

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR:

Dr. Salvador Paredes P.

REDACTORES:

Dr. Camilo Figueroa Dr. Manuel Larios Córdova

Dr. Ramón Valladares

SECRETARIO PRE REDACCIÓN:

Dr. Tito López Pineda

ADMINISTRADOR;

Dr.- Manuel Castillo Barahona

Año 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A., Agosto de 1930. Número 4

Hospital y Escuela de Medicina

Próximamente estarán concluidos los últimos tres pabellones que completarán el grupo de quince destinados al Servicio del Hospital General. Con esas nuevas construcciones que darán cabida a los servicios de especialidades; con la reciente instalación de un moderno y espléndido aparato de rayos X; con las mejoras introducidas a los Laboratorios, el Hospital se está acreditando de manera tan rápida que cada día el número de enfermos que tocan a sus puertas es tan grande que no es posible admitirlos a todos. En la actualidad se alojan doscientos enfermos, pero esperamos que al fin del año quepan perfectamente trescientos con toda comodidad. El personal ha sido aumentado para mayor eficiencia, lo mismo que el presupuesto de alimentación, ya podemos ir calificando nuestro Hospital como una institución completa, dotado de los más modernos elementos "de diagnóstico y tratamiento. Como una consecuencia directa la Escuela de Medicina progresa a pasos agigantados; el campo de observación y experiencia se amplía; el número de estudiantes aumenta y las labores se realizan con eficacia y entusiasmo; la enseñanza es esencialmente práctica; el número de cadáveres es suficiente para las prácticas de anatomía y medicina operatoria, aunque esperamos que aumenten para que los ejercicios se multipliquen. Casi todos los jefes de servicio son Profesores de la Facultad, circunstancia exquisita para la aplicación de conocimientos en el lecho del enfermo que antes eran del orden puramente teórico.

La calidad de los estudiantes es magnífica; desde los primeros años, gracias al rigor de los exámenes, se van seleccionando las capacidades, que en los cursos superiores muestran la buena preparación que adquirieron.

La Junta Directiva de la Escuela de Medicina dedica especial cuidado a la mejora y crédito de la misma; apela a cuantos medios están a su alcance para proveerse de lo indispensable.

El ejecutivo presta un decidido apoyo, conciente como está, de la urgencia de médicos en el país pues hay zonas enormes que carecen de ellos.

Sin pecar de excesivamente optimistas, podemos afirmar, sin ningún temor que dadas las condiciones de firme voluntad de mejorar la Escuela por parte de la Directiva y del profesorado; de la ampliación del Hospital y de la selección de estudiantes que aspiran a salir del nivel común, tendremos un cuerpo de profesionales suficientes para atender todas las necesidades de la República, en la confianza de que serán individuos prácticos, conocedores de nuestras enfermedades comunes, instruidos en las indispensables reglas del arte de curar.

Tegucigalpa, agosto 1930.

Morara de los doctores Tito López Pineda y Benjamín Guerrero,
acerca de los casos sospechosos de beriberi presentados en
Trinidad, Departamento de Santa Bárbara

(Concluye)

CASO XV

PEDRO PAZ 8., vecino de la aldea de Las Delicias, de 49 años de edad, labrador, pesa 127 libras y mide m. I. 55 de altura; ha tenido 12 hijos, habiendo muerto 3; uno de gastroenteritis y los otros dos de fiebre perniciosa; su padre **murió** de una afección gastro-intestinal, su madre de hidropesía; es soltero: sus parientes cercanos son sanos.

Antecedentes personales. Ha padecido de dolores vagos en los pies y de paludismo; hace como cinco años, en el mes de mayo, sintió mucho cansancio y como dormidas las piernas, sensación que se le propagó, inmediatamente, a los pies y los muslos, haciéndosele imposible la marcha, pues sentía además flojedad en las piernas, viéndose obligado a arrastrar los pies; la sensibilidad de la piel abolida, en las partes anterior y laterales de la tibia, pues no sentía cuando hacía presión con la uña en la piel de esa región; las piernas se le inflamaron, adelgazándosele después. No tuvo fiebre cuando estuvo con esa en-

fermedad y siempre tuvo buen apetito.

Examen físico.— Constitución regular, piel rosada; temperatura, 37; pulso, 70; respiración 18; aparatos digestivo, circulatorio y respiratorio, normales; hígado y bazo, normales; examen de heces, fue positivo por uncinaria y tricocefalos; orina normal; reflejos normales; sensibilidad normal; esfínteres normales. Los músculos de las pantorrillas están un tanto atrofiados. No ha tenido otro ataque.

CASO XVI

DÁMASO CASTELLANOS, vecino de la aldea de La Unión, tiene 45 años de edad, mide m. 1.55 de altura, pesa 110 libras; de oficio labrador; casado; tiene 4 hijos; su esposa padece de prurito en la piel; su padre murió repentinamente y su madre de hidropesía; sus parientes cercanos casi todos han padecido de paludismo y, algunos de ellos, de desinteria y gripe.

Antecedentes personales. Ha padecido de paludismo y forúnculos;

en el mes de abril de 1928, estando ocupado en trabajos del campo, sintió adormecimiento en los dedos de los pies, sensación que luego se le extendió" hasta la rodilla, al mismo tiempo fue atacado de calambres en las piernas, teniendo que guardar cama, pues la marcha le fue difícil. Las pantorrillas se le adelgazaron **rápidamente** y pudo advertir que cuando se tocaba o pellizcaba la piel de las mismas, no sentía. No tardó mucho tiempo en cama, pero cuando se levantó sintió suma debilidad y flojedad en las piernas; como un mes tardó en restablecerse; y en junio del mismo año, es decir como dos meses y medio después, fue atacado de fiebre y dolor en el costado **izquierdo**, dolor que le empezó en el hueco supraclavicular, extendiéndose

hasta el borde de la última costilla. De esta enfermedad se curó luego. El dolor le desapareció como a los seis días, pero nuevamente volvió a sentir adormecimiento en las piernas y los pies, con dolor, el cual se le extendía hasta la pelvis, **viéndose obligado a tomar cama, nuevamente, pues** la enfermedad **revisitó** por completo, el mismo carácter que la vez anterior; quedando, mas o meno.; bien, durante el resto del año y parte del actual, pero en el mes de abril, tuvo un nuevo ataque, con mucho dolor, principalmente en la base del tronco.

Examen físico.—Constitución débil, piel ligera mente rosada; pulso, 34; respiración, 26; temperatura, 37; aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo, normales; el exa-

men de heces fue negativo por parásitos intestinales; orina normal; esfínteres normales, hay hiperestesia en las regiones sacra y lumbar; hay atrofia en los músculos de las piernas; los **músculos** de las **pantorrillas están dolorosas** a la presión; en las demás regiones del cuerpo, la sensibilidad se encuentra un tanto disminuida; los reflejos son normales, menos el patelar que está abolido.

CASO XVII

JOSÉ ÁNGEL PAZ. de 45 años, vecino de la aldea de El Tigre, pesa 110 libras, mide m. 1. 45 c. de estatura, es casado, de oficio farmacónico, y ha tenido 5 hijos que son todos sanos, su padre murió de una afección gastrointestinal y su **madre** de hidropesía y diarrea. Entre **MUS** parientes cercanos hay **algunos** enfermizos han¹ padecido de paludismo y de afecciones intestinales.

Antecedentes personales. sido alcohólico y ha padecido de excitación nerviosa e insomnio; hace como 4 años, después de haber estado trabajando en el campo, sintió adormecimiento en los pies y las piernas, con dolor; igual fenómeno sintió, al mismo tiempo, en los dedos de las manos, fue asimismo atacado de ansiedad respiratoria y de palpitaciones; la marcha se le volvió difícil, pero siempre pudo caminar, aunque tenía que hacerlo como de arrastrada y apoyándose en un bastón, las piernas se le adelgazaron, poniéndosele los músculos de las

mismas, completamente flácidos; el Dr. Guillermo Pineda que lo asistió le introducía alfileres y no sentía.—No ha tenido un nuevo ataque, pero ha quedado con debilidad en las piernas, algo de dolor y calambres en las mismas.

Examen físico—Es de complexión delgada, piel ligeramente rosada; pulso, 60; respiración, 18; temperatura; 36. 8; aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio, normales; examen de heces, positivo por tricocéfalos y ascárides; orina, sin albúmina; esfínteres normales; reflejos normales, excepto el patelar que está un tanto disminuido; se nota algo de atrofia en los músculos de las pantorrillas.

CASO XVIII

LADISLAO FAJARDO, vecino de la aldea de La Unión, tiene como 45 años; casado, agricultor, pesa 150 libras y mide m. 1. 56 c. de estatura ha tenido 6 hijos todos sanos, excepto uno que padece de la misma enfermedad de que él se queja; su madre murió a consecuencia de una fiebre e ignora la enfermedad de que murió su padre.— Sus parientes cercanos gozan de buena salud.

Antecedentes personales.—A la edad de 15 años, después de haber pasado una noche sin dormir, tomó un baño y, al no más entrar en el agua, sintió que se le dormían las extremidades inferiores viéndose obligado a bañarse rápidamente y buscar un lecho para reposar pero en vez de sentir alivio más bien fue empeorando cada momento, que

luego advirtió que se le inflamaban los pies y las piernas, inflamación que se le propagó por todo el cuerpo con dolores muy fuertes y calambres en las piernas.—Buscó los servicios de un médico. La inflamación y los dolores fueron cediendo las piernas y los muslos se le adelgazaron y los músculos de ambas regiones le quedaron completamente flácidos.—Logró, por fin restablecerse, no habiendo tenido otro ataque sino, hasta este año, en Mayo, que al regresar de quemar un terreno preparándolo para sembrar maíz, sintió dolor y calambres en las pantorrillas con flojedad y pesantez en las piernas teniendo que guardar cama; al mismo tiempo fue atacado de ansiedad precordial y palpitaciones. Al cuarto día de estar acostado advirtió que se le estaba inflamando todo el cuerpo que fue

entonces que solicitó los servicios del Dr. Guillermo Pineda,—Fue poco a poco mejorando y al cabo de algún tiempo de tratamiento, la inflamación había desaparecido pero en cambio los músculos de las piernas se le adelgazaron exageradamente.

Examen físico.—Es de compleción fuerte; temperatura, 37.4; respiración, 22; pulso 72; piel rosada; examen de heces, positivo por tricocéfalos y ascárides y orina sin albúmina, reflejos, normales, excepto el patelar que está un tanto disminuida: los músculos de las piernas están un poco atrofiados; y al marchar, siente dolores en las piernas.

CASO XIX

LADISLAO FAJARDO, hijo, vecino de la aldea de La Unión, tiene 18 años de edad; pesa 120 y

mide, 1,57. c. de altura; es agricultor, soltero: su padre padece de la misma enfermedad de que él se queja; su madre es sana; entre sus parientes cercanos hay algunos que han padecido de fiebres y otras enfermedades ligeras y comunes en el lugar.

Antecedentes personales.-Cuando tenía como 10 años sentía con frecuencia, ansiedad en el corazón y le daban vértigos, que han continuado atacándole de tiempo en tiempo.—Hace un año, después de haber estado trabajando en la preparación de un terreno, quemándolo para sembrar maíz, durante días consecutivos, habiendo tenido que recorrer sitios donde la tierra estaba caliente, fue atacado de dolor, adormecimiento e inflamación en las piernas, quedando imposibilitado para la marcha durante algún tiempo.

Examen físico.-Complexión regular; piel algo rosada, pulso, 70; respiración, 20; temperatura, 37; aparatos digestivo respiratorio y circulatorio, normales; hígado y bazo, normales; examen de heces positivo por tricocéfalos y ascárides; orina, normal; reflejos, normales; esfínteres, normales; sensibilidad, normal.- No hay atroñas musculares.

JOAQUÍN Rivera, vecino de la ciudad de Trinidad, de oficio barbero, tiene 49 años, pesa 130 libras y mide 1. 62 de altura, e.-i casado y tiene 3 hijos, todos vivos y sanos.—Su padre padeció de una enfermedad que cree que es la misma de que el padece actual-

mente, pues tenía los mismos caracteres; su madre murió de hidropesía; su esposa goza de buena salud; sus parientes cercanos son más o menos sanos.

Antecedentes personales.-Padece de asma; no ha sido alcohólico, pero ha tomado varias veces, bebidas embriagantes, excediéndose en algunos casos; no ha padecido de enfermedades venéreas; ha padecido de paludismo pero en una forma benigna; el 22 de abril del presente año, sintió flojedad en las extremidades inferiores, aunque siempre podía salir y ocuparse en su oficio; pero este malestar se fue acentuando y, a los cuatro días, viniendo para su casa, le falsearon las piernas y cayó; desde ese día la marcha le fue imposible; pues además de los síntomas anotados empezó a sentir dormidos la punta de los dedos de los pies y de las manos, **sensación** que luego se extendió a las piernas y muslos, así como a las manos y antebrazos. Poco a poco se le fueron adelgazando las piernas y los muslos, participando de este mismo fenómeno, las manos y los antebrazos; y desde el tercer día de estar en cama empezó a sentir dolores lancinantes en las extremidades inferiores y en las manos y los antebrazos, dolores que tuvo desde que noto* los primeros síntomas, pero eran en una forma tolerable. La sensibilidad en la piel, de la parte anterior de la tibia estaba completamente abolida, pues el médico que lo asistía le introducía agujas y no sentía.

Examen físico.—Compleción mediana, piel pálida y amarillenta. pulso 114; temperatura, 37.4; respiración, 28; pesa 130 libras y tiene m. 1.60 de altura; lengua y velo del paladar enrojecido; esófago, estómago e intestinos, normales; hígado y bazo, normales; el examen de heces dio huevos de tricocéfalos y de ascárides; orina sin albúmina; reflejo patelar casi abolido; sensibilidad en las caras anterior y laterales de la tibia, abolida; hay edemas pequeños en los pies; los músculos de las extremidades inferiores y de las manos y antebrazos están completamente atrofiados; sentado el enfermo en la orilla de la cama, las piernas caen quedándole los pies con la punta dirigida hacia abajo y hacia afuera, sin ser posible moverlos. Los músculos de la pierna, completamente flácidos, están muy sensibles; al comprimir los gemelos, el enfermo siente un dolor pungitivo que le hace gritar.

ANÁLISIS DE LOS CASOS CASO XV

Hace como cinco años padeció

de una enfermedad que se le localizó en los miembros inferiores, caracterizándose por trastornos de la locomoción y de la sensibilidad, por edemas y atrofas musculares, atrofia que aún conserva.

CASO XVI

Ha tenido tres ataques de una enfermedad más o menos igual, la cual atacó por primera vez. M abril del año pasado, después de haber estado trabajando en el campo, quedando completamente bien como un mes después del tratamiento; el segundo ataque lo tuvo en junio del mismo año, del cual también curó luego; el tercero, fue en el mes de abril de *este* año, el cual fue más fuerte que los otros, habiendo tenido mucha dolor en la región correspondiente a la base del tronco. Los síntomas de la enfermedad referidas resumen en trastornos de la locomoción, de la sensibilidad y atrofas en los músculos de las piernas. Cuatro meses después del principio de este último ataque, aún conserva este enfermo, hiperestesia pronunciada en los músculos

de las regiones sacra y lumbar y en los de las pantorrillas, así como atrofiados los músculos de esta última región; haciéndose constar además, que la sensibilidad, en algunas regiones esta aún un tanto disminuida y que el reflejo patelar, está abolido.

CASO XVII

Hace cuatro años tuvo una enfermedad caracterizada por trastornos nerviosos y localizados en las piernas y los pies, así como en las puntas de los dedos y las manos, trastornos de la locomoción, atrofiaciones musculares, ansiedad respiratoria y palpitaciones. De **esta enfermedad** curó, pero siempre ha quedado con alguna dificultad para la marcha. No ha tenido otro ataque. Al examinar a este enfermo se comprobó ligera disminución del reflejo patelar y que los músculos de las piernas aun conservan algo de atrofia.

CASO XVI 11

Cuando tenía 15 años, fue atacado de una enfermedad con edemas que le empezaron en los miembros inferiores y se le extendieron a todo el cuerpo, trastornos de la locomoción (**Paraplegia**) trastornos de la sensibilidad y atrofia muscular. De esta enfermedad curó, no habiendo tenido un nuevo ataque sino hasta este año, en el mes de mayo, que fue nuevamente atacado en la misma forma que la vez anterior, teniendo además, palpitaciones fuertes y ansiedad precordial. En el examen que se practicó a este enfermo se hizo

constar hiperestesia en los músculos de las pantorrillas, atrofia de los mismos así como que el reflejo patelar está un poco disminuido.

