en la patología de la glándula tiroides».

El premio «Peña» quedó desierto por no presentarse ningún trabajo.

El premio «García Ortiz» fue concedido al doctor don José Domínguez García (de Madrid), por su trabajo sobre «Estudio comparativo del electrocardiograma, el fonocardiograma y el cateterismo en el diagnóstico de las cardiopatías congénitas».

El premio «Hidalgo Huerta» fue otorgado a los doctores Vicente Artigas Riera, José Puig Lacalle y Manuel Nogueras (de Barcelona), por el trabajo sobre «Bases para el tratamiento de las pancreatitis crónicas».

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

REVALORIZACION INESPERADA

Se acaba de recibir una grata sorpresa y, como tal, inesperada. Nunca pudo ni siquiera pensarse en ello, pero la realidad es manifiesta. El Instituto Nacional de la Vivienda ha comunicado a la Mutual Sanitaria la reciente sustanciación del expediente y calificación definitiva correspondiente a la finca de la calle de San Ramón Nonato, número 1, en Madrid, propiedad de la Institución, y más conocida con la denominación de Bloque A del proyecto total de la misma.

Dicha vivienda fue calificada provisionalmente dentro del primer grupo, es decir, construcciones exentas del 90 por ciento de contribución durante veinte años, asignándosele una renta mensual de 1.500 pesetas por vivienda, más el 30 por ciento por calefacción en los meses invernales. En la definitiva se fija a las citadas viviendas una mensualidad de 2.400 pesetas, que equivale al 60 por ciento, e incrementación del 30 por ciento durante los meses de calefacción; por tanto, en los normales, las 1.500 pesetas han tenido un aumento de 900 pesetas que los técnicos especializados lo han asignado con su leal saber y entender, más la incrementación corresondiente en la parte de calefacción, ya no del 30 por ciento inicial, sino más, cifrado en 720 pesetas, que sumadas a las normales elevarían el total en los meses de frío a 3.120 pesetas, con diferencia entonces de 1.170 pesetas.

Esta diferencia tan notable pudiera plantear a la Institución un problema muy interesante en el aspecto financiero. Las nuevas edificaciones, cuyo comienzo se prevé para muy en breve, pudieran ser arrendadas en lugar de vendidas, a los asociados, ya que su rentabilidad oficialmente permitida podría llegar a más de un 6 por ciento, y así constituir una inversión permanente de reservas, que ahora se hace tan difícil de lograr. La citada fórmula ofrece bastantes inconvenientes, difíciles de evitar: falta de fluidez de las reservas, no permitiendo fácilmente nuevas inversiones en dicho sector por aumento de la parte proporcional autorizada, peor conservación de los inmuebles arrendados; desconocimiento de futuros incrementos de gastos e impuestos, cambio de los criterios iniciales en la edificación, sin beneficio muy destacado para la Institución y mutualistas, etc.

Lo que sí se ha evidenciado de modo bien manifiesto es el error de la crítica al juzgar la inversión inmobiliaria como equivocada.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

INAUGURACION DEL CURSO EN LA ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ASTURIANA

En el paraninfo de la Universidad de Oviedo, en solemne sesión, se celebró la inauguración del curso académico 1963-1964 de la Academia Médico-Quirúrgica.

En dicha sesión, el profesor doctor don Vicente Gilsanz García, catedrático de Patología Médica de la Universidad Central, pronunció una conferencia sobre el tema «Hiperesplenias: indicaciones de la esplenectomía».

CONGRESOS

IV CONGRESO LUSO-ESPAÑOL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Este Congreso, que se celebrará conjuntamente con la VI Reunión de Ginecólogos Españoles, IX Reunión de la Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad y la III Reunión de la Sociedad Española de Citología, tendrá efecto en la localidad de San Feliu de Guixols (Costa Brava), provincia de Gerona (España), durante el mes de junio de 1964. Empezará el lunes día 8, con el Congreso de Citología; el martes, miércoles y jueves, el de Obstetricia y Ginecología, y el viernes día 12, el de Esterilidad.

