



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 36 BOLIVIA-SUCRE, ABRIL-MAYO-JUNIO DE 1940. Nº 72



Universidad
Andrés Bello®



FUNDACIÓN
FLAVIO
MACHICADO
VISCARRA

La digitalización de este número de la revista es el producto de la investigación doctoral llevada a cabo por el candidato a doctor, Javier Andrés Claros Chavarría, con financiamiento otorgado por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile. Durante este proceso, colaboraron dos instituciones: el Instituto Médico “Sucre”, propietario de las revistas, y la Fundación Flavio Machicado Viscarra, responsable de la digitalización.

REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO
"SUCRE"

Director: Dr. José Aquirre Torres

ABRIL - MAYO-JUNIO DE 1940

Nº 72.

REVISTA
DEL
INSTITUTO MEDICO
“SUCRE”

Director: Dr. José Aquirre Torres

SUMARIO

Pag.

Editoriales

Primer Congreso Sudamericano de Otorinolaringología	1
Supresión del Ministerio de Higiene y Salubridad	3

Artículos originales

El sentido agresivo y canibalístico de la sexualidad.— <i>Dr. José Aguirre T.</i>	5
El principio y desarrollo de las facultades y actividades mentales y corporales, y consideraciones de la in- y subconciencia.— <i>Dr. Otto Klieneberger.</i>	13
Importancia de la auscultación de vértices pulmona- res para el diagnóstico de la tuberculosis incipiente.— <i>Dr. Miguel Lévy B.</i>	23
La úlcera gástrica y la úlcera duodenal.— <i>Dr. Alfredo Lublin.</i>	27
Diagnóstico biológico del embarazo.— <i>Dr. Eduardo Gironás F.</i>	45
Ruptura de la sínfisis pubiana como lesión del par- to.— <i>Dr. Hermann Hirsch.</i>	57
Sobre la técnica de la biopsia.— <i>Dr. Franz Wen- ger.</i>	65

Análisis de Revistas

A cargo de los <i>Dres. José Aguirre T. y Her- mann Hirsch.</i>	69
---	----

Necrología

El Dr. Filomeno Martínez Araujo.—Discurso pro- nunciado en el sepelio de sus restos.— <i>Dr. Gustavo Vaca Guzmán.</i>	77
--	----

Crónica

<i>J. A. T.</i>	81
-----------------	----

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Año XXXVII Abril-Mayo-Junio 1940 No. 72

EDITORIALES

Primer Congreso Sudamericano de Otorinolaringología

En el mes de abril del presente año, con el patrocinio del Supremo Gobierno de la Nación Argentina (Decreto No. 35074) y bajo la presidencia del Profesor Eliseo V. Segura, Catedrático Titular de Otorinolaringología de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, se ha realizado, en esta última ciudad, el Primer Congreso Sudamericano de Otorinolaringología.

El verificativo de este Congreso fué acordado, a motivación del Prof. Joao Marinho, en la sesión de clausura del Primer Congreso Brasileño de O. R. L., realizado en Río de Janeiro, en octubre de 1938, bajo la presidencia del señor

Ministro de Instrucción Pública de esa Nación, Excmo. Sr Dr. G. Capanema.

En dicha reunión se aprobó por aclamación la moción presentada por el Prof. Joao Marinho en sentido de elevar el Congreso Brasileño de O. R. L. a la categoría de Primer Congreso Sudamericano de la misma especialidad.

A este Primer Congreso Sudamericano concurrió, en calidad de Delegado del Supremo Gobierno de Bolivia, el señor Ministro de Higiene y Salubridad de entonces, Dr. Félix Veintemillas. Fueron miembros titulares del Congreso, aparte de varios profesionales de otras ciudades, tres socios del Instituto Médico «Sucre», los Dres. Aniceto Solares, Armando Solares Arroyo y José Aguirre T.