CASO XIX

Ha padecido desde su infancia de **ansiedad** precordial y vértigos. Hace como un año después de haber estado ocupado en labores del campo, quemando un terreno para sembrar maíz, fue atacado de una enfermedad caracterizada por trastornos de la **sensibilidad** localizados en los pies y las piernas; trastornos de la locomoción y edemas, enfermedad que lo tuvo postrado cerca de un mes. Actualmente no presenta nada anormal.

CASO XX

Su padre murió de una enfermedad que tenía los mismos síntomas de la que el padece actualmente. El 22 de abril de este año, sintió debilidad en las extremidades inferiores que le molestaba para la marcha, síntoma que se le fue acentuando hasta que, cuatro días después, viniendo para su casa cayó en la calle, tomando cama desde esa fecha; desde el tercer día de habersele anunciado la enfermedad, empezó a sentir dolores en los músculos de las piernas, los pies, los antebrazos y en las manos, la sensibilidad de las puntas de los dedos de los pies y de las manos se le alteró, pues sentía como dormidas estas regiones, sensación que luego se le extendió a las piernas, los muslos, las ma-

nos y antebrazos, estando en la piel de la parte anterior y laterales de la tibia, completamente abolida la sensibilidad, pues se le introducían agujas y no sentía. Cuando examinamos este enfermo, aún no había abandonado el lecho; los músculos de las extremidades inferiores estaban completamente atrofiados, lo mismo que los de las manos y antebrazos; aún estaba abolida la sensibilidad en la piel de la parte anterior y laterales de la tibia; el reflejo patelar era apenas manifiesto y, sentado el enfermo en su cama, las piernas caían como mazas inertes quedando los pies con la punta hacia abajo, formando ángulo obtuso; había además, algo de edemas en los pies. Al comprimir los músculos de la pierna, unos contra otros, se provoca un vivo dolor que obliga a gritar al enfermo.—En resumen este caso es uno de tantos cuyos caracteres parecen mejor definidos: los trastornos nerviosos aparecen bien caracterizados, tales como dolores, sensación de anestesia en algunas de las regiones, hiperestesia en los músculos

de las piernas, paraplegia, etc.; los edemas, aunque el enfermo no los denuncia, si existieron, pues aún conserva algunos en la región de los pies; la atrofia muscular era completa y el estado general del enfermo, daba exactamente el aspecto de un beribérico.

Tales son los datos recogidos en relación con los enfermos cuyo examen nos fue encomendado. Al hacer la descripción de cada caso hemos adoptado, para mayor claridad, la propia expresión de los enfermos, pues como muchos de ellos los encontramos curados y otros ya en vías de completo restablecimiento, no pudimos posesionarnos, en un todo, de la sintomatología correspondiente a cada uno, conformándonos con recoger la historia de cada caso, conforme las referencias de los mismos enfermos y familiares de ellos. Puede sin embargo, dada la analogía de las distintas descripciones, llegarse a conclusiones más o menos exactas, es decir que la mayor parte de estos enfermos han padecido de la misma dolencia, la cual se caracteriza por edemas, paraple-

gia, trastornos sensitivos y reflejos, atrofiyas musculares y, en algunos, por trastornos circulatorios. Tres de los casos que se nos presentan estaban aun en evolución y podemos afirmar que su aspecto era exactamente el de un beribérico.

En vista de las observaciones anteriores, unas que se concretaron únicamente a referencias de los enfermos y otras, en que se une a estas referencias la constatación hecha por nosotros, de importantes síntomas capaces de orientarnos en el camino del diagnóstico, creímos conveniente, para favorecer mejor nuestro juicio, abocarnos con el Dr. Guillermo Pineda, médico residente en el lugar desde hace mucho tiempo, y que ha intervenido en la asistencia de casi todos estos enfermos.

Del señor Doctor Pineda son los siguientes datos; residía en Puerto Cortés el año de 1911, época en que fue llamado a Trinidad de Santa Bárbara para la asistencia de varios enfermos. Fue entonces que tuvo ocasión de hacer los primeros estudios en relación con algunos de los casos que asistió y los cuales presentaban casi todos, la misma sintomatología. Recuerda, entre estos enfermos, Cruz Gutiérrez, Juan Alberto Gutiérrez, Doroteo Baide, Victoriano Gutiérrez, Máximo Gutiérrez, Esteban Fajardo, Juan Evangelista Gutiérrez y Pablo Fajardo,

de los cuales encontró completamente postrados a Máximo, Victoriano, Cruz y Juan Evangelista Gutiérrez. Todos ellos tenían completamente paralizados los miembros inferiores, presentaban zonas de anestesia en los miembros superiores e inferiores; tenían abolidos los reflejos y denotaban pronunciada hiperestesia en los músculos de las piernas, pues al comprimirse los gemelos, los enfermos sentían dolores fuertes que los obligaba a gritar y a apartar las manos del médico. En casi todos estos casos se presentaron edemas que se localizaron, en algunos, a los pies y las piernas; y en otros, se generalizaron a todo el cuerpo. Tuvieron así mismo, trastornos cardiacos, como dilatación y palpitaciones; también se hizo constar en ellos, sensación de peso o barra en la región epigástrica; todos presentaron atrofiyas bastante pronunciadas en los músculos de las piernas; y aunque en menos grado, en los muslos, manos y antebrazos; en ninguno dio albúmina el examen de orina; el examen de heces fue positivo, en algunos por tricocéfalos, en otros por uncinaria y en otros por ascárides. El examen de sangre fue negativo por malaria; por dificultades del lugar, no se hizo ninguna reacción para investigar sífilis, pero si se pudo constatar, en uno o dos casos, antecedentes y manifestaciones específicas. El

examen de los demás órganos no dio nada de importancia en relación con la enfermedad de referencia. Solamente uno de estos enfermos tuvo fiebre, pero de poca importancia, por su duración e intensidad; el apetito se conservó más o menos normal y los trastornos gastro-intestinales no se presentaron sino en formas muy ligeras en algunos, hasta el grado de no merecer ser tomados en cuenta.

Como base de tratamiento y como medida profiláctica, el Dr. Pineda imponía a sus enfermos el cambio de lugar, seleccionando una altura no menor de tres mil pies, donde pudieran tener al par de una **buena** temperatura agua de buena calidad y aire puro; como medida preliminar, les combatió la parasitosis intestinal; y para asegurar el mejor estado de los intestinos recetó un purgante salino semanal; el resto del tratamiento lo constituyeron baños fríos diarios; inyecciones mercuriales, cianuro de mercurio y arsenicales (neo-

salvarsán y cacodilato de soda, alternados); tonicardiacos (*estrofanto* y *digital*); régimen dietético con abstención completa de carnes, arroz y bebidas alcohólicas, dando preferencia a la alimentación con frutas, verduras, leche, queso, mantequilla, frijoles y pan.

Tres de los individuos tratados, mejoraron visiblemente con solo el tratamiento antiparasitario referido y el régimen climático y dietético, pero en la mayoría no dio efecto ninguno, usado de manera exclusiva: no fue sino con el tratamiento arsenical intenso y el mercurial, aplicado en la forma citada, que se logró obtener el éxito; según observaciones de los pacientes. los baños han sido de gran recurso, como coadyuvantes. La faradización, empleada en todos los casos, no dio ningún resultado.

El Dr. Pineda ha podido observar que esta enfermedad ataca de preferencia en la primavera, es decir, cuando las aguas

se escasean y quedan reducidas en pequeños pozos, estancadas y con materias orgánicas de descomposición, siendo de notarse **que** sólo ataca esta enfermedad, en los lugares en donde no hay ríos ni riachuelos de corriente constante; también se ha observado que ataca de preferencia a personas del **sexo** masculino y adultas, pues entre todos los **asistidos** por el Doctor Pineda sólo se registra un caso de una señorita y el de un niño como de un año y medio.

En todos los asistidos por el Doctor Pineda, el arroz no ha **entrado** como elemento sustancial en la alimentación, pues si lo han comido ha sido relativamente poco y descascarado en morteros, es decir, conservando su película y el embrión.

Hasta aquí las **observaciones** del Dr. Pineda.

Ahora bien, tomando por base tanto los estudios del Docto) Pineda, como **las observaciones** hechas por **nosotros**, así -orno también el hecho de haber sido observados casos análogos en Hospitales de la Costa **Norte del llegamos** a las conclusiones siguientes:

a) Existe el beriberi en Honduras?

La contestación nuestra es afirmativa. Indudablemente, la mayor parte de los casos **a** que hace relación este estudio, son de beriberi, de forma mixta, y los más de carácter benigno, pues aunque algunas veces los enfermos se han quejado de dolores fulgurantes, edemas **de** consideración, que en ocasiones

han invadido todo el cuerpo; y han sido a la vez, atacados de opresión y constricción torácica, es lo cierto que estos fenómenos, así como los demás que completan el cuadro de la enfermedad han cedido con relativa facilidad al tratamiento, no habiendo entre los tratados por el docto» Pineda, ningún caso de definición y, a juzgar por las referencias que se nos hizo, han sido muy pocos los atacados de esta enfermedad que han fallecido.

b) En qué tipo pueden calificarse los casos observados?

En casi todos ha predominado la forma mixta. **Loa** enfermos han empezado con fenómenos nerviosos, como **anestesia** en la piel, principalmente en la de las **caras** anterior y laterales de la tibia; hiperestesia en los músculos de las piernas y en algunos casos, en otras regiones invadidas por la enfermedad; luego ha sobrevenido la debilidad en los músculos de las piernas, y la **paraplegia**, quedando los enfermos imposibilitados para la marcha, unos por completo, pues apenas han podido ejecutar en su cama pequeños movimientos con sus miembros inferiores, como acercar uno al otro o colocar una pierna sobre la otra, y ello con

suma dificultad; los dolores han aumentado en intensidad en todas las regiones invadidas, que han sido de preferencia, los pies, las piernas, los muslos, las manos y los antebrazos; seguidamente han aparecido los edemas en los miembros inferiores, los cuales se han extendido, en algunos, al tronco, las manos y la cara, habiéndose generalizado a todo el cuerpo, en uno o dos casos. Al propio tiempo, han aparecido fenómenos cardiacos, como opresión y ansiedad precordial, palpitaciones, etc., debiendo hacerse notar que aunque algunos de los enfermos no incluyen en su historia estos trastornos cardiacos, al examinarlos se han hecho constar en varios de ellos, algunas alteraciones en el corazón; cuando los edemas han ido cediendo se ha podido constatar la atrofia muscular, sobre todo en las piernas, los muslos, manos y antebrazos; la temperatura no ha pasado de lo normal en la mayoría de los casos, pues únicamente en muy pocos, hay una historia de fiebre, hasta cierto punto, sin importancia, por haber sido de poca intensidad; las funciones digestivas se han **conservado** mas o menos regulares

y las facultades mentales no han tenido ninguna alteración. La convalecencia de estos enfermos ha ido avanzando gradualmente, empezando la marcha con verdadera dificultad, teniendo que llevar los pies, como de arrastra, haciendo uso, al principio, de objetos como palos, lazos, etc., sirviéndose de ellos como punto de apoyo.

c) A qué sexo y edad pertenecen los casos observados en Trinidad de Santa Bárbara?

Los casos observados en Trinidad de Santa Bárbara por el Doctor Pineda, como los observados por nosotros y algunos que fueron tratados por el Doctor Paz Barahona, se refieren casi en su totalidad, a personas adultas y del sexo masculino, pues apenas el Dr. Pineda hace referencia al de una señorita y r: de un niño como de año y medio. Por lo tanto, pues, el berberí, en la región citada, es, puede decirse, una enfermedad de los adultos y del sexo masculino, atacando, como una excepción, a mujeres y niños.

d) Qué curso ha seguido la enfermedad?

Nos hemos encontrado frente a casos de evolución lenta y evo-

lución rápida, casi todos de forma periódica, atacando a unos enfermos cada año ya otros en periodos más largos, siendo la época de la aparición casi siempre, la primavera. e) Las condiciones climatológicas de Trinidad, son apropiadas para el desarrollo del berberí?

El clima de Trinidad es cálido, y así, el de las aldeas vecinas donde se han presentado los casos referidos. Pertenecen por lo tanto aquella región, a las señaladas como adecuadas al desarrollo de la enfermedad.

f) Qué clase de agua toman los habitantes de esos **lugares**?

El agua que se toma en I: ciudad, es buena, pero la que se toma en las aldeas, que es donde se han presentado el mayor número de casos es mala, pues, se recoge de riachuelos o pozos, y se usa sin ninguna prevención higiénica, con todas las suciedades que en ellas se vierten, como excrementos, materias orgánicas, etc.

g) Los casos han revestido la forma esporádica y nunca se han presentado más de dos en cada casa. Visitamos familia.:-; numerosas y en ninguna pudi-

DIOS constatar la existencia de más de un caso. En los enfermos del Doctor Pineda es **donde** se encuentran casos de más de un individuo, en una misma familia, pero sin pasar los enfermos de dos, no obstante que **aquellas** familias están **formadas** por ocho o más miembros.

h) Qué clase de alimentación **usan** los habitantes de Trinidad?

La alimentación de los habitantes de Trinidad es la misma que usan todos los habitantes de Honduras y, casi lo mismo **puede** decirse de la alimentación **que** usan los de **las** aldeas, esto es: carne, verduras, maíz, arroz, frijoles, queso, etc. No hay **diferencia** en nada, respecto al régimen alimenticio que **observan los** demás campesinos de Honduras.

i) Cuál es, en resumen, la etiología del beriberi observado "en Trinidad de Santa Bárbara" Es, realmente en este punto donde radica la dificultad. Desde luego, excluimos como causa **la** ausencia de vitaminas en la alimentación, porque la empleada por ellos es bastante rica en factores; y, además la enfermedad atacaría en forma más intensa, ya que los vecinos de cada lugar estarían en igualdad de circunstancias en lo referente a la alimentación. Y lo **propio** podía decirse de los de-

más habitantes de Honduras que, como queda dicho, observan más o menos el mismo régimen.

Tampoco creemos que pueda invocarse la presencia de parásitos intestinales como la uncinaria, tricocéfalos, etc., pues estos parásitos son muy comunes entre todos los habitantes de la región y en ese caso, los atacados serían en mayor número. Además, hay otras regiones del país, como el Sur, en donde hay mucha uncinaria y tricocéfalos y el beriberi aún no ha sido reconocido.

El Doctor Pineda se inclina * creer que el factor principal reside en **las** aguas, pues según su observación, la enfermedad aparece cuando los riachuelos se secan o quedan con muy poca corriente, viéndose los habitantes obligados a tomar aguas de pozos llenos de suciedad y en donde las aguas permanecen estancadas. Pero esta conjetura se desvanece, si ella se quisiera referir únicamente a la calidad de las aguas que toman los habitantes, pues basta pensar que son muy pocos los atacados en relación con el número de **habitantes** en la región; que ataca casi sólo a hombres adultos; y que los atacados en una misma casa, nunca han pasado de dos. El **paludismo**, si se ha presentado en aquellos lugares y en algunos de

los que han sufrido ataques de **beriberi** ha sido en forma tal. **que** no autoriza, un manera alguna, para incluirlo entre los **factores** etiológicos.

Nos ha llamado poderosamente la atención, que esta enfermedad se ha presentado casi de manera exclusiva en individuos del campo, riel sexo masculino y adultos, de manera invariable, **puede** decirse, en los meses **en que** los campesinos se ocupan de preparar sus tierras para las siembras, o sea en los meses de abril a mayo, siendo costumbre, **dar** ruego a loa campos, en cuya operación tienen que recorrer el terreno caliente durante algún tiempo, sufriendo enseguida el enfriamiento consecutivo, tal como lo han referido casi todos ellos. Esta circunstancia nos inclina a creer en la existencia de un agente especial, un **espirilo** o un **báculo**, el cual llevado al organismo en alguna forma, espera una causa apropiada para accionar produciendo la enfermedad. Esta causa ocasional, en los casos de que nos ocupa-

mos sería, desde luego, el enfriamiento. Si se trata de un bacilo astenógenes de Bernard o de un microbio o parásito que vive en el suelo o en las aguas y que aprovecha la ocasión del enfriamiento para invadir el organismo, no lo podemos decir, por que no contamos con elementos suficientes para una investigación de esa naturaleza. Pero si sentamos la hipótesis de considerar el enfriamiento como la **causa** ocasional, en relación con los **casos** que hemos estudiado, excluyendo la falta de vitaminas en la alimentación, pues el factor alimentación, en los casos citados, no ha podido intervenir sino de una manera poco importante, acaso como causa de debilitamiento del organismo, poniéndolo en condiciones favorables para ser invadido por el agente cuya naturaleza desconocemos en la actualidad.