Las ponencias de Obstetricia y Ginecología versarán sobre: 1), «La ventosa obstétrica»; 2), «Discinesias uterinas»; 3), «Cromosomopatías».

La de Citología, sobre «Citología vaginal y endometrial en los transtornos funcionales del ovario».

Habrá, además, conferencias magistrales, mesas redondas, exposiciones científicas, etc.

Todos los ginecólogos españoles recibirán muy pronto el programa científico detallado y las condiciones de inscripción.

CURSOS

CURSO DE ANESTESIA Y REANIMACION

Se celebrará en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, dirigido por el profesor Martín Lagos, en colaboración con los doctores Aparicio, M. Fernández Criado, A. Merchante, P. Zarco, C. Martín Júdez, P. de Agustín, J. M.ª Aguilar, V. L. Ariño, J. Jara, J. Lacalle y J. Naveira.

La enseñanza será de dos cursos correlativos. Los alumnos asistirán obligatoriamente, además de las conferencias teóricas, a los quirófanos, en turnos rotatorios, así como a los servicios de reanimación, exigiéndoseles dedicación plena mañana y tarde.

Para aspirar a ser aceptado en el curso, cuyo número máximo de alumnos será de diez, los alumnos deberán presentar el comprobante oficial de haber terminado la licenciatura, dándose preferencia a los recién licenciados.

El curso comenzará el 8 de enero de 1964.

Al final de cada curso realizarán pruebas teórico-prácticas, siendo indispensable superar éstas para poder matricularse del segundo año.

El importe de la matrícula es de 5.000 pesetas por curso. Las instancias deberán dirigirse a la secretaría de la cátedra del profesor Martín Lagos, Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria, Madrid.

CURSO DE ANGIOLOGIA 1964

Organizado por el Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona, bajo la dirección del profesor F. Martorell, tendrá lugar este curso del 1 al 15 de febrero de 1964, con arreglo al siguiente programa:

1.—Conceptos fundamentales de la patología vascular. Exploración clínica y radiográfica del enfermo arterial. Interpretación de arteriogramas.

2.—Oclusiones arteriales crónicas. Arteriosclerosis. Tromboangeítis.

3.—Oclusiones arteriales agudas. Embolia. Trombosis. Aneurisma disecante.

4.—Aneurismas. Arterial simple y arteriovenoso. Aneurismas micóticos.

5.—Isquemias cerebrales intra y extracraneales.

6.—Hipertensiones arteriales médicas y quirúrgicas.

7.—Hipertensión portal. Medicina y cirugía.

8.—La circulación venosa en los miembros. Exploración del enfermo venoso. Interpretación de flebogramas.

8.—Varices. Síndrome de Klippel-Trenaunay.

10.—Trombosis venosas. Insuficiencia venosa crónica.

11.—Ulceras de las piernas: venosas, arteriales y neutróficas.

12.—Edemas crónicos de los miembros: flebedema, linfedema, quiledema, fibredema, mixedema, lipedema.

13.—Anticoagulantes. Circulación extracorpórea.

El precio de la inscripción es de 2.000 ptas.

Para información e inscripciones, dirigirse a: docor F. Martorell, Instituto Policlínico, Platón, 21, Barcelona.

XXVIII CURSO MONOGRAFICO DE UROLOGIA

Este curso, que tendrá lugar durante los días 20 al 25 de abril de 1964, estará dedicado al tema «Tuberculosis uro-genital», desarrollándose en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, dirigido por el doctor A. Puigvert, con los médicos del Instituto y la colaboración extraordinaria de los profesores Jean Auvert (París), Jan Brod (Praga), López Engelking (Méjico), F. Wetterwald (París), F. Romero Aguirre (Zaragoza), Luis Hernando (Madrid).

El programa de lecciones establecido es el siguiente:

Lunes día 20.—Doctor A. Puigvert, «Signos reveladores de la tuberculosis urinaria y criterio de curación». Profesor López Engelking, «Correlación clínico-radiológica de los diversos estadios de la tuberculosis del aparato urinario».