Los temas oficiales y sus relatores fueron los siguientes:

- I.—Las infecciones del seno maxilar y su tratamiento.—Relator Prof. Juvenal Denegri, del Perú.
- II.—Las infecciones del seno frontal y etmoidales y su tratamiento.—Relator Prof. Joao Marinho, del Brasil.
- III.—Las infecciones del seno esfenoidal y su tratamiento. Relator Prof. Eliseo V. Segura, de la Argentina.
- VI.—Las indicaciones de la cirugía conservadora en la otitis crónica. Relator Prof. Justo Alonso, del Uruguay.
- V y VI.—Resultados inmediatos y alejados de la cirugía conservadora del oído medio. Relator Dr. Alfredo Alcaíno, de Chile.
- VII.—Formas otorinolaringológicas de la blastomicosis.—Relator Dr. Raphael da Nova, del Brasil.
- VIII.—Acerca de la fisiopatología del laberinto posterior. Relator Prof. Pedro L. Errecart, de la Argentina.

Los resultados de esta reunión se registran en un amplio volumen que contiene los relatos oficiales.

Supresión del Ministerio de Higiene y Salubridad

El atrazo, obligado por circunstancias materiales, propias y casi exclusivas del medio ambiente sucrense, con que aparece la Revista del Instituto Médico «Sucre», es causa para muchos y muy graves inconvenientes. Empero. A veces, cual ocurre ahora, permite, también, paradójicamente, ocuparse con oportunidad de algunos asuntos de suma importancia nacional.

A tiempo de imprimirse este número se ha presentado en la H. Cámara de Diputados de la Nación un proyecto de ley, aprobado en forma precipitada en su primera estación, tendiente a suprimir el Ministerio de Higiene y Salubridad, o, cuando menos, a refundir ese Ministerio con otro u otros.

Como siempre, se aducen razones de economía que obligan a restringir los gastos gubernamentales. Pero. Aparte la seguridad de que esas reducidas economías han de ser sustituidas rápidamente por el derroche en nuevas reparticiones fiscales de escasa o ninguna utilidad que han de crearse de inmediato, conforme ocurre frecuentemente en Bolivia, no es comprensible el ahorro en la preservación y cuidado de la salud pública.

Las condiciones generales en que se desarrolla la vida nacional son absolutamente distintas a aquellas en que se producía antes de la infausta guerra del Chaco. La mentalidad de los legisladores de antaño debe esforzarse por acomodar su idiosincracia partidista o personal a las exigencias del momento actual, pues, no es posible regir la vida boliviana de 1940 por las mismas disposiciones de 1920 o 30. En caso contrario, las tendencias legislativas, norma-

das por principios políticos caducos, discrepan de las necesidades públicas o perjudican su normal cumplimiento y el legislador divorciado del grueso pueblo debe abandonar el campo a mejores y más modernos ideales.

La subsistencia del Ministerio de Higiene y Salubridad es esencial para el cumplimiento de las necesidades sanitarias de la Nación.

Su refundición en otro Ministerio tampoco es conveniente por cuanto el cumplimiento de su objetivo sería supeditado a intereses políticos, al capricho ministerial y aun a la falta de energía de un simple Jefe de Departamento.

El Instituto Médico Sucre, sociedad particular, al defender la subsistencia del Ministerio de Higiene y Salubridad no defiende ningún interés. Defiende una valiosa conquista del profesionalismo médico boliviano y una repartición oficial indispensable para el normal desarrollo sanitario de la Nación.

El sentido agresivo y canibalístico de la sexualidad

Por el Dr. JOSE AGUIRRE T.

Todos los actos humanos, desde los más simples y naturales hasta los más complicados y artificiales, son expresiones claras u oscuras de la sexualidad.

Ahora bien. El instinto vital de conservación y reproducción no es sino un imperativo trófico que nace á raíz de la hostilidad o carencia del medio ambiente alimenticio. Es el deseo constante y universal de sobrevivir a las inclemencias del medio ambiente tornadizo. Es la tendencia permanente a huir de la muerte por hambre e inanición.