Tegucigalpa, 24 de Septiembre de 1929.

TITO LÓPEZ PINEDA

BENJAMÍN GUERRERO.

NEUROTOMIA RETRO-GASSERIANA

Por el Dr. Elpidio Stíncer Profesor de la
Universidad: Cirujano del Sanatorio "Covadonga"

Debemos comenzar nuestra exposición diciendo que la *neurotoma retro-gasseriana* cuando está debidamente indicada y con una técnica correcta constituye una magnífica operación; représenla un legítimo progreso de la cirugía cráneo-cerebral.

Precisa, pues, insistir sobre estos dos hechos fundamentales: operación oportuna y técnica escrupulosa, pues muchos, si no todos, los fracasos de la operación obedecen ciertamente a una falta de cumplimiento de uno o de ambos factores. No es posible por tanto, atacar á la intervención de no responder a su objeto, cuando ella ni ha sido objeto de su indicación precisa ni tampoco correctamente ejecutada. Es necesario estudiar bien el enfermo, agotando" todos nuestros modernos métodos de investigación, hasta catalogar estrictamente el caso en el sector quirúrgico tributario de la operación *magna*, de la operación *fisiológica*, cual es la *neurotoma litro-gas seriana*.

Desconfiemos de la neuralgia del trigémino que aparece en los sujetos jóvenes; desconfiemos de los , casos en que el proceso sea bilateral; desconfiemos de las lla-

madras formas continuas, y practiquemos exámenes radiográficos sistemáticos de la base del cráneo, y solamente así lograremos evitar muchas operaciones inútiles y la neurotoma en cuestión conservará siempre el lugar que se merece en el tratamiento de la neuralgia trifacial.

En efecto, en todos estos casos, lo más probable es que o el enfermo empeore o continúe sufriendo de su mal. Aquí si es necesario escoger el caso, es preciso seleccionarlo, pues de otro modo inútilmente expondremos al enfermo a una operación seria y no exenta de peligros, por tanto.

Es necesario por el contrario, una vez cumplido este primer precepto, el proponer al paciente la única operación que podrá proporcionarle alivio rápido y definitivo a su mal, siempre que sea técnicamente ejecutada, es decir, que resulte una verdadera neurotoma retro-gasseriana. No debemos entretenerles con ti clásico método de las inyecciones alcoholizadas o de otra naturaleza, ya que resultan inútiles y peligrosas; no hemos de aconsejarles tampoco la *neurologías periféricas*, que no le ocasionaran más que nuevas

molestias, y muy poco alivio y de carácter temporal este, en caso que así suceda. En una palabra, todos estos métodos en los casos de neuralgia trigeminal, neta, verdadera, resultan ilusorios y no merecen que sean citados sino en el capítulo de la *historia* de la neuralgia trifacial.

La operación de elección por lo tanto, será la neurotomía retro-gasseriana. Ahora bien, el nombre de la operación ya implica el calibre de la misma. Yo no soy de Jos que creo que es una operación inocua, antes bien, la considero peligrosa, seria, pues basta recordar la anatomía del ganglio de Gasser, las relaciones que el mismo afecta con las formaciones anatómicas vecinas, y fácilmente se comprenderá que ¡a arteria carótida interna, el seno cavernoso, con todos los elementos que le atraviesan, no constituyen enemigos pequeños; no admiten en ningún instante el desprecio del cirujano que les visita. Esto desde luego si hemos de practicar la intervención que debemos, la operación tal y como su nombre implica, pues, ¡cuántas veces creemos haber realizado una neuroto-

mía retro-gasseriana, y la persistencia de los sistemas nos *denuncia* nos *acusa*, demostrándonos que no llegamos al sitio donde debíamos!, pues es conveniente saber que la intervención llevada a efecto tal como debe ser, muy difícilmente dejará de producir sus maravillosos resultados. Todo esto viene a demostrar que no es tan fácil como a primera vista parece la sección de la raíz trigeminal antes de su entrada en el ganglio de Gasser. No se olvide que para hacerlo es necesario llegar al vértice del peñasco, cerca de su borde superior, y si a ello agregamos la presencia de los senos cavernoso y petroso superior, juntamente con la profundidad de la región, es lógico pensar que no ha de resultar tan sencillo ni tan inocuo el verificar la neurotomía. Hay que estar bien familiarizado con la región, hay que ver e interpretarla fielmente, pues solo así estaremos seguros y satisfechos de hacer la sección neta y evidente; de la gruesa raíz; del trigémino antes de su abordaje al ganglio.

Hechas estas consideraciones generales voy a permitirme expo-

ner una técnica personal sobre esta operación que, en realidad no difiere de las hasta aquí descritas más que en algunos pequeños detalles basados e inferidos de mis investigaciones en el cadáver, y que a mi juicio pueden contribuir un tanto a disminuir el riesgo operatorio de la misma. Por lo demás, he podido realizarla en el vivo con verdadero éxito.

PRIMERTIEMPO. *Incisión.* Práctico la incisión de Percival Bailey, ayudante del profesor Cushing y que muy eficazmente recomiendo, ya que evita los filetes del facial, y resulta de una gran estética. Tiene origen en el punto de unión de la raíz longitudinal del zigoma con el reborde auricular anterior; se eleva verticalmente unos cinco o seis centímetros para incurvarse hacia arriba y adelante, lejos de la apófisis orbitaria externa.

SEGUNDO TIEMPO. *Descubrimiento del plano óseo,* previa disociación del plano músculo-aponeurótico temporal. Se coloca un buen separador que aísla perfectamente los dos segmentos disociados asegurando una hemostasia perfecta.

TERCER TIEMPO. *Trepanación,* con la fresa y agrandada a la pin-

za gubia. Este tiempo es muy importante, pues de él depende en gran parte el mejor acceso a la región. Es preciso, llevar la sección del hueso hasta el ras del zigoma, para poner bien a la vista la base del cráneo, complementando la sección extirpando la porción de escama que corona la mastoide.

Procediendo de este modo la brecha ósea así creada nos conduce directamente a la cara anterosuperior del peñasco, a mi juicio el mejor reparo que nos ha de conducir fácilmente al ganglio.

CUARTO TIEMPO. *Decolamiento de la duramadre.* Con un trozo de algodón humedecido en suero bien caliente iniciamos el decolamiento, teniendo muy presente que este tiempo debe ser muy lento y conducido con la mayor paciencia, pues exige gran calma por parte del cirujano. Una vez vencidas las primeras dificultades nos vamos a encontrar con otra, cual es la presencia de la arteria meníngea media. Entiendo que prosiguiendo nuestro decolamiento en dirección al borde superior del peñasco en alguna ocasión (como yo tuve recientemente oportunidad de hacerlo) se logra hasta evitarla. Caso contrario, no me alar-

ma mucho su herida, ya que con un taponamiento con cera fácilmente se detiene la **hemorragia**.

Entonces se reconoce por delante de ella el tronco del maxilar **inferior, que constituye** el punió de **reparo clásico, pero** yo pienso que si continuamos el decolamiento sobre la cara antero-superior del peñasco llegará el **momento** en que el ganglio mismo aparecerá, pues -siendo él la única formación anatómica a ese nivel (en el vértice del peñasco) será fácil identificarlo, así **como** el sitio correspondiente a la raíz.

En es/os momentos, se procede a la abertura del Cavum de Meckel, cuidando de hacerlo al ras de su borde inferior, aprovechando que allí es donde las *adherencias* son *más laxas* entre el **ganglio** y las paredes de su celda. Recordando ahora la anatomía de la raíz **trigémica**), veremos que al pasar esta de la protuberancia al ganglio de Gasser lo hace por un ancho orificio formado a expensas del borde superior **del** peñasco y el seno petroso superior, contenido en la duramadre. Pues bien, aprovechando esta **disposición**, conociendo así que la raíz queda *completamente libre* dentro del orificio descrito, podemos engarzarla, movilizarla, tirando de ella hacia adelante y afuera. Con ello *pegamos*- la protuberancia al peñasco, alongamos en algunos milímetros la raíz, y podemos realizar su sección bienal ras de la protuberancia, sin peligro alguno, ya que al tirar hacia delante huímos del

seno petroso, que permanece posterior, y **dirigiéndola** hacia fuera nos separamos del seno cavernoso, que está por dentro. Ello nos permite inclusive, y tal hicimos en nuestro último caso, el **realizar una verdadera neurectomia-gasseriana, yuxta protuberancial**. Está demás el comentar el **resultado** que se **ha de obtener** con la intervención.

Un punto que deseo hacer bien evidente es **el referente** ala gran dificultad que se encuentra al pretender respetar **sistemáticamente** la raíz motriz. Creo resulta poco menos que ilusorio, pues ciertamente es casi imposible el evitar sea incluida en la sección, dadas sus estrechas relaciones con la **gruesa** raíz, de cuyas relaciones **participa** en lo absoluto, y en una región donde se trabaja con **dificultad**, poca seguridad se nos ofreciera la conservación anatómica de la misma.

Por todo lo expuesto, se infiere que la *neurotomía retro-gasseriana* ha venido a ocupar definitivamente **el más alto** lugar en el tratamiento de la neuralgia del trigémino, siempre que vaya acompañada o precedida de un diagnóstico firme, y que sea realizada en todas sus **partea**.

Nosotros la calificamos de operación seria, y no exenta de peligros. Y es por ello que hemos ensayado estos pequeños detalles de técnica, que recomendamos poner en práctica, ya que en nuestras manos nos ha **facilitado** bastante la labor, reduciendo en lo que cabe los naturales peligros de la región.

Insuficiencia suprarrenal primaria y secundaria

G. Marañón (Rev. Franc. d'Endocr , 6:2677, No 4 Agosto, 1928)

En los **últimos años** pasadas, el autor ha estudiado un cierto número de casos de **insuficiencia** suprarrenal. El número de observaciones hasta la fecha asciende a 132, y dentro del periodo de los años 1126 a 27, ha tenido en sus **clínicas** 21 casos de **enfermedad** de Addison.

En una gran mayoría de los casos, esta enfermedad **ataca a individuos de una constitución** definida y debida casi exclusivamente a la tuberculosis. Hasta la fecha no queda **duda** que la constitución es debida en gran parte a factores endocrinos. Todos los autores, incluyendo a Marañón, han insistido sobre et hecho de que, en **un** gran número de casos de esta enfermedad, fue encontrado un estado preliminar idéntico en los pacientes. La existencia o la ausencia de este estado constitucional forma la base de la **división de la enfermedad, por el autor, en dos grupos, primaria y secundaria**. Este estado constitucional es caracterizado por una hipoplasia generalizada, con tendencia, a veces muy marcada, al infantilismo, y combinado con características del estado linfático o tímico-**linfático**. El autor acredita que el estado **hipoplástico** es

más frecuente entre las razas meridionales. La frecuencia de la constitución **hipoplástica**, del melanoderma fisiológico, de la tuberculosis, constituyen todas un conjunto de explicaciones de la prevalencia de los estados Addison . en los países meridionales, y entre ellos, en España.

Los casos primarios de insuficiencia suprarrenal serían aquellos en los que **la** infección—tuberculosis—atacase a un individuo sufriendo de dicha predisposición constitucional, y que se **localizase** primariamente en las glándulas suprarrenales. Los casos secundarios serían aquellos en los que la tuberculosis acometiese a un individuo sin predisposición hipoplástica, por lo menos marcada. La infección atacaría entonces primariamente en otro órgano, como pulmones, huesos, etc.—no las suprarrenales —extendiéndose entonces, secundariamente, a las suprarrenales.

El autor resume estas explicaciones en la forma siguiente:

Casos Primarios: Constitución hipoplástica. Ausencia de **localizaciones tuberculosas** anteriores.

Predilección para el sexo femenino.

Preferencia para las edades de 25 a 35 años.

Infección de la glándula por vía sanguínea.

Bilateralidad de las lesiones, casi sin excepción.

Predominancia inicial de las lesiones en la región medular.

Ligero melanoderma, en cuanto a la intensidad de otros síntomas.

Marcha general aguda (**pronóstico** muy grave).

Casos Secundarios:

Constitución normal o de otro tipo patológico, no hipo plástico.

Presencia de otras localizaciones tuberculosas.

Sexo indiferente.

Edad indiferente.

Infección de la glándula por contigüidad de las lesiones.

Frecuencia de lesiones unilaterales.

Predominancia o principio de lesiones de la región cortical.

Grande melanoderma, respecto a los otros síntomas.

Marcha más lenta (pronóstico menos grave).

Posibilidad del tratamiento quirúrgico.

En los casos primarios de la enfermedad de Addison la marcha del proceso es, por lo general, más rápida que en los casos secundarios y por lo tanto el pronóstico es más serio en los primeros.

El pronóstico no depende de la intensidad del síntoma más notable: la melanoderma. Sin embargo, está íntimamente ligado con otro de los síntomas fundamentales del proceso, la tensión arterial. Cada paciente Addisoniano, cuya tensión máxima no llegue a 10, está en un serio peligro, y la muerte está inevitablemente cerca, cuando llega el período en que el pulso deja de sentirse.

Esta hipotensión ocurre temprano en los casos primarios.

malina.—Es un cuerpo gaceoso a la temperatura ordinaria.

El paraformaldeido es un cuerpo blanco untuoso al tacto, soluble en agua y en alcohol.

La solución de formol o formalina del comercio contiene 40 por 100 de aldeido fórmico. La experiencia ha demostrado que los vapores destruyen 3os microbios y los esporos. Tiene una densidad sensiblemente igual a la del aire y son más difusibles que los vapores del anhido sulfuroso.

Para aplicarlo se cierran las puertas y los agujeros. Las personas no pueden permanecer adentro porque los vapores son penetrantes e irritan las mucosas. La vaporización se hace por medio de aparatos. Las soluciones de formalina se consideran superiores a las de sublimado. Una solución de formalina al 1 por 100 mata todos los microbios patógenos en una hora y desodoriza las materias fecales; y al 10 por 100 las esteriliza en 10 minutos.

AGENTES FÍSICOS

El calor es el agente físico que tiene una extensa aplicación prác-

tica y una gran eficacia en la destrucción de los gérmenes infecciosos.

Son varios los procedimientos de esterilización por el calor: ebullición: baño de María, pasteurización, tindalización, vapor de agua bajo presión, incineración, etc.

Casi todos los esporos mueren a una temperatura de 100°. Algunos autores afirman que hay microbios que resisten esta temperatura, lo mismo que los esporos,

Todos los objetos susceptibles de desinfectar por el agua caliente deben permanecer en ella una o dos horas. Agregúese a el agua bicarbonato de soda o bórax.

Se desinfectan por el agua caliente: cuchillos, cucharas, tenedores, todos los objetos metálicos. Los vasos, botellas, etc., que pueden romperse por la desigualdad de temperatura, se colocan en agua fría y se hierven, y se retiran en frío.

El agua caliente no es aplicable a la desinfección de algunos muebles, colchones, en general a los tejidos que se alteran: lino lana, pieles, libros. Los tejidos de algodón sufren muy poco.

DESARTICULACIÓN INTERESCAPULO-TORACICA



M. de V. de 38 años de edad, de oficios domésticos, casada) y de esta capital, ingresó al Hospital (general, al Servicio de Cirugía de mi cargo, el 17 de junio, 1930, quejándose de un tumor del brazo izquierdo.

Historia de la enfermedad: Hace como año y medio, dice la enferma, sufrió un golpe en el **brazo** izquierdo y que desde esa fecha le aparecieron dolores lancinantes de carácter permanente. A los dos meses noto una tumoración lenticular en el tercio superior del brazo hacia su cara anterior. Esta tumoración fue creciendo rápidamente de enton-

ces para acá hasta **alcanzar** el tamaño actual.

Examen Local: Llámala atención a primera vista el **gran** volumen de una tumoración situada en el tercio superior del brazo izquierdo del tamaño de una cabeza de adulto, ovoide, piel rosada y reluciente, con placas violáceas y circulación periférica abundante; se extiende desde tres traveses de dedo arriba del codo **hasta** la articulación del hombro, abarcando toda la circunferencia del miembro, pero siendo más **prominente** hacia afuera; de consistencia desigual; blanda y dura en partes, sensación de pergamino;

signo de Estlander, tumor inmóvil y doloroso a la presión fuerte; las apófisis escarolares son invisibles; el tendón del pectoral mayor está invadido; no hay infarto ganglionar.