Martes día 21.—Doctores F. Solé-Balcells y J. Jurado, «Semiología radiográfica de la tuberculosis renal y del secundarismo». Profesor W. Wetterwald, «Le traitement des foyers tuberculeux limités du rein».

Miércoles día 22.—Doctor C. Elizalde: «Anatomía patológica de la tuberculosis genito-urinaria». Profesor F. Romero-Aguirre, «Consideraciones sobre la colocistoplastia en la vejiga retráctil tuberculosa».

Jueves día 23.—Doctor A. Moya, «Tuberculosis en riñón único». Profesor J. Auvert, «La transplantation rénale chez l'homme», con presentación de un film en color.

Viernes día 24.—Doctor J. M.ª Pomerol, «Tuberculosis genital». Doctor I. Ponce de León, «Cirugía conservadora renal».

Sábado día 25.—Doctor R. Gosálbez, «Cirugía de substitución». Doctor A. Puigvert, «Cirugía reparadora de las vías».

Esas lecciones, de cuarenta minutos de duración, se desarrollarán en el «Aula Serés», a partir de las nueve de la mañana.

Cursillos complementarios. — VI Culsillo de Nefrología, dirigido por el doctor G. del Río, con lecciones de media hora de duración, que se desarrollarán en el «Aula Serés», a partir de las tres en punto de la tarde.

VIII Curso de Urografía, dirigido por el doctor S. Vives.

Lecciones prácticas.—Durante el curso se desarrollarán demostraciones prácticas de cada tema.

Presentación de enfermos operables.—Diariamente, en el «Aula Serés», a las ocho y media de la mañana, presentación y discusión de los enfermos que se operarán durante el curso.

Sesiones quirúrgicas.—Diarias, en el quirófano central, a partir de las once de la mañana. Se facilitará a los cursillistas la lista de intervenciones.

Sesiones cinematográficas.—Diariamente, en el «Aula Serés», a las cuatro de la tarde. La lista de films a presentar se entregará a los cursillistas en el momento de la inscripción.

El horario del curso será intensivo desde las ocho treinta a las diecisiete treinta horas. A las trece treinta se servirá una comida fría a los señores cursillistas.

Al finalizar el curso, a los asistentes les será entregado un diploma acreditativo, y el texto de las lecciones desarrolladas durante el mismo.

Los derechos de inscripción son de 2.000 ptas.

Para información e inscripción, dirigirse al secretario del curso, doctor G. del Río, Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (13).

CURSO TEORICO-PRACTICO SOBRE CROMATOGRAFIA DE LIPIDOS

En el Deparamento de Fisiología y Bioquímica de la Facultad de Medicina de Zaragoza (profesor Andrés Pie), tuvo lugar, durante los días 3, 4, 5 y 6 de diciembre, un curso teórico-práctico sobre cromatografía de lípidos, dirigido por el doctor don Eduardo Vioque, investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, jefe del Departamento de Cromatografía del Instituto de la Grasa y Derivados, de Sevilla, con arreglo al programa fijado.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

HOSPITAL SUECO EN CANARIAS

Suecia da invertido en las Islas Canarias 1,35 millones de coronas (aproximadamente, 16 millones de pesetas) en la construcción en la playa de los Cristianos, en la isla de Tenerife, de un hospital destinado a enfermos aquejados de dolencias nerviosas o de reumatismo.

El hospital, que entrará en servicio dentro de un año, contará con cincuenta camas. Los suecos podrán beneficiarse del sol por temporadas de tres meses.

HA MUERTO EL PROF. GASBARRINI

El profseor Anonio Gasbarrini, que fue médico personal de los Papas Pío XII y Juan XXIII, falleció en Bolonia, a los 81 años de edad. La causa de su muerte ha sido una hemorragia cerebral, ocurrido pocos días después de ser sometido a una intervención quirúrgica.

PREMIO CIENTIFICO INTERNACIONAL «CIUDAD DE SAN REMO»

El premio internacional científico «Ciudad de San Remo» 1963, dedicado a la reumatología, y dotado con la cantidad de diez millones de liras, pretende ser un reconocimiento de los progresos alcanzados en el campo de las enfermedades reumáticas.