El brazo es movable hasta un ángulo de 45° grados, gracias al desplazamiento del omoplato, pues la articulación escapulo humeral no funciona.

Examen General: Mujer delgada, pequeñísima, anémica.

Aparatos normales.

Antecedentes sin importancia.

Reacción de Kahn negativa.

Heces: tricocéfalos.

Orina: normal.

Glóbulos Rojos: 2,888,000

Glóbulos Blancos: 7,900

KÓHMŪLA LECCOCITAKIA.

Polinucleares neutrófilos 63%

Grandes mononucleares 6%

Pequeños „ 17%

Linfocitos „ 10%

Formas de transición 4%

PLABMODHIM VIVAX

Radiografía: muestra un tumor que ha destruido el húmero en gran parte.

Diagnóstico Clínico y Radiológico. Osteosarcoma.

Operación practicada el 20 de junio.

Desarticulación interescapulo-torácica en 35 minutos.

Cicatrización por primera intención. Salió la enferma del Hospital el 8 de julio.

COMENTARIO.

Nada tiene de extraordinario el caso relatado en lo referente al

diagnóstico y tratamiento; pero sí en el resultado. Dos enfermos he perdido de "shock" operatorio: uno por desarticulación coxo-femoral y otro por desarticulación escapulo humeral.

En el presente caso solo hice la desarticulación esternoclavicular extirpando en un solo bloque húmero, omoplato y clavícula.

Prevenido por los fracasos anteriores, hice poner al enfermo 500 gramos de suero fisiológico por la vía endovenosa, una inyección de aceite alcanforado y una de caféina. Dos horas después de operada la enferma despertaba sintiéndose bien. Los dos días subsiguientes tuvo elevaciones fuertes de temperatura; sospechamos paludismo y fue comprobado por el hallazgo del plasmodium vivax y por haber cedido a la quinina.

Al punto de vista local la enferma manifestaba estar perfectamente bien. Así estuvo hasta la salida del Hospital 21 días después del ingreso.

Publico este caso para mostrar mi convicción de que, a pesar del miserable estado de la enferma, de la intervención brutal y fuerte "shock" operatorio, la amputación interés cápulo-torácica es una operación benigna que puede dar, cuando no están invadidas las masas musculares escapulares y pectorales, como en el caso referido, un éxito lejano de 50%.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, Julio, 1930.

El reumatismo de origen dentario

Por el doctor Mathieu-Pierre Weil.
Médico de los Hospitales de París

Entre las múltiples causas de las afecciones reumáticas, las afecciones dentarias ocupan uno de los lugares principales.

Aun cuando es verdad que no son tan frecuentes como lo quieren ciertos autores del otro lado de la Mancha, sin embargo es particularmente importante conocer esta etiología a causa de las sanciones terapéuticas que se imponen y que, solo ellas y de manera rápida pueden proporcionar éxito. Benjamín Rush, en 1819, habla por la primera vez de un reumatismo de origen dentario.

Es verdad que aquí y allá en la literatura médica anterior a Rush se encuentran observaciones que parecen demostrar que estas relaciones no habían pasado del todo inadvertidas a los autores antiguos. En Hipócrates se encuentra la observación de dos enfermos en quienes las manifestaciones reumáticas se curaron con cuidados dentarios. Pero para decir verdad es menester llegar a Chaisaígnac (1859), Richet (1865), para ver acusar la septicidad bucal como causa de afecciones reumáticas; Galippe y los hermanos Tellier insisten en esto a fines del

siglo pasado. Pero a quien debemos la noción, hoy clásica en los países de lengua **inglesa**, sobre la infección focal es a **Billings** (de Chicago), a Goldthwaite y **Rosenow**. En Francia, Frei, Rous-seau-Decelle, Weton (tesis 1923), Ruppe, Lebedingski, Mendel, Lagrande. Fargin, Fayolle, Nidergang, Peire, etc., se empeñan en estudiar este problema; en el extranjero, Buckley, Wilcox, Singer, Chvostek, etc.

La frecuencia de las infecciones focales en materia de reumatismo fue a su vez diversamente apreciada. Es de un 35% para A. Bassler, 50% para Pemberton, según Gwerman, el tercio o la mitad de los casos de artritis reumática serían debidos a un foco de infección; el porcentaje sería más elevado en casos de osteoartritis. Según Biilinger, Coleman y Hibbs, corresponderían 386 casos sobre 411 enfermos estudiados; según Buckley, se observarían en un 95% de los casos; según Wilcox, el gonococo no intervendría en materia de artritis crónicas sino en el cinco % de los casos solamente; todos los otros serían debidos a un proceso de «infección focal».

El foco de infección puede estar localizado en, no importa en que punto del cuerpo; amígdalas, dientes faríngeos, seno maxilar, frontal o esfenoidal (este último merece **especial** atención durante el examen), **próstata**, **vesículas** seminales, apéndice, **estómago**, intestino, vesícula biliar, ovario y sus anexos, epiplón, etc. La infección intestinal sería particularmente frecuente, siendo ella misma la consecuencia de **lesiones dentarias** o faríngeas. Los clínicos ingleses piensan **delatarlas cuando** encuentran estreptococo en las **materias** fecales, según **Rutch**, se trataría de un estreptococo de **largas cadenas** que normalmente **faltarían** en el contenido **intestinal**. Más excepcionalmente la inflamación inicial podría residir en lesiones ulcerosas de la **piel** (**Shittenholm**, **Sehlecht**, **Taylor**).

Así pues, el punto de partida de la infección puede estar en no importa en **que región** del cuerpo. Sin embargo, en la práctica, es en los dientes y en las amígdalas que se observa más comúnmente y en donde importa buscarlo.

Según **Wilcox**, el punto de partida de la infección reside 10 veces sobre 100 en la región amigdalina, 12 veces en el intestino, 72 veces en los dientes; el origen buco-faríngeo se observaría el 95 % de los casos **según** Buckley. Los dientes y las encías serían pues en muchos **casos** la causa más **frecuente de la infección**. Sin embargo, **Lillie** y **Lyons** consideran que las amígdalas son responsables de las artritis, por lo menos, en el 79% de los casos. **Pemberton**, sobre una serie de 700 casos, **estima** que el foco principal de la **infección** se encuentra en las amígdalas en el 52% de los casos, y en los **dientes** y las encías en el **33%** de los casos. Según **Cecil** y **Archer**, dientes y amígdalas serían la causa un 94% de los casos de reumatismo; las **amígdalas** intervendrían en un 61% de los casos, y los dientes en un **33%**.

La lesión **dentaria** más frecuente consiste en granulomas apicales y en piorrea alveolodentaria; pero puede tratarse también de pulpitis, de abscesos apicales, de dientes de prótesis, de dientes envuel-

tos disimulados bajo una cápsula de oro. De donde la utilidad de practicar sistemáticamente la radiografía de los dientes y de los senos. Pero esta misma puede ser suficiente; la punta de la raíz de un diente puede dar cultivos de microbios virulentos sin observar e ninguna legión microscópica (Munro)' El foco infeccioso puede estar en los maxilares sin dientes 290 casos, Fusterman encuentra 129 casos o sean un 45% , una raíz persistente o un pequeño foco aséptico al cual no duda en atribuir el reumatismo. Timbrell Fischer opone las consecuencias de la piorrea a las de la infección apical: la primera, que tiene tendencia a drenar hacia la cavidad bucal, sería casi siempre generadora de acolia, de infección secundaria del intestino, de la vesícula biliar, del apéndice; lo contrario pasa con bis infecciones apicales que tienen irás tendencia a pasar directamente a la circulación general. Sin embargo, en el extrajera, ciertas voces discordantes comienzan a hacerse oír. Burray Ray escribe que el papel representado por las enfermedades de loa dientes ha sido, desgraciadamente, muy exagerado; la extracción en conjunto y hecha .sin discriminación, de los dientes en los reuma-tismales, es superflua e inútil. Un gran número de estas infecciones llamadas apicales están cerradas y desde el punto de vista practico no son el sitio de ninguna reabsorción».

Desde 1921, Llewellyn Jones dirige severas críticas a la doctrina del origenbucal del reumatimo. Gudzent, en su libro reciente, dice haber hecho quitar las amígdalas a un gran número de enfermos de reumatismo y que los resultados no han respondido a lo que se esperaba; sobre 24 enfermos examinados con cuidado, que presentaban manifestaciones de reumatismo y una angina purulenta, cinco solamente retiraron beneficio manifiesto de esta operación : en estos casos se trataba de enfermos subfebriles y de reu-matismo sub-agudos, y existían en las amigdales verdaderos focos purulentos: en todo caso, Gud-zent jamás obtuvo resultado en los sujetos atacados de poliartritis crónica, progresivas, primitivas, de evolución apiretica y sin ataques sub-agudos. Holsti declara que, en el hombre sano, las amígdalas, son en cierta manera, regular y normalmente el sitio de ligeras inflamaciones crónicas. Pero, según el autor, sí la angina precede a los reumatismos agudos en el 71,4% délos casos, no precede a los reumatismos recidivantes sino en el 43, 7% y a los reumatismos crónicos en el 22,2 % solamente. Por otra parte, la angina lacunar persiste, en general, después de la curación del proceso articular; rara vez la evolución es inversa. Entre el pro-ceso amigdaliano y el proceso articular no seria sino uno de los síntomas de la enfermedad articular, que ella sea aguda, recidivante o crónica

Tauberg hace notar que en su estadística, que tiene sobre 76 casos de reumatismos agudos, 63 de reumatismos secundarios y 257 de **poliartritis** crónicas primitivas, el 79% de los enfermos eran mujeres ;por lo demás la edad no es indiferente, este autor nota, como ya lo había visto Charcot, dos edades en las cuales son mis frecuentes las manifestaciones reumatismales: la una entre los 20 y 30 años, la otra entre los 40 y 50 años. Esta estadística, dice el, no es favorable a la noción de infección.

Cassidy considera la artritis reumatoide como una entidad clínica, una enfermedad particular que pertenece enteramente a las mujeres, a las cuales ataca en los períodos iniciales de la vida. No es común, dice, encontrar un foco séptico en estos casos: los líquidos articulares son estériles como la **sinovial** de muchos sujetos en los cuales ha tomado fragmentos durante la vida. No es sino en un caso sobre cincuenta que ha podido encontrar un estreptococo; aunque los cultivos fueron hechos en medio **aerobios y anaerobios**, piensa que en este caso hubo una contaminación por la piel. El au-

tor no cree que la artritis reumatoide sea de origen infeccioso, pero piensa que se trata de alteraciones metabólicas.

Según Jones Llewellyn igualmente, la artritis reumatoide no sería de origen infeccioso. Su frecuencia va a la par, en los diferentes países, con el bocio endémico exoftálmico. Este autor insiste sobre la frecuencia, en estos enfermos, de alteraciones vasomotoras de tipo de la enfermedad de Raynaud.

En múltiples trabajos hemos insistido sobre la multiplicidad de causas de las manifestaciones reumatismales para que sea posible no tener en cuenta nuestra opinión. En la inmensa mayoría de casos, el reumatismo manifiesta causas diferentes a la infección; en la inmensa mayoría de casos está ligado a alteraciones distroóficas y endocríneas. Sin embargo la existencia de artritis debidas a infecciones focales no puede ser discutida. Pero las observaciones explícitas y completas son raras.

Las más típicas son las siguientes: Rousseau-Decelle refiere la observación de un enfermo de reumatismo crónico en el cual la extracción de los dientes cariados determinó la curación.

Juan Troisier ha publicado la observación de una mujer de 57 años en la cual las crisis de reumatismo venían casi siempre después de una sesión en el consultorio del dentista para la extracción u obturación de una pieza o evolucionaban paralelamente aun absceso dentario terminado por la evacuación del pus.

Santón y Debertrant han referido, hace ya bastante tiempo la observación de un hombre que presento, a la vez un adenoflegmon submaxilar y artritis múltiples, después una colección purulenta que abierta curó todo: los accidentes. Billing ha publicado la observación de cinco enfermos en los que el tratamiento faringo dentario determinó la curación de un reumatismo que había resistido a todos los otros tratamientos.

Marañón refiere la observación de un enfermo que se movía con dificultad debido a importantes artritis de la rodilla y del raquis, y que se paseaba ocho días después de un tratamiento dentario. Según este autor, conviene pensar en un reumatismo de origen dentario cuando existen lesiones dentarias supurativas y que el enfermo tiene tendencia a establecer una filiación entre los accidentes articulares y dentarios. Se verá, frecuentemente, en tal caso, ataques febriles, a veces premonitores y un "estado de aspecto **infeccioso**.

Thésee refiere la observación de un enfermo en el cual las crisis de reumatismo aparecían cuando se

detenía una evacuación purulenta de la encía. Desde que el curso de secreción purulenta se restablecía los accidentes articulares desaparecían.

Duelos comunica la observación de un enfermo que presentaba después de **mucho tiempo accesos** repetidos de lumbago rebelde a todas las terapéuticas, y en el cual la curación definitiva (9 años) siguió al raspado de **un foco oseoperiapical después de la extracción** de un diente infectado.

Nosotros mismos **hemos tenido ocasión** de ver en estos últimos años un cierto número de casos indiscutibles de reumatismo de origen focal. En muchos **de estos** casos se trataba de **focos dentarios**.

En un hombre de 50 años que vino a consultarnos por un reumatismo grave, que apareció **bruscamente**, dos meses antes, acompañado de fenómenos agudos y **que** le impedía todo trabajo; solo la infección dentaria pudo ser considerada como la causa de su reumatismo; a la **extracción** de los dientes enfermos curó este hombre como por encanto.

Con Weissmann, Netter y Oumansky, hemos referido a la Sociedad médica de los **hospitales** la observación de una mujer de 48 años, largo tiempo **estudiada en** el servicio del profesor **Bezancon** y que curó instantáneamente con la extracción de los dientes infectados.

Recientemente, he visto un hombro de unos cuarenta años, que presentaba desde hacía **va-**

ríos meses un estado agudo que recordaba la enfermedad de **Bouillaud**. El salicilato de soda administrado a dosis de 12 Y 16 gramos por día no dio sino una mínima tregua.

Un diente sospechoso fue encontrado después de un **examen sistemático y sin** embargo se dudo en intervenir, 15 días después se presentaba una crisis de **supuración** peridentaria que obligó a **la extracción** inmediata del diente y que fue seguida de la atenuación **rápida** y de la **curación** de los **fenómenos articulares**.

En otro caso, en una **mujer de unos sesenta** años que era víctima de una crisis de un reumatismo generalizado, que se había vuelto importante y grave, y que hacía dos meses la tenía inmovilizada en su cama, la supresión de unos raigones incluidos, produjo la desaparición **inmediata** de las mani-

festaciones dolorosas y fue el punto de partida de un retorno rápido de la salud.

Estas observaciones, entre otras muestran todo el interés de la cuestión.

Cierto, no es preciso atribuirá la infección dentaria un papel desmedido que no tiene. En materia de determinaciones reumatismales es un error el querer buscar en los dientes la causa de reumatismo, y locura como lo hacen en ciertos países el extraer los dientes, **sistemáticamente**, a los **enfermos** de reumatismo. Pero si importa no caer en esta **exageración**, es preciso, igualmente, evitar el peligro contrario. Es un error grave el no pensar sistemamente en la infección dentaria en presencia de **todo reumatismo**. El desconocimiento de esta causa lleva diariamente a graves errores terapéuticos.

GINECOLOGÍA

P. Grandperrin Cirujía Conservadora y Diatermia
en el Tratamiento de las Salpingitis. (Tesis
doctoral, París 1929, 85 páginas)-

La salpingitis, es una de las afecciones más frecuentes que el cirujano tiene que tratar. Es también una de las más difíciles y **más delicadas**, provocando uno de los **problemas sociales de más difícil** solución. Existen en **práctica** dos categorías de tratamientos; un tratamiento médico puro y un tratamiento quirúrgico; este **último** va casi siempre precedido **del tratamiento** médico.

El tratamiento médico se aplica especialmente, a ciertas formas ligeras y recientes. Es largo, dura meses e incluso años, necesitando el reposo en cama prolongado, hielo al vientre, inyecciones vaginales calientes y numerosas, **curas** en balnearios, no pueden prevenirse las recidivas y con frecuencia, enfermas que han sufrido un tratamiento médico prolongado, se ven obligadas al final a recurrir a un cirujano, Adornas es un tratamiento que por causa de su duración y las precauciones **que** necesita, no pueden seguirlo que las clases privilegiadas. Por lo tanto, es prácticamente inaplicable a las enfermas que están obligadas a trabajar.

Frente a este tratamiento mé-

dico puro, en el cual las indicaciones son muy limitadas, está el **tratamiento** quirúrgico; este puede ser radical o conservador.

I. El tratamiento radical consiste en la ablación completa, es decir la histerectomía sub-total o total; según la extensión de las lesiones o la preferencia del operador. Es el único tratamiento aplicable a las formas bilaterales graves, «a por su antigüedad, sea por repetición de crisis que vengán a agravar, cada vez más las lesiones existentes o ya por su forma ana tomo-patológica particular; es el tratamiento que debe aplicarse a las enfermas que se aproximan a la menopausia o que han tenido numerosos embarazos. Este tratamiento, además que ofrece muchas dificultades operatorias y a menudo considerables, presenta numerosos inconvenientes; como en ciertas formas de salpingitis menos graves donde uno de los lados parece menos atacado y en el que la castración total parece una operación demasiado completa; también en las mujeres todavía jóvenes, que a pesar de todo tienen la esperanza de un embarazo y también en

aquellas en que se teme la **aparición** de una menopausia anticipada,

2. Por todas estas razones, y después de muchos años, las ideas de conservación en el tratamiento quirúrgico, han ganado muchos adeptos. Numerosos autores creen, que es necesario conservar hasta los extremos de la posibilidad, sin comprometer en nada el pronóstico. Hoy día se hacen numerosas técnicas conservadoras: **ablación** unilateral de los anexos, operaciones plásticas en las trompas, salpingostomía, o salpingotomía, histerectomía con conservación de un ovario. Estas diversas operaciones, sean cuales sean, necesitan el concurso de un tratamiento médico importante y tampoco pueden dirigirse más que a clases privilegiadas en la escala social. Y aún en estos casos, son frecuentes los fracasos; dolores persistentes, anexitis del lado no extirpado, trastornos ováricos poco atenuados. Todos estos trastornos provocan, tarde o temprano, una segunda intervención, que será entonces la castración total que antes se quiso evitar. El cirujano dispone de una te-

rapéutica de fácil institución; la diatermia, que reemplaza algunas veces y otras facilita el acto quirúrgico. Debe intentarse siempre, hasta convencerse de su ineficacia o insuficiencia.

Sabemos que la diatermia es la utilización terapéutica de los efectos calorígenos de las corrientes de alta frecuencia.

Su acción es múltiple; en primer lugar actúa sobre la leucocitosis, reemplazando los viejos polinucleares, por otros jóvenes y luego por polinucleares adultos: las pérdidas blancas, al principio del tratamiento exageradas, desaparecen rápidamente. Produce una sobreactividad de las células, traducida a nivel del fuero uterino por la desaparición de las ulceraciones dejando una mucosa normal. Tiene una acción bactericida manifiesta sobre los microbios, especialmente sobre el gonococo, menos atenuada sobre el estafilococo, estreptococo y mucho menos desgraciadamente sobre el colibacilo, tan frecuentemente asociado al gonococo en las afecciones genitales. La diatermia tiene una acción anestésica y rápida por inhibición de los nervios sensitivos,

también tiene una acción muy importante para el cirujano, la acción fibrolisante que produce la reabsorción de los exudados inflamatorios, la regresión de las hiperplasias locales del tejido conjuntivo, destruyendo por consecuencia las adherencias periúterinas, sobre todo si la afección no es muy antigua y la esclerosis no esta muy organizada.

G. publica 17 observaciones personales en las que ha aplicado los efectos de la diatermia en salpingitis diversas ya sea por su etiología, sea por su antigüedad o por sus lesiones anatómicas. Sedemuestra, que este tratamiento pueda ser suficiente para las formas ligeras, en las infecciones y en casos de primera crisis. En la mayor parte de los casos todo vuelve a la normalidad, con un tratamiento de 3 semanas, a condición que la

enferma observe las reglas de conducta que le han sido indicadas.

En los otros casos es un coadyuvante del tratamiento quirúrgico, facilita el acto operatorio, permite hacer una **operación** conservadora en casos en que hubiera precisado una **intervención** mas completa. Pone a la enferma en mejores condiciones operatorias; las consecuencias inmediatas se hacen favorables y en las lejanas, previene la formación de adherencias.

La eficacia del tratamiento por la diatermia es cuestión de la antigüedad de la lesión y del grado de organización de las lesiones anatómicas; pero debe intentarse siempre, 'pues bien aplicado, no da nunca lugar a ningun accidente.

Eugenio Tomás Torres.

La terapéutica del complejo sintomático gastro-cardial

Por el Prof. Dr. Roemheld

En el año 1912 he empleado yo por primera vez la **designación** "complejo sintomático gastro-cardial", la cual desde entonces ha pasado a la literatura médica alemana. Yo quería, con esta breve y concisa expresión, **caracterizar** las hasta entonces poco valoradas relaciones recíprocas entre el estomiano y el corazón, o dicho de un modo más **general**, entre **los** sistemas circulatorio y digestivo, y establecer y mostrar apoyándome sobre todo en las **observaciones rentgenológicas**, los fundamentos **orgánico** de estas correlaciones, que hacen que en muchos casos detrás de las "denominadas" neurosis cardíacas se oculten alteraciones del aparato digestivo. Para mí, son el sistema vascular y el corazón, el barómetro **donde** el clínico práctico, no el medico demasiado especializado, lee las **tormentas** funcionales u orgánicas que se desarrollan en la envidad abdominal especialmente en el cuadrante superior e izquierdo.

Bajo la denominación de complejo sintomático gastro-cardial entiendo yo todos los trastornos del aparato vascular especialmente del corazón, tanto en el sano como en el enfermo, de este órgano, que son provocados por el

aparato digestivo y en primera línea por el estómago. Estos trastornos* **son debidos ante** todo, pero no exclusivamente, al **desplazamiento** del corazón y de los grandes vasos, provocando mecánicamente por la elevación de la parte izquierda de la bóveda **diafragmáticas** (las cuales deben su origen a alteraciones variadísimas orgánicas y funcionales-"aerofagia". **Pero** además aquellos trastornos pueden proceder de influencias vísceroreflejas, de orden químico o **tóxico** hormonal ejercidas sobre el corazón por el estómago o el intestino. La cámara de aire gástrica, las acumulaciones gaseosas del colon en la parte izquierda y finalmente el meteorismo en general con elevación del diafragma, que se verifica casi siempre con más intensidad a la izquierda que a la derecha por hallarse el hígado en este lado, son la causa de desplazamientos mecánicos del corazón que finalmente se traduce en una opresión del mismo y con ello en sensaciones desagradables y en alteraciones del ritmo cardíaco, como lo observamos también en los cifo-escoliosicos. Junto a este momento mecánico encontramos al mismo tiempo la mayoría de las veces influencias visceroreflejas,

ejercidas por vía de procesos tóxicos y hormonales, en diferentes enfermedades del canal gastro-intestinal, y que procedentes del **aparato** digestivo repercuten sobre el corazón. Yo **las he** observado *mas* especialmente en estados de sillín de anacidéz, en dispepsias de fermentación con flatulencia **general**, en colitis localizadas **sobre** todo en el ángulo izquierdo del colon, en colelitiasis etc., al paso que en **ulcus o carcinomas gástricos** sólo con relativa rareza se **pueden** observar alteraciones cardíacas.

No todo corazón resulta perjudicado por una elevación unilateral del diafragma, como lo han **mostrado** ocasionalmente los casos **cada vez** más frecuentes de exéresis del frénico izquierdo realizada en las tuberculosis **pulmonares**. Ya hace años que he hecho la experiencia de inflar **intensamente e) estómago con anhídrido** carbónico, y siempre he observado que muchos hombres soportan esto sin molestia alguna, al paso que **otros** frecuentemente se quejan de **senas iones desagradables** en la región del corazón. En ambos casos se trataba, como pude demostrarlo en individuos jóvenes, de corazones que orgánicamente se hallaban en perfecto estado de salud.

Una impresionabilidad anormal de un corazón que vasomotoricamente es fácilmente excitable—y esto es lo que hoy todavía se hace valer como constituyendo la parte neurítica del cuadro morboso—es pues siempre la condición previa

de la aparición del síndrome gastro-cardial.

Estas molestias gastro-cardiales se dan sobretodo en hombres de una edad media o **avanzada**, y especialmente en pacientes de situación acomodada, que realizan pocos movimientos corporales; que no toman el tiempo suficiente para comer y que llevan **generalmente** una vida de emociones, Las alteraciones cardíacas **dispeptógenas** se presentan en los hombres sobre todo en los años en los que se osifican los cartílagos costales y en los que **el** tórax se hace más rígido. Puesto que el sexo masculino está menos habituado a la respiración costal, cualquier alteración de la respiración abdominal provocada por la cámara de aire gástrica o por cualquier **causa que** modifique la elevación del diafragma, se siente tanto más **desagradablemente** en los años en los que la respiración costal, de por sí poco ejercida, se halla aún dificultada por **la** rigidez torácica.

La mayoría de **los** pacientes con el complejo sintomático gastro-cardial, no hacen la impresión de enfermos graves. No se sienten ellos mismos sin embargo completamente sanos, se quejan siempre de molestias en el lado izquierdo, y suelen ser prontamente tratados como hipocóndricos nerviosos, o como enfermos orgánicos del corazón. Naturalmente que las molestias digestivas, la situación elevada de la parte izquierda del diafragma, la opresión del corazón, pueden jugar un gran papel en los

enfermos cardíacos orgánicos, El **es** 6 mago inquieto con sus estados variables de repleción, resulta una vecindad desagradable para cualquiera; pero ésta puede llegar a ser mucho más incómoda para **los** hombres con corazón enfermo.

Consideremos por de pronto las molestias gastro-cardiales en los individuos de corazón sano. Quiero advertir que a parte del cuadro clásico, bien caracterizado, que voy a describir, existen naturalmente formas rudimentarias y leves, que no muestran todos estos síntomas. Y son éstos precisamente los casos interesantes para el práctico. Respecto a la frecuencia del complejo sintomático **gastro-cardial**, citaremos un dato de Von **Romberg** que dice, que de 433 enfermos que acudieron a su consulta con molestias cardíacas encontró 44 que lo presentaban. **Nuestros** enfermos se quejan subjetivamente sobre todo, de una opresión sorda y **dolorosa** que se hace más fuerte después de las comidas, localizada en los arcos costales izquierdos, la cual puede aumentar hasta constituir molestias

anginoides con irradiaciones hacia el brazo izquierdo, y junto a ello se quejan de opresión por **detrás** del esternón como en la verdadera angina de pecho. Estas molestias se hacen más apreciables, después de la ingestión de alimentos flatulentos, cuya elección de la variable para cada individuo, depende del quimismo y del poder digestivo gástrico y que pare cara eterizan por su riqueza en hidratos de carbono y en celulosa. A estos se añade una sensación de respiración atenuada, de no poder **respirar** bien, de rigidez respiratoria. La excitación del vago a causa de la tensión anormal **del** estómago (pneumatosis gástrica **produce** **bradicardia** y extrasistoles, que resultan tanto más desagradables para los enfermos, cuanto que, a consecuencia de su excitabilidad nerviosa la sienten o la oyen echándose sobre el lado. Frecuentemente se presentan por el contrario ataques de taquicardia, que la misma extrasistolia puede producir, sensaciones **de vértigo**, de desmayo, producidos de un lado por acodamiento del

cardias, o de los grandes vasos del torax de otro, y a sensaciones secundarias de miedo brotadas sobre la base de un terreno neurosico que pueden llegar a aumentar o producir miedo a morir. Su es muy decaído, sienten malestar, náuseas, eructos continuados, etc., es decir un cuadro morboso que en oca-siones hace pensar en el complejo sintomático de Adam-Stokes, y que llega a adquirir un carácter amenazador, pero que desaparece inmediata-mente cuanto se suprime la colección aérea subdiafragmática izquierda, sea colocándose sobre el lado izquierdo con lo que el aire escapa al intestino a través del piloro situado arriba, sea mediante el sondaje gástrico, o sea administrando un vomitivo o un purgante.

Objetivamente se encuentra en el enfermo en ayunas y ordinariamente, un estado normal del aparato circulatorio. En plena digestión, el golpe de punta del corazón se halla desplazado hacia arriba y hacia afuera, la percusión en el espacio de Traube muestra a menudo sonido timpánico hasta por encima de la tetilla izquierda, y una disminución del sonido por debajo de la clavícula y especialmente a la izquierda, debido al desplazamiento hacia, arriba del corazón y una atelectasia relativa de la parte del pulmón superior e izquierda. El corazón parece situado transversalmente; esto se hace todavía más claro en la investigación montgenoligica, que muestra

frecuentemente una colección aérea excesiva, por debajo del diafragma izquierdo, lo cual hace que la punta del corazón se halle fuertemente levantada, y la desplazada en la dirección hacia arriba y derecha, con lo cual su parte ascendente parece obovedada hacia la derecha; un cuadro que nosotros encontramos siempre fijado en las esclerosisaórticas.

Los enfermos respiran sólo muy superficialmente, y casi sólo costal tienen todas las molestias dispépticas posibles, y se hallan psíquicamente deprimirlos a consecuencia de un juicio sobre ellos equivocado la mayoría de las veces, y de un falso tratamiento, pierden por completo la confianza en su corazón, se mueven poco con lo cual de un lado dificultan la salida de sus gases intestinales, y de otro sobre todo si se trata de polípagos a nacidos y a consecuencia de una hiperomotilidad gástrica y de una pseudotebilidad cardíaca, toman excesivo alimento, se hacen cada vez más gruesos y más inmóviles y pierden ante todo la verdadera técnica respiratoria y la extrasistolia, así como las sensaciones desagradables del interior del tórax. Como por otra parte los eructos alivian a estos enfermos, ellos los provocan y tragan aire, reproduciéndose un círculo vicioso del que el enfermo no saldrá más, si el médico conoedor de este sintomatología no lo saca.

De lo dicho se deduce que toda la terapéutica de las molestias gastro-cardiales debe basarse en el

conocimiento de la causa del acúmulo **subfrénico** de aire, y tratar de suprimirlo, especialmente el del lado izquierdo. Así se luchará también del mejor modo contra las causas tóxicas y víscerofiejas de las molestias cardíacas dispeptógenas.

Conocemos tres causas de tales acumulaciones de aire:

1. la aerofagia, esto es la deglución involuntaria **o también** voluntaria de aire, que tiene lugar **especialmente** en los neurasténicos, cuando se come apresuradamente, en personas de vida agitada, y que más tarde puede llegar a hacerse un hábito, sobre todo si el enfermo busca aliviar sus desagradables sensaciones de la región cardíaca, tragando aire, bostezando o eructando;

2. la reabsorción defectuosa de los gases gastrointestinales, y el retardo de su evacuación. Causa de ello son ordinariamente la elevación del tono del vago, o variaciones anatómicas, como estenosis a la salida del **estomago**, adherencias, **acodamientos**;

3. aumento en la formación de **gases**, en el tubo gastrointestinal, ocasionada por fermentaciones

anormales o por productos de descomposición, a consecuencia de una alimentación inadecuada motivada por alteraciones del **quimismo** gástrico.

Cuando tras una rigurosa investigación se ha llegado a establecer **la** causa especial de la colección gaseosa subdiafragmática—no es raro que se combinen diferentes motivos—, entonces se puede empezar con el tratamiento, el cual debe dirigirse:

1. al estado general y a la *psiquis* del enfermo,
2. al aparato digestivo (terapia dietético—medicamentosa),
3. al diafragma (medidas físicas y técnica respiratoria).

Aceptamos para empezar el caso de un enfermo con molestias gastro-cardíacas y corazón sano.

Ad 1. En la terapéutica de los enfermos de que tratamos ahí se suelen hacer dos faltas. O bien se trata al enfermo como "puramente nervioso", y se le invita como tratamiento en cierto modo moral, a olvidar sus molestias cardíacas, o se le considera como un arteriosclerótico en comienzo, alimentándolo con régimen predo-

minantemente vegetariano, y administrándole yodo y digital. Cuando se trata de un verdadero paciente de neurosis gastro-cardial ambos modos de proceder son igualmente desacertados. En el primer caso se considera el enfermo mal comprendido, está descontento, y fácilmente acaba poniéndose en manos del charlatán. En el segundo caso el estado de tensión se agrava, aumentan la extrasistolia y las molestias dispépticas, y bajo la auto-sugestión de padecer cíe una enfermedad orgánica grave del corazón aumenta la depresión de su humor, con lo cual a su vez queda desfavorablemente influenciado su estado corporal. Yo considero como muy importante tranquilizar al enfermo, el cual se halla en la mayor parte de los casos, muy preocupado y temeroso a causa de su corazón. De un lado se les debe convencer de la buena capacidad funcional de su corazón, y de otro se les debe explicar que la causa de BUS molestias cardíacas está en alteraciones dispépticas. El enfermo agradece que se le libre de su miedo por el corazón y de que se desvíe su atención hacia un terreno más neutral y para él menos peligroso, consiguiendo esto sea en do de vigilia o bien ayudándola hipnosis.