Se destinará a aquellas personas, entidades, institutos o laboratorios de cualquier país que hayan aportado con sus trabajos originales de investigación, con su labor o iniciativa, la mayor contribución al progreso científico de la reumatología. A tal fin ha sido designada una comisión internacional que, con decisión inapelable, procederá al otorgamiento del premio en San Remo, el día 15 del mes actual.

Dicha comisión está integrada por los científicos: profesor Lorenzo Antognetti, de Génova, como presidente; profesor Alberto Boni, de Zurich; doctor William Copeman, de Londres; profesor Stanislas de Seze, de París; profesor G. Cesare Dogliotti, de Turín; profesor Tomaso Galli, de San Remo; profesor Johan Goslings, de Leiden; profesor Frantisek Lenoch, de Praga; profesor Antonio Lunedei, de Florencia; profesor Alessandro Robaccdi, de Turín; profesor Borje Olhagen, de Estocolmo.

Aprovechando la concesión del premio de reumatología, se celebrarán las «Jornadas Médicas de San Remo», que tendrán por objeto reunir en un congreso las actividades de aquellas disciplinas en que el factor climático tiene importancia terapéutica especial.

LOS DOCE PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En el mes de octubre pasado, en la **XVII** Asamblea General de la **Asociación Mundial de la Salud**, celebrada en Nueva York, se aprobaron íntegramente los siguientes doce principios relativos a la **Seguridad Social:**

I. — Las condiciones de participación de los médicos en los servicios sociales estarán determinadas en cooperación con los representantes de sus organizaciones profesionales.

II. — El servicio del Seguro de Enfermedad debe permitir al paciente la libre elección del médico, y al médico, recibir o no al paciente, sin que esta posibilidad pueda afectar a los derechos eventuales de cada uno de ellos. El principio de libre elección debe ser aplicado también en los casos en que el tratamiento o una parte del mismo se realice en un establecimiento.

III. — Todo sistema de seguridad social debe permitir la participación de cualquier médico en ejercicio. Ni las corporaciones médicas ni los médicos individualmente están obligados a participar si no lo desean.

IV. — El médico tendrá libertad de ejercer su profesión en el lugar que desee y en el cuadro de especialidad para el que esté calificado. Las necesidades médicas de los países considerados deben llenarse y la profesión debe orientar a los médicos jóvenes, cuando sea posible, hacia las regiones o lugares donde sean más necesarios.

En los casos en que estos puestos se consideren desfavorables con relación a los de otras localidades o regiones, los médicos que los acepten deberán ser ayudados, a fin de que puedan disponer de un equipo conveniente y de un nivel de vida adaptado a la importancia de sus responsabilidades profesionales.

V. — El cuerpo médico estará representado apropiadamente en todos los organismos oficiales que se ocupen de problemas relativos a la salud y a la enfermedad.

VI. — El secreto profesional deberá ser observado por todos aquellos que cooperen al tratamiento y a su control. Este secreto debe ser también debidamente respetado por las autoridades.

VII. — La independencia moral, técnica y económica del médico debe ser asegurada.

VIII. — Cuando la remuneración de los servicios médicos no esté fijada por acuerdo directo entre el médico y el enfermo, la situación de los médicos deberá atenderse como corresponde a la gran responsabilidad que representa el ejercicio profesional.

IX. — La remuneración de los servicios médicos debe ser apropiada a los cuidados prestados, y no debe ser función enteramente estatal el financiar a los organismos remuneradores, ni tomar decisiones unilaterales sobre dirección. La remuneración deberá ser aceptable para la institución que represente a la profesión médica.

X. — El control en asuntos médicos debe ser ejercido única y exclusivamente por los médicos.

XI. — En el interés superior del enfermo no deben existir restricciones en cuanto a la medicación necesaria ni en cuanto a la modalidad de tratamiento establecido por el médico.

XII. — El médico debe tener la posibilidad de participar en todas las actividades destinadas a mejorar sus conocimientos y su situación durante el curso de su vida profesional.

El texto definitivo de estos doce puntos fue aprobado unánimemente por la Asamblea General.