Aquí la psicoterapia tiene un ancho campo de acción. Se debe aclarar a los enfermos, que positivamente se les puede mejorar tratando su aparato digestivo; se es debe educar a abandonar la

deglución de aire, especialmente mediante el ejercido de una **técnica respiratoria correcta**, y convencerlos más y más del éxito de la **terapéutica**.

Tan importante como el tratamiento psíquico de nuestros enfermos es el influir en su metabolismo general, obteniendo sobre todo un peso corporal normal. Los hombres muy gruesos tienen casi siempre ciertas molestias gastro-cardiales. **Por lo** tanto se debe tender en tales casos a reducir su peso a la tasa normal, procurando especialmente disminuir sus grasas y fortificar la musculatura, lo cual repercutirá en beneficio de su corazón y de su diafragma.

Ad 2. Teniendo en cuenta los factores coadyuvantes y los diferentes hallazgos que se deducirán de la investigación del aparato digestivo, no es posible naturalmente dar un esquema de un tratamiento dietético medicamentoso. De querer ser completo habría que recorrer toda la patología gas-tro-intestinal. En general yo prohíbo a mis enfermos gastro-cardiales todos los alimentos que favorecen especialmente la producción de gases, es decir los ricos en celulosa, todas las especies de berzas y de coles, leguminosas, pan fresco sobre todo el negro, fruta madura en gran cantidad. Los anácidos soportan frecuentemente mal la leche, al paso que la leche **cremosa**, el yogurt o el kéfir no les producen a menudo molestias. Se deben prohibir en absoluto las aguas carbónicas. Por lo demás

debe uno guiarse según la experiencia personal del enfermo y evitar ante todo que tenga lugar una hipernutrición. En los sub y anácidos doy yo pepsina y ácido clorhídrico con éxito evidente, y en el caso de que no soporten este último, ácido cítrico; si hubiese superacidez, atropina-eumidrina, magnesium-perhydrol, neutralón, palliazol, tabletas de eucarbón. Para aliviar los eructos se recomienda el validol y el bornival. A menudo obran mágicamente algunos lavados de estómago, especialmente cuando la causa de la anormal cámara de aire es una gastritis, y sobre todo en los ataques de taquicardia. En las dispepsias de fermentación se debe ordenar una alimentación anti-fermentiva. A menudo resulta asombroso el ver, cómo desaparecen las molestias cardíacas crónicas de origen gastro-intestinal, ocasionadas por dispepsias de fermentación no descubiertas durante años enteros, y **cómo** cede la hipertonia en cuanto se administra una dieta correcta, reemplazando la alimentación vegetarianica en hidratos de carbono por otra de carne y de grasas. De haber colitis se **recomendará**

una alimentación pobre en celulosa, eventualmente en unión de lavativas de aceite.

Es importante que las comidas sean poco copiosas, el masticar lentamente, y en ocasiones el luchar contra la atonía intestinal existente, especialmente mediante medidas físicas, las cuales deben tender al mejoramiento de la **circulación** sanguínea abdominal, sobre todo por medio de masajes del vientre. A menudo se soporta peor el echarse después de comer que el realizar un pequeño movimiento como el jugar al billar o hacer un pequeño paseo.

Ab 3. Todo lo que favorece circulación, y especialmente la corriente venosa que sale del abdomen disminuyendo así la tensión gaseosa situada por debajo de la mitad izquierda del diafragma, será de un valor terapéutico grande para nuestros enfermos; **masajes** abdominales, gimnástica, baños de asiento, baños de medio cuerpo, envolturas del vientre durante la noche, etc. A esto debe acompañar ante todo la educación hacia una respiración correcta, cuidando especialmente la respiración diafragmática demasiado

abandonada hoy por el hombre moderno. Yo la hago realizar repetidamente todos los días, a todos los enfermos con molestias gastro-cardíacas, primero sistemáticamente echados, más tarde también sentados o de pies. Corresponde a la forma de respiración abdominal: las manos se colocan sobre el vientre para realizar una cierta resistencia dosificable. el abdomen se dilatará en grado máximo, de un modo lento, rítmico y a ser posible sin un movimiento simultáneo del pecho, se mantendrá un corto tiempo en este estado, y luego se contraerá del todo, con tarareo o sin él. Así junto al ejercicio diafrágico se obtiene una cierta gimnástica de la aorta y del corazón, como se puede observar realizándolo en la pantalla de los rayos X, se refuerza de este modo la musculatura diafrágica así como la del resto del abdomen y se conduce su intervención por las vías normales. Al mismo tiempo se exprime el hígado como una esponja y se regula toda la circulación de la cavidad abdominal, mejorando y aumentando la posibilidad de reabsorción de los gases intestinales.

Más tarde vendrá la sistemática subida de montañas, los sports, el radar, todo lo cual eleva la confianza en sí mismo del enfermo y vence la tensión gaseosa del vientre.

Sí se procede de este modo sistemática y consecuentemente, en enfermos con el complejo sintomático gastro-cardial y con un cora-

zón orgánicamente sano, se obtendrá en la inmensa mayoría de los casos, resultados muy brillantes y uno podrá alegrarse de haber empleado esta terapéutica, cuyos resultados objetivos podrán ser demostrados en los rayos X que harán visible el descenso de la parte izquierda del diafragma. No hay que realizar en estos casos un tratamiento especial del corazón, el cual podría hasta ser perjudicial por motivos psíquicos. A menudo podremos así evitar que la enfermedad se fije orgánicamente, y que se desarrolle una arteriosclerosis antes de tiempo sobre la base de la neurosis gastro-cardial.

Esto nos conduce a la cuestión del tratamiento del complejo sintomático gastro-cardial en enfermos con padecimientos orgánicos cardíacos, especialmente con alteraciones arterioscleróticas del corazón.

El diagnóstico diferencial, cuando se trata de un enfermo que ante todo se halla en una edad media, y que se queja de molestias gastrocardiales, entre saber de si son éstas consecuencia de estado anginoide o consecuencia de una elevación del diafragma, o de si estamos en presencia de un sufrimiento orgánico del corazón, ordinariamente del comienzo de una esclerosis de las coronarias con o sin insuficiencia cardíaca, es una de las cuestiones de más responsabilidad que se le pueden presentar al médico. Y se hace especialmente difícil cuando se puede diagnosticar una angina nicotínica

con una gastritis debida al tabaco simultánea con aquélla.

Como medio de ayuda del diagnóstico diferencial disponemos nosotros de una parte, de la prueba del funcionamiento del aparato circulatorio, y además del éxito del nitrito dado a modo de prueba. La nitroglicerina actúa con especial rapidez en el comienzo de las esclerosis coronarias orgánicas, al paso que la mayor parte de las veces fracasa cuando se trata de estados anginosos de origen gástrico. Por lo demás tiene gran importancia para la diferenciación, tan interesante desde el punto de vista terapéutico y de pronóstico, entre los estados dispépticos pseudo-anginosos y los de origen cardíaco, el comportamiento del enfermo al andar con el estómago lleno, lo cual es muy raro que pueda realizarlo un paciente que sufra de esclerosis coronaria aun en sus más tempranos enfados, sin tener molestias. Concretando diría yo, que en los enfermos orgánicos del corazón con molestias gastrocardiales, se deben *mutatis mutandis* observar los principios terapéuticos antes descritos, y junto a ello se

debe tratar el corazón del modo especial que lo requiera cada caso, según los fundamentos del ejercicio o del reposo, con vaso-dilatadores prepararlos de teobromina y nitritos, con digital, con una balneoterapia apropiada.

Obra muy favorablemente el tratamiento psíquico sobre la mayor parte de los enfermos orgánicos del corazón con molestias gastrocardiales, si se colocan en primer término las alteraciones en sí inocentes del estómago e intestinos y si se apartan esencialmente de ellas las molestias cardíacas, una terapéutica de desviación sobre la que ya Vio insistido detalladamente, en el congreso de medicina interna celebrado en Wiesbaden en 1926. Somáticamente, mediante el tratamiento gástrico, la respiración diafragmática, la reducción de peso, y en resumen mediante toda la terapéutica antes descrita de la neurosis gastrocardial, se consigue descargar el corazón e influir así directamente sobre todo el aparato circulatorio de un modo favorable.

En todo caso los principios del tratamiento aquí descritos, debían ser tenidos más en cuenta que lo que

en general acontece, también en los casos con un aparato circulatorio orgánica mente enfermo. Pues alcanzará más éxitos curativos aquel médico, que trata no solamente un órgano enfermo, si no que aprovecha todas las posibilidades terapéuticas de sus pacientes, esto es, concretándonos a nuestro tema, que conoce el cambio de relaciones entre cada órgano según ellos instituya su tratamiento. Con razón escribe **Walter Broadbent** de semejantes casos: In practico trratment of the stomach and nnrves is more successful. than treatment of the hearl itself.

LITERATURA

Roemheld. Zeitschr. und diat. **Ther.** 1912 Morawitz, Münch, med, Wochenschr, 46, 1912. Hoffmann, Med, Klinik 26, 1916. Roemheld, Der Magen in seinen Wechselbkichungen zu den verschiedenen *Organen des Körpers*. Monografía de la editorial Marhold, Halle, 1920. Hoifmann, **III, Tzung** für Verdauungsnd Stoffwechelraknkheiten 1912 Von Romberg, Lehrbuch d. Herzens 1921, p. -477.— Roemheld, Med. Klinik 11, 1912.--Knoop, Zeitschr. f. arztl. Fortbildung 2, 1928. Roemheld, Münch. med, Wochenschr, 44, 1928,-H. H, **Berg**, Z. f. kl. Med. 108.-Roemheld, Jahreskure f. arztl. Fortbildung II. 1929.

RESUMEN

Bajo la denominación de "complejo sintomático **gastro-cardial**", **se describen** las relaciones recíprocas entre vasos y aparato **digestivo**, especialmente entre corazón y tubo gastrointestinal, que se establecen en primer lugar al formarse una colección de aire **subfrénica** por **debajo** de la mitad izquierda del diafragma, la cual a su vez está **constituida** por una burbuja **gástrica o cólica** en parte, y también por un meteorismo general que siempre obra más pronunciadamente del lado **izquierdo**, **y en segundo** lugar que descansan sobre influencias tóxicas y hormonales víscero-reflejas, que parten **del** aparato digestivo y que actúan sobre un corazón lábil en su inervación. Se describen los **hallazgos** ron tecnológicos de estos estados, el cuadro clínico (bradicardia, extrasístole, ataques **taquicárdicos**, **pseudo-angina pectoris**), el diagnóstico diferencial, y **la** terapéutica, que representan para el médico práctico uno de los capítulos más interesantes de toda la **medicina** interna.

IRRIGACIÓN TRANS-DUODENAL

Por el Dr. M. E. JUTTE

Los gastro-enterólogos siempre están perplejos ante un problema enfadoso: la **manera de vaciar** los intestinos rápida y efectivamente y sin causar dolor y daño. Este es un problema particularmente **urgente en** los países **Sud Americanos**, donde son prevalentes las enfermedades **intestinales, especialmente** di? origen parasitario.

El autor ideó y publicó en **1911** un método que produce una catarisis drástica sin **administrar** catárticos, llenando los requisitos arriba mencionados. Desde entonces ha sido empleado con éxito notable en **los** Estados Unidos, y en algunos países europeos, pero **es, según** el conocimiento del autor, todavía desconocido en **Sur** América.

Cuando este método sea adoptado allí, producirá un **mejoramiento** de la salud pública, por la **razón** de que no solamente es útil en toda clase de desórdenes intestinales, sino que también es beneficioso para la economía del cuerpo, que tanto depende del funcionamiento propio del tractus **gastrointestinal**, especialmente sobre la función de prevenir la absorción dentro de la circulación de **todas** clases de **sustancias** tóxicas.

El objeto del tratamiento es lavar el intestino desde el **piloro** hasta el ano, del mismo modo que se lavan las calles de nuestras ciudades. Para conseguir ésto tenemos que llenar por lo menos dos requisitos: primero, la acción con trola dora, de piloro deberá **ser** temporalmente suspendida con objeto de permitir la entrada de golpe en el intestino del volumen necesario de líquido: segundo, prevenir la absorción de este fluido en el intestino delgado. El primer objetivo se consigue usando el tubo duodenal del autor, el cual, pasando por el estómago, viene á descansar en la primera porción del duodeno, permitiendo así la entrada del líquido sin interrupción. El segundo requisito se consigue usando una solución hipertónica cuyo contenido de cloruro de sodio sea mayor que el de la sangre, y por • impidiendo la osmosis.

El autor ha llamado este método "Lavado ó Irrigación Trans-Duodenal", pero otros que usan sus propios ó parecidos tubos, hablan algunas veces del método simplemente como una "Inyección de una solución Hipertónica".

De lo que hemos expuesto es

evidente que **el líquido empleado** no cae en el estómago; ni **tampoco**, usando la técnica adecuada-refluye en el estómago, sino que es empujado haría detente y **siendo** no absorbible, debe correr **hacia** abajo. La perístasis y la antiperístasis, agita la **solución** hacia delante y hacia atrás, de modo que, según va descendiendo limpia y anega cada pulsaria del duodeno, yeyuno, **ileum**, colon ascendente, transverso, **descendente**, asa sigmoidea y el recto. En una hora es expulsado llevando consigo todo lo que el intestino contenía: residuo de alimentos, bilis, bacteria. mucus, pus, y parásitos. Este lavado interior se verifica sin el mas ligero dolor, cólico ó molestia.

El lavado Tians-Duodenal, es uno de los métodos de tratamiento mas generalmente útiles a la disposición del médico entendido, Con alguna práctica, no **es difícil** de administrar, el paciente por lo general lo acepta y es aplicable a un extenso numero de desórdenes constituciones e intestinales, desde drenaje de la vesícula biliar y envenenamiento por ptomaínas hasta el reumatismo y anemia perniciosa.

La **parafernalia** necesaria es la siguiente:

- a) Un tubo duodenal de Jutte Consiste en un delgado tubo de goma flexible, fon agujeros de drenaje y provisto en el final de un peso de oro plateado. Un estilete metalico semi-rígido nos

permite pasar el tubo dentro del estómago sin peligro de torcerse ó enredarse.

- b) Una **botella de succión con tapa de goma de dos orificios**, con conneciones de cristal y goma.

- c) Un irrigador de cristal de un litro de **capacidad-**

- d) Una jeringa grande para succión, usado para **cerciorarnos** de la **posición** del tubo.

- e) Bicarbonato de soda, cloruro de sodio, sulfato de sodio seco, y glicerina.

La polución usada se prepara disolviendo 9 gramos de cloruro de sodio y sulfato de sodio **seco** (i) gramos, de cada uno) en **1.000 cc de** agua tibia. MI sulfato de sodio no es **absolutamente** esencial, pero se añade con miras á una expulsión expedita.

Como el tubo duodenal **debe** llegar dentro del duodeno debemos cerciorarnos de su **posición** antes de comenzar el tratamiento. Con este objeto el autor ha **ideado** la siguiente, simple, y segura prueba: Después de sacar el estilete y con el paciente acostado sobre el lado derecho--como se explicará mas adelante--se conecta el tubo duodenal y la jeringa con la **botella** de succión **y** esto se hace y mantiene dando **vuelta** a la llavecilla cerca de la botella. El punto es vigilar la consistencia del fluido aspirado según va **bajando** á la botella: Comprímase con los dedos el extremo del **tubo** duodenal y si el Huido aspirado

fluye como un hilo, ó como jara-be, estaremos seguros que esta, es **la secreción** mucosa del duodeno y que el tubo está "in situ". Si por el contrario el líquido deja de fluir abruptamente o solamente unas cuantas gotas caen en **la botella**, es señal de que el tubo **está** todavía en el estómago. En este caso deberá el paciente tomar un poco más de **solución** de bicarbonato de sosa, que **rápidamente obligará** al piloro á **relajarse** y permitirle libre entrada del tubo. Si **hacemos** suficientemente fuerte la **solución del** bicarbonato de sosa, **por** regla **general**, relajará un espasmo pilórico.

Con **estas consideraciones** en la mente, **proseguiremos** del modo siguiente: El paciente vendrá á la consulta con el **estomago** vacío, **preferiblemente** antes del desayuno ó después de 5 á 6 horas del último alimento. Lo sentamos en una silla, ligeramente inclinado **hacia delante**, protegiendo las **ropas con un delantal**. La solución se preparará, ó bien individualmente, ó, en una **oficina** de mucho trabajo, se liará una solu-

ción madre. Se echará en el irrigador el cual es suspendido de **tres** ó cinco pies del sofá ún de operaciones. Se le dará al paciente un poco de solución de bicarbonato para relajar el piloro Tomaremos el tubo duodenal y lo lubricaremos en su parte mus larga con glicerina. y colocan el estilete de manera que dentro del cuerpo hueco del peso El operador tendrá cuidado que el estilete no se salga y proyecte por uno de los agujeros del tubo cercanos al peso.

Tomando el tubo duodenal cerca de cinco pulgadas de su extremidad, colocaremos el peso en base de la lengua del paciente, que se le ordena hacer un movimiento de; deglución Si se abre la garganta su obligara al tubo resbalar sobre la porción posterior de la lengua, de una manera rápida pero con del y se ordena al enfermo respirar fuerte y fácilmente. Mientras la garganta se mantiene así se puede empujar el tubo hacia abajo, paso á paso, sin molestar apreciablemente al paciente

Cuando haya descendido unas 12 pulgadas el operador toma el estilete con su mano derecha para prevenir el que continúe descendiendo y entonces, con su mano izquierda deslizará el resto del tubo á lo largo del estilete, hasta que el tubo proyecte solamente seis pulgadas de la boca del paciente, en cuyo tiempo se retirará completamente el estilete. La porción superior del tubo previamente retirada, se añadirá á la parte insertada, y el enfermo se acostará sobre la mesa o el sofá descansando sobre su lado derecho. En esta posición la gravedad y la peristalsis deberán hacer pasar el tubo á través del píloro y en la posición propia en menos de un minuto. Se hará ahora la succión y se comprobará la posición del tubo como hemos explicado ya más arriba. Una vez "in situ" se conectará el tubo con el irrigador (vaciando el líquido que haya en el tubo del irrigador, ya frío) y se permitirá el paso de 750 cc á 1.000 de la solución á través del tubo, seguido por un poco de agua para evitar que el

paciente sienta el gusto de la desagradable solución. Retiraremos el tubo suavemente, e instruiremos al paciente de permanecer acostado sobre su lado derecho durante un minuto o dos.

El enfermo puede ya irse á su casa á sus habituales ocupaciones, y por regla general puede tomar su desayuno antes de mover el intestino. Pueden haber tres, cuatro ó cinco operaciones. La primera operación llevará mucha materia sólida; las que siguen son muy líquidas y la última parecida á agua sucia.

El tratamiento deja al enfermo completamente limpio dejando una sensación de limpieza, frescura y alegría. Muy rara vez se siente una momentánea sensación desagradable.

El tratamiento es inofensivo, no se ejerce ninguna fuerza y el líquido pasa fácilmente. Por esta razón deberá darse el lavado trans-duodenal tan a menudo como parezca indicado, aún diariamente. Por regla general deberá darse cada segundo día y más tarde dos ó una vez á la semana o cada segunda semana.

En ciertas condiciones la solución ser medicada, por ejemplo, con antihelmínticos contra parásitos o con emetina contra disentería amébrica.

Las enfermedades del tractus intestinal se benefician más pronta y directamente que cualquier otra remota condición.

El envenenamiento por ptomaínas nunca requiere más de un tratamiento, tanto más cuanto que el factor intoxicante, alimento venenoso, es rápidamente eliminado. La vesícula biliar es drenada fácil y prontamente. Diarrea¹, constipación², fermentaciones³, putrefacciones⁴, se alivian prontamente. Ulceras, ecstasis¹, colitis, enfermedades del hígado y vesícula biliar, y toxemia intestinal, también dan evidencia de pronto mejoramiento especialmente con tratamiento simultáneo de cualquier desorden gástrico. En las anemias primarias¹, y secundarias, reumatismo, gota, bronquitis crónica, asma, cefalalgias de origen intestinal⁷, ciertas enfermedades de la piel, (como psoriasis y urticaria) el lavado trans-duodenal ha dado maravillosos resultados. En cirugía también ha tenido brillantes éxitos

como en el Íleo post-operatorio⁸, toxemias del embarazo⁹, eclampsia post partum y en el hipo rebelde.

BIBLIOGRAFÍA

- 1—Jutte, M. E. "Lavado Trans-Duodenal" Nuevo método en el tratamiento de estados crónicos, con resultados en el asma y anemia perniciosa. N. Y. Med. Journal, March 16, 1912.
- 2—Levinson. Bernard. "Tratamiento de la constipación crónica y sus séquelas el lavado trans-duodenal. Med. Council. Julio 1919.
- 3—Jutte, M. E. "Autointoxicación y su tratamiento por el lavado Trans-Duodenal". Amer. Jour. Med. Sciences. Mayo 1917.
- 4—Aaron, Charles D. "Tratamiento del éxtasis intestinal por el lavado duodenal", Med. Reo. Aug. 17, 1918.
- 5—Bassler, Anthony, "El uso del tubo duodenal en casos extremos de colitis ulcerativa, algunas formas de infecciones parasitarias del colon e íleo post-operatorio".

Una nueva variedad de apraxia: la apraxia paroxística (1)

Por el Dr. Marcos Victoria

El enfermo N. G. que motiva publicación ha sido ya objeto de dos artículos anteriores con Balado ("Archivos Argentinos de Neurología," 1929). En ellos analizábamos y discutíamos algunos aspectos de su cuadro clínico. En la presente oportunidad expondremos curiosos fenómenos de "dé-ficit" práctico que nos fue dado observar en una oportunidad, disipándose luego, y discutiremos algunos problemas relacionados con su patogenia. X. G. tiene 45 años. Es casado, chofer de Ómnibus. Sus lentes hereditarios y personales carecen de interés. Desde hace siete años (1923) se constituyó en él, progresivamente un cuadro clínico constituido por los síntomas corrientes de la hipertensión craneana, epilepsia parcial de la extremidad superior derecha y perturbaciones sensitivas—sobre todo subjetivas—de carácter cerebral, en el mismo segmento. Diag-

nosticada la compresión limitada del tercio medio de la c. central posterior del lado izquierdo, la intervención quirúrgica (realizada por Balado) comprobó la existencia, en el lugar sospechado, de un quiste aracnoide que fue vaciado, restableciéndose el aspecto normal de la corteza. En el mismo acto operatorio, como se notara sospechosamente endurecida la substancia cerebral del gyrus 3 supramarginalis se practicó una incisión exploradora—tal cual lo señala el esquema adjunto--revelándose intacto el centro o-val. En el post-operatorio se manifestaron perturbaciones del lenguaje que estudiamos en otro lugar. El interrogatorio se hace entonces bastante difícil. Los síntomas generales de hipertensión craneana se han disipado. No ocurre lo mismo con la sintomatología sensitiva. N. G. confiesa experimentar todavía esa dificultad en la percepción del brazo derecho—que se reveló en algún momento como único signo de perturbación de la sensibilidad cerebral (signo del brazo ajeno, como lo llamamos)—y cuya importancia

(1) Agradezco a mi amigo el Dr. Mainel Balado su cooperación en este trabajo.

diagnóstica señalamos a su tiempo. Además, la percepción de la extremidad inferior derecha es también defectuosa después de la operación, quizás más defectuosa aún que la del brazo del mismo lado. El examen del sistema nervioso nos revela los siguientes datos (30-XI-1928): Excepto el segundo (disminución de la agudeza visual, -los pares craneanos están intactos. La actitud de pie y en decúbito dorsal es perfectamente normal. El tono no está modificado en ninguno de los segmentos; la ejecución de los movimientos pasivos se realiza sin tropiezos y no hay perturbaciones de los reflejos de postura elemental. El examen de los reflejos tendinosos sólo revela ligera exaltación de los patelares y aquilianos derechos. Los reflejos cutáneos y la reflectividad pupilar se manifiestan intactos. No hay clonus ni Babinski. No hay parálisis. Cuando las órdenes son comprendidas se ejecutan

correctamente. La fuerza al dinamómetro es de 27 y 25 (derecha e izquierda, respectivamente.)

Las sensibilidades elementales parecen intactas en todas sus formas. Igual cosa ocurre con las sensibilidades elaboradas. Fuera de la apreciación subjetiva defectuosa que hemos señalado más arriba, el sentido de la posición se manifiesta inalterado en las pruebas comunes. En las extremidades superiores, por ejemplo, con los ojos cerrados, los índices de ambas manos se encuentran sin ninguna dificultad. Las praxias son impecables en las pruebas usuales (transitivas e intransitivas, Sin embargo, espontáneamente, N. G. denuncia su torpeza para realizar los menesteres usuales (abrocharse) los botines, manejar los utensilios de comer. "Esta mitad no la siento bien", dice a veces, señalando con la mano el plano sagital del cuerpo y refiriéndose a su mitad derecha. En otra parte hemos señalado

adornas otras perturbaciones suyas del "sentido **especial**", traduciéndose sea por la defectuosa orientación general, sea por la dificultad en el discernimiento de las porciones **derecha e izquierda** de los objetos **situados** enfrente suyo (pruebas de la mano, el ojo y la oreja de Head), sea en el mal uso de esas mismas nociones referidas al propio cuerpo, sea en las dificultades experimentadas al resolver **problemas** de laberintos. La marcha es correcta. No existen perturbaciones cerebelosas. La inteligencia de N. G. (una inteligencia **escasamente** cultivada! está muy conservada. El lenguaje **muestra** ese defecto que Head ha denominado "nominal." La afectividad es perfectamente **adecuada** a la situación que enfrenta. Nada de particular, somáticamente.

N. G. ha presentado en dos ocasiones, mientras estuvo internado, manifestaciones epilépticas. En la primera ocasión las convulsiones fueron generalizadas, con pérdida completa de conocimiento. En la segunda ocasión, ya prevenidos, cuando el enfermo nos anunció la proximidad del acceso epiléptico (mareos, dolor de cabeza, **inapetencia**) le prescribimos "luminal" de inmediato.

El día 7 de diciembre de 1928, al recorrer la sala, encontramos a N. G. muy nervioso y afectado, (pronunciando palabras poco comprensibles, **la mirada** vaga.

como de ebrio. La conciencia parecía intacta. Se daba exacta cuenta de su empeoramiento. Apreciaba con justeza la reaggravación de sus trastornos del lenguaje. Y sus dificultades en la comprensión parecían acentuadas, mucho mayores resultaban los **inconvenientes** en la emisión. La lengua se le trababa, haciendo la articulación oscurísima; las palabras eran, a ratos, irreconocibles por completo.

Pero mucho más curiosas eran las perturbaciones de la sensibilidad profunda. Con gran alarma, N. G. nos comunicó que "ha perdido la mitad derecha de su cuerpo". En un momento dado, sin apercibirse, introdujo la pierna derecha entre la cama y la pared paralela (su cama era la última de la fila.) Todos sus esfuerzos para retirarla de esa posición incómoda fueron infructuosos, y, bien pronto, el brazo derecho fue a acompañar a la pierna entre la cama y **la** pared. Su nerviosidad y su desesperación fueron, entonces, grandes.

Exploramos rápidamente el estado de su sistema nervioso. La fuerza muscular estaba intacta: no se trataba entonces de esas paresias jacksonianas descritas por Meige y aludidas por Mme. **Athanasiu-Benistí** en su tesis. Los reflejos conservaban los caracteres observados en días anteriores (tendinosos, aquiliano y patelar exagerados). No había Babinski.

Por el contrario, la incoordinación del brazo derecho era enorme: en la prueba del índice, el dedo, lentamente, iba a parar al hombro izquierdo, estando N. G. con los ojos abiertos. Igual incoordinación en pierna derecha en la prueba del talón. Del lado izquierdo, existía también incoordinación, aunque no tan marcada. Un examen somero de las sensibilidades elementales (tacto, dolor, temperatura) —examen irremediablemente superficial dado el estado de agitación del, su desmoralización evidente y las considerables dificultades para fijar su atención —no demostraron trastornos graves. Parecían, sí, algo disminuidas. Naturalmente, resultó imposible explorar ciertas sensibilidades elaboradas, como la localización (topoestesia) y la estereognosis (por la incoordinación marcadísima y las dificultades del lenguaje), la amplitud de los círculos de Weber (por las dificultades de la discriminación) Pero lo que real-

mente llamaba la atención y dominaba el cuadro clínico eran las perturbaciones del sentido de la posición y la intensidad de apraxia. No solamente el enfermo había perdido subjetivamente su mitad derecha; objetivamente, se comportaba como si no fuera suya. Era incapaz de decir, en ningún momento, la posición del brazo o de la pierna derecha o de imitar, con un miembro, la posición del otro, "No lo encuentro," decía de pierna y de su brazo derechos, Cerrando los ojos, N.G.era absolutamente incapaz de encontrar la mano derecha con la mano izquierda. Le alcanza: un lápiz. Lo tomó al le escapó de la mano derecha, Lo volvió a tomar con los dedos índice, medio, anular y meñique de la misma mano. En una labra, era totalmente incapaz manejarlo. Se lo colocamos entre los dedos en posición correcta y lo empuñó con gran esfuerzo (bien desproporcionado, por apuesto, con el movimiento delicado que debía cumplir.)

hicimos sentar sobre la cama y lo invitamos a que escribiera su **nombre** en un anotador colocado **sobre** sus rodillas. N. G. estiró lentamente su brazo hacia el papel. La mano, poco a poco, fue **a** parar a varios centímetros del borde del anotador (N. G. siempre con los ojos abiertos) y la punta del lápiz quedó fija, perforando la cobija, más allá de las rodillas. (La fisonomía del **enfermo**, mientras tanto, *expresaba* elocuentemente toda la contrariedad que su fracaso le ocasionaba.) Sobrevino la perseveración tónica en esa actitud que interrumpimos reiterando varias veces con energía, la orden. El lápiz resbaló sobre el papel, trazó líneas informes y finalmente se le escapó de los dedos. Era incapaz de escribir con la mano izquierda. En una última tentativa N. G. cogió bien el lápiz y se rascó, con él, la frente, una vez. Se golpeó la cabeza, sobre la sien derecha, otra vez.

Las demás pruebas **para** explorar la apraxia, con o sin ob-

jetos, no hicieron sino confirmar la **intensidad** de su defecto. .Era incapaz de hacer la venia, de hacer los cuernos, de frizarse el bigote, de amenazar. **Era** incapaz de iniciar, siquiera, los movimientos necesarios para sacar un fósforo y encenderlo, de mimar los movimientos de- puesta en marcha del automóvil, etc. La imitación de movimientos era también imposible. Ambas extremidades superiores estaban afectadas.

La marcha era difícil: se quejaba de mareos y de dolores de cabeza.

Las convulsiones no se presentaron en ningún momento.

El día 8, N. G. había **mejorado** considerablemente. **Manejaba** correctamente sus miembros del lado derecho. **Permanecía** aún **en** cama, pero la **incoordinación** era casi imperceptible. Firmaba con corrección. Los trastornos del sentido de la posición se habían disipado objetivamente. El lenje había mejorado.

El día 11, un examen detenido

de las praxias nos demostró su perfecta **integridad**. Escribía como antes y cumplía las demás pruebas con absoluta corrección y sin vacilar. Persisten siempre y poco se han modificado después los trastornos del lenguaje y la defectuosa apreciación subjetiva de los miembros de lado derecho, sobre todo de la pierna.

A estos fenómenos, observados en N. G. por nosotros, no los hemos encontrado **descritos** aún en la literatura. Nos ha parecido lógico designarlos—entendiendo a la predominante intensidad de los fenómenos **práxicos** en la sintomatología—con la denominación de *apraxia paroxística*, nombre que conviene a su fugacidad, a la corta duración del déficit práxico.

Quédanos, ahora, ubicar nuestro hallazgo, es decir, relacionarlo con los cuadros clínicos ya conocidos y calcular el mecanismo de su producción.

Una primera observación nos

sugiere este caso: su naturaleza epiléptica o, al menos, su gran parentesco con las manifestaciones deficitarias de ese orden. La apraxia paroxística entraría dentro del grupo, ya muy vasto, de las epilepsias parciales.

Entrevistas por Jackson en el terreno motor, por Charcot (Lecons du Mardi, 1887) Pitres, Pierre Marie, Chetelin y Partrikios, durante la gran guerra ("Rev. Neurologique", año 1916), en el terreno sensitivo, su existencia es indudable en estos aspectos, así como también desde el punto de vista serial. Hemos dicho ya que N. G. ha presentado, después de la intervención quirúrgica, manifestaciones epilépticas bien caracterizadas, con pérdida completa de conocimiento.

Posteriormente—mediante el luminal—impedimos el ataque general, sin impedir, sin embargo, la producción de fenómenos deficitarios de orden sensitivo y práxico.

Alguien podría decir que **tal** perturbaciones de nuestro

fermo fueron simplemente **de-**
pendientes de un ataque epilép-
 tico **abortado**. Pero aún así, es
 bien curioso y digno de mentar,
 que **al lado** de una **integridad**
 de la conciencia tal como para
 ciar el propio estado y sufrir
 por él, sean solamente ata-■
 terminados aspectos de
 sensibilidad y determinados
 aspectos de la **motricidad**. Pa-
 ralelamente, la "**signal**
 sympto-me" no pierde su
individualidad y su valor
 localizador por el hecho de
 continuarse por convul-siones
 epilepticas generalizadas con
 pérdida, a veces completa de
 conocimiento. Por otra parte,
 la apraxia paroxística — en
 cuanto es manifestación
 epileptiforme—dependería de
 las mismas y oscuras causas
 que oca-sionan los accesos
 epilépticos generales, o
 parciales, en el postoperatorio
 de las intervenciones sobre el
 cerebro. Y nos muestra y
 aquí reside el interés de este
 caso—la curiosa, particular
 forma de reacción de una
 determinada zona lesionada del
 cerebro: el gyrus
 supramarginalis." Sentada ya
 la naturaleza epiléptica de este
 trastorno, resta-nos vincular su
 existencia con a incisión—
 realizada Balado en el curso de
 su in-tervención—sobre el
 "gyrus sularginalis". La
 relación de causa a efecto nos
 parece indudable, pues el
 enfermo no la presento antes y
 sí es otra perturbación
 sensitiva especial que ya

hemos designado con el nombre
 de "signo **del** brazo ajeno", a-
chacable a una compresión li-
 mitada de la circunvolución cen-
 tral posterior.

No es el caso de reeditar aquí
 el tan complejo debate acerca de
 la localización de las lesiones mi
 condicionan la apraxia (2). Los
 partidarios del lóbulo frontal iz-
 quierdo (Hartmann, Goldstein,
 Wilson, etc.) los partidarios del
 "**gyrus** supramarginalis" (Stro-
 hmayer, Kroll, von Stauffen-
 berg, **Fearnside**s, y, sobre todo,
 Foix), los **partidarios** del **cuerpo**
 calloso (Liepmann y Mas, **Levy-**
 Valensi, Mingazzini, Lafora y
 Practos, etc.) tienen argumen-
 tos valederos para achacar a de-
 terminadas zonas lesionadas **del**
cerebro la producción de la a-
 praxia.

Personalmente (y reconocien-
 do—después de las enseñanzas
 de Foix—que responsabilizar al
 "**gyrus** supramarginalis" de la
mayor culpa en la patogenia es
 lo más lógico, lo más **evidente**)
 - decir que este problema de la
 localización de la apraxia me **da**
la impresión de un problema

(2) El auge que toman entre nosotros
 algunas hipótesis fisiopatogenecas
 simplistas nos obligarian sin embargo a
 ello. Las esquematizaciones del profesor
 C. Jakob, repetidas por A. Ponce en una
 obra psicologica reciente (La Gramática
 de los sentimientos), complican la
 cuestión en vez de aclararla. Se
 encuentra allí esta afirmación que sin
 restricciones es evidentemente falsa: "La
 anatomía patológica ha reconocido, en la
 corteza cerebral, determinadas regiones
 cuya destrucción produce las agnosias
 táctiles; el área parietal para las
 apraxias motoras" (op. cit. pag. 105)

mal planteado. Se me ocurre que en este capítulo de la Neu-rología impera todavía el error, elocuentemente denunciado por Head en las afasias se pretende localizar y no se sabe, ..previamente, qué se va a localizar. Por lo pronto, las distintas variedades de apraxia son confundidas pintorescamente por los autores de su terminología, y para algunos (Papadato: "L'Encéphale", 1923) no existe diferenciación entre apraxias ideatorias y motrices. Por otra parte, todos los teóricos de la apraxia, desde Liepmann hasta Levy-Valensi, explican su patogenia por la fisiología de las praxias normales y a éstas por esquemas especiales.

No quiero referirme en particular a ninguno de los esquemas en boga (Liepmann, Claude, Levy-Valensi. Todos son igualmente erróneos (3). Todos están basados en la hipótesis demasiado fácil de los centros de residuos imaginativos que funcionan bajo la dirección de los centros superiores de coordinación. Todos están igualmente basados en la creencia de que es posible descomponer los movimientos complejos en sus elementos y explicar la actividad gestual y práxica — así como el lenguaje— por las propiedades de las imágenes musculares, ki-

nestéticas u otras. Psicológicamente—y los neurólogos toda usan para sus explicaciones psicología de hace medio, siglo-la explicación atomística (mediante la doctrina de las imágenes) de los actos complejos (hablar, accionar, hacer) ha sido ampliamente superada. Y no se sabe con certeza cómo sustituirla (¿actitudes de la conciencia?, etc.) se afirma sin dudas que es profundamente falsa (4.1 No es extraño, pues, que von Monakow y su discípulo Brun se muestren tan escépticos materia de localización y que consideren a la apraxia, simple-monte, como consecuencia de la diasquisis. Creo que el único método verdaderamente eficaz para estudiar ahora la apraxia es su estudio psicológico profundo—pre-vio a cualquier localización estudio liberado de prejuicios doctrinarios y de esquematización simplistas. Este estudio ha sido ya iniciado auspiciosamente. Me refiero a los trabajos de Gelb y Goldstein ("Zeit.fürd.Ges.Neur.u. Psych", desde el Bd.41); Lhermitte, Mille.Levy y Kiriaco ("R.Neurologique", 1925 y 1928, pero sobre todo a la monografía tan ingeniosa y tan documentada de Paul Schilder (de Viena)

(5) y a sus artículos posteriores en el "Zeit. für d. Ges Neur. u. P.sych."

La apraxia—según estos autores—no parece ser ni una perturbación de orden puramente motriz o psicomotriz, ni una perturbación de orden sensitivo. La **apraxia** vendría a resultar un trastorno de orden intelectual, una perturbación del pensamiento espacial, una perturbación de la representación de nuestro propio cuerpo, del "esquema corporal" (6)- Este es-

(5)"Das Körperschema."Ein Beitrag zur Lehre von Bewusstsein des Körpers Springer, 1923.

(6)Esta noción del "esquema corporal" ha sido previamente formulada por H. Head.

tá formado por la imagen que cada uno posee de su propio cuerpo; en él se integran todas las representaciones, sean cinestéticas, táctiles o visuales (predominantes estas últimas en el hombre a causa de la gran importancia que en él adquiere la visualización.)

Ahora bien, parece constante en los apráxicos la perturbación, hasta la disolución del "esquema corporal". Uno de los enfermos de Lhermitte, Massary y Kíriaco decía, espontáneamente,

como el nuestro: "He **perdido** la mitad izquierda de mi cuerpo," Se comprende entonces la profunda dificultad que, existirá en los apráxicos, sea para iniciar un movimiento faltandoles el punto de partida,— sea para realizarlo—por incapacidad de apreciación adecuada, en **cada** momento de la **excursión**, *' I posición exacta del miembro movilizado (7). Esta nueva concepción choca profundamente con la manera habitual de pensar. Parece difícil concebir **movimiento** sin un plan previo de dicho **movimiento**. Pero **lo cierto** es que, hasta ahora, ni **nos** había dado pruebas **evidentes** do que los hechos ocurrieran

aporta grupos recientes de sensaciones ocasionadas por la postura alterada. El reconocimiento postural inmediato es una consecuencia de esta correlación completa. "Uno de nuestros pacientes había perdido su pierna izquierda algún tiempo antes de que la aparición de la lesión cerebral destruyera su posibilidad de reconocimiento postural. Después de la amputación, como ocurre en casos semejantes, ensayo sus movimientos con pie y pierna artificiales. Pero estos movimientos cesaron inmediatamente que sobrevino la lesión cerebral, el daño que suprimió todo reconocimiento postural destruyó también el miembro fantomático. Es a la existencia de ese "esquema" que debemos el poder de proyectar nuestro cuerpo, en la extremidad de algún instrumento en la mano, por ejemplo." (Studies in Neurology, passim.)

(7) Es curioso recordar aquí un hecho de experiencia que tengo anotado desde hace tiempo: la gran frecuencia de las perturbaciones del sentido de las actitudes segmentarias, de la posición de los miembros (que, en realidad, como dice Foix, es algo más complejo que un simple sentido) en los apráxicos. Este hecho, que para Guillain, Alajouanine y Garcin (R. Neur., 1925)—ofuscados por una doctrina psicológica errónea—carece de interés, es, para nosotros, de gran importancia y da cuenta de las perturbaciones del "esquema" corporal.

así; una vez más, la Neurología ha considerado como exactos fundamentado sus asertos en afirmaciones hipotéticas.

Otras cuestiones subsidiarias sería necesario aclarar. ¿Qué relación existe entre la perturbación del "esquema" y la lesión cerebral? ¿Trataríase de perturbación puramente dinámica del género de la diasquisis de von Monakow?

¿Tiene el lóbulo parietal fundamentalmente relacionado con la elaboración del "esquema" corporal "?

Es muy difícil responder correctamente — y no esta la ocasión apropiada a estas preguntas, que son, seguramente, del porvenir de la apraxia

Volvamos a nuestro caso. En él, la lesión de gyrus supramarginalis fue evidente. Las turbaciones del "esquema" fueron groseras. El sentido de las actitudes segmentarias estaba burdamente lesionado. La patogenia de nuestro caso aparece bien clara. ¿Ocurre igual en todos los casos de apraxia? Es imposible afirmar. solo deseamos dejar sentada, en esta oportunidad, esta nueva variedad de apraxia, de naturaleza epiléptica, fugaz, por lo tanto presentación — oponiendo se a la apraxia clásica, estable y poco modificable,— relacionada, con profundas perturbaciones del "esquema" del cuerpo y posterior a una lesión indudable del "gyrus supramarginalis."

El Tratamiento del Cáncer por los Doctores Coffey y Humber

Con motivo del sencionalismo con el que los diarios de información han hablado, respecto a los trabajos de los Doctores Walter B. Coffey y Jonh D. Humbe, de San Francisco, California, es preciso dar a conocer la realidad de los hechos.

Falta, y muy grande, humanitarismo el de concebir esperanzas de curación enfermos que sufren de un cáncer, hacerles creer que los investigadores de esta enfermedad y su tratamiento, han llegado al descubrimiento médico que, tarde o temprano, ha de librar al genero humano de este terrible azote. El asunto no tendría importancia sino fuera por-que la ilusión de una curación hace muchos pobres enfermos, a costa de grandes penalidades y sacrificios, tanto físicos como pecuniarios, emprendan, en dolorosa caravana, un viaje inútil, que no

hace sino llevarles a un estado de mayor **tristeza y desaliento.**

Los Doctores Coffey y Humber no han anunciado ningún descubrimiento de curación del cáncer, han dado cuenta de sus estudios a la **Pathological Society** de San Francisco **6 de Enero** del presente año, y claramente han expuesto que sus trabajos están, **actualmente, en un período de experimentación, sin haber llegado, todavía,** a nada exclusivo.

El Journal de la **American Medical Asociación,** del mes de Febrero último, al referirse al asunto se expresa **de este modo:**

En 1925, los Doctores Coffey y Humber iniciaron experimentos con **extractos** endocrinos en la idea de encontrar **alguna substancia que redujera la hipertención arterial provocando vaso-dilatación,** y, a la vez, **detener** en su desarrollo el tejido de nueva formación.

Después de muchos fracasos, llegaron a preparar dicha substancia de la corteza de las glándulas suprarrenales del carnero."

"En el curso de sus comprobaciones clínicas este extracto fue inyectado en algunos pacientes con alta tensión sanguínea y sufriendo, al mismo tiempo, de alguna manifestación de carácter maligno. Se comprobó que la marcada reducción de la tensión arterial fue acompañada de una mortificación y desprendimiento de los tejidos por un proceso de resblandecimiento y liquefacción y, más tarde, por la desaparición del tumor. Estos fenómenos comunicados a la Pathological Society de San Francisco."

"Se hacen, en la actualidad, estudios en enfermos que padecen lesiones malignas comprobadas y los resultados son, decididamente, halagadores." "Hasta ahora nada está demostrado, excepto que la inyección de este extracto cortical produce cambios lyticos en las celdillas de ciertos tumores malignos."

"La producción de substancias que producen cambios lyticos en las celdillas malignas no es nuevo. Hanson, de Minnesota, descubrió un extracto semejante, sacado de la glándula timo de las terneras y

Charlton ha referido que extractos de tejido retículo-endotelial, producen los mismos resultados. En verdad, los mismos cambios lyticos han sido anunciados como con secuencia de inyecciones de proteínas de origen bacterico y vegetal así como con las de la leche"

"Es muy posible que Coffey y Humber hayan acertado con un descubrimiento que hará época, pero el hecho tiene que ser comprobado todavía y en esa tarea se ocupan actualmente, de comprobación o refutación, para ello se requieren por lo menos cinco años".

"Ante la afirmación de cualquier procedimiento curativo del cáncer, hay que tener presentes los tres postulados señalados por Geschickter: 1.—La demostración microscópica de la naturaleza de las lesiones, después de una biopsia 2.—la posibilidad del medicamento para curar el cáncer en todos sus períodos, incluyendo las metástasis y 3.—la persistencia de la curación obtenida por un período de tiempo de más de cinco años, demostrada por cuidadosos reconocimientos".

Es de desearse que los Doctores Coffey y Humber immortalicen sus nombres en bien de la humanidad

Dr. A. R. del Castillo
Pulí Attending Surgeon.
Pan American Hospital.

La levantada precoz en los operados del abdomen

JM. André Chaliér (de Lyon) ha hecho a este respecto, una interesante comunicación a la Academia de Medicina de París. Considera que la levantada precoz, después de las laparotomías instituye, no el solo medio, sino el más eficaz, para prevenir las complicaciones postoperatorias, notablemente las flebitis y embolias y las neumonías y bronco-neumonías

Hace levantar sus operados entre el 3° y 5^o días y la mayor parte están en capacidad de abandonar la clínica o el Hospital entre el 8° y 12° días en un momento en que, según los hábitos clásicos comenzarían a salir de la cama.

Las ventajas no consisten solamente en ganar tiempo, siempre muy apreciable en nuestra época de vida rápida, sino sobretodo en la mejora y simplificación de los días subsiguientes; por la levántaba la levantada precoz, que constituye la mas alta expresión de la movilización postoperatoria, se

contra la retención de orina la obstrucción intestinal, o más simplemente, la constipación, se suprime la estasis venosa, que es el origen de la mayor parte de las complicaciones pulmonares y flebitis

Pero se sobreentiende que, para realizar la levantada precoz es necesario una técnica impecable que asegure un postoperatorio aséptico y una refacción de la pared que ponga al abrigo de los hematomas, supuraciones y eventraciones. Para esto, Chaliér recomienda no solamente una asepsia y una hemostasia perfectas, sino una sutura aponeurótica de un tipo especial, con crines de Florencia a nudos profundos, y por encima la sutura parietal, una curación contentiva, de un sostén eficaz hecho por medio de anchas bandas de esparadrapo preparado, que adhieren a la piel se traslapan unas arriba de las otras y circulan, sobre toda la altura de la sutura, todo el ancho del abdomen.

NOTAS

En el Hospital General se han hecho los nombramientos siguientes:

Jefe del 2o servicio de Cirujía Dr. Rubén Andino Aguilar. Jefe del servicio de Niños, Dr. Carlos Romero, Jefe del Pensionado Dr. Samuel Molina Gómez, Jefe del servicio de Maternidad. Dr. Carlos Pinel h., Jefe del Servicio de Medicina de Hombres. Dr. Camilo Figueroa,

Profesor de Anatomía e Histología en la Facultad de Medicina

fue nombrado el competente profesional Dr. Ricardo Alduvín.

Por motivo de enfermedad ha interpuesto su renuncia del cargo de Redactor de esta Revista Dr. Ramón Valladares.

Partió, en la primera semana de este mes, para Francia el joven y talentoso médico recién graduado en nuestra Facultad Dr. M. Jesús Echeverría a perfeccionar sus conocimientos en enfermedades de mujeres y niños en la Facultad de París.