He ahí porqué los organismos simples, unicelulares, desconocen absolutamente el instinto vital, la sexualidad natural. En efecto. Son seres satisfechos, felices, indiferentes, que nacen, crecen y sobreviven, automáticamente, casi contra su deseo inconsciente. En realidad los minúsculos proteicos que nacen en un ambiente propicio, lleno de luz, alimentos y aire, que crecen, cómodamente, cual pequeñas masas palpitantes de satisfacción, adquieren cierto volumen y, luego, se escinden insensiblemente en múltiples fragmentos, cada uno de los cuales crece, se hincha y vuelve a quebrarse en otros fragmentos microscópicos que siguen independientemente su destino, desconocen la verdadera sexualidad.

La sexualidad se fragua recién cuando el medio

ambiente se vuelve insuficiente u hostil, cuando faltan los alimentos necesarios, cuando la luz disminuye, cuando escasea el aire. Entonces, sólo entonces, aparece, en una forma natural y rudimentaria, el instinto vital. Está representado por la fuerza inmaterial que empuja a una pequeña célula hambrienta, exhausta, pero, activa, a dirigirse, repentinamente, en un medio hostil, hacia otra célula vecina para influirla, atraparla, ingerirla y asimilarla. Recién entonces los dos cuerpos celulares famélicos se convierten en un solo cuerpo que después de algún tiempo se divide en varias células.

Esta rudimentaria conjunción y división celular representa un primer acto de canibalismo real y de sexualidad vital.

Para no perecer de hambre e inanición, en un ambiente adverso, el único recurso utilizable consiste en extender los tentáculos, atraer, atrapar a un compañero, a un hermano, cazarlo, engullirlo, ingerirlo y asimilarlo.

La primera reproducción celular, en la cual no existe vestigio de sexo ni diferenciación material, es, pues, el resultado de un imperativo simplemente trófico, caníbal. Es la necesidad instintiva de sobrevivir y reproducirse.

Los naturalistas consideran como un acto de reproducción este fenómeno primitivo en virtud del cual dos minúsculos cuerpos se adhieren, se funden, se inmiscúan íntimamente y se dividen, pero, los mismos naturalistas advierten que esa reproducción sólo se establece cuando el medio ambiente es precario, cuando faltan alimentos suficientes.

Es una forma de conservar la vida de la especie.

Las células más ágiles, más traslativas, las que poseen más fortaleza vital, atraen, atrapan, engullen, digieren, asimilan a sus compañeras más débiles y exhaustas para procurar a expensas de ellas la supervivencia de la especie.

En este fenómeno rudimentario, casi informe, existe siempre, un elemento activo, capturador y un elemento pasivo y capturado. El primero tiene la significación del macho. El segundo la significación de la hembra. La célula fuerte, móvil, traslativa, agresora, capturadora, es, pues, la célula macho. La célula débil, pasiva, inmóvil, es

la célula hembra. Macho y hembra todavía informes, sin ninguna diferenciación sexual, unidos por cauces tortuosos, por vías subsidiarias, pero, con sus caracteres vitales claramente determinados.

Más tarde se establece la diferenciación sexual completa de todas las formas orgánicas, pero, siempre, en este largo proceso, el macho conserva y perfecciona su significación primitiva de elemento agresivo, dominador y la hembra su significación inmutable de elemento capturado y pasivo.

I he aquí, nuevamente, porqué, según este criterio, resulta que el amor, expresión sublime de la sexualidad universal, que las primeras nupcias que se realizan en los albores del instinto vital, no son, propiamente, caricia, en el sentido biológico de la palabra, sinó que son, realmente, una agresión y una ingestión.

Porque si se profundiza más en estas aguas turbias de la sexogénesis se llega, fatalmente, a la concepción real, al parecer monstruosa, de que el contacto amoroso, la pretendida caricia romántica de los ojos y de los labios, es, siempre, simbolismo de agresión y de ingestión.

Conquistar y seducir son dos términos usados con frecuencia en la rica terminología amorosa. Pues bien. Conquistar, seducir, es, siempre, en última instancia, atraer, atrapar, sojuzgar y engullir. Es la tendencia permanente a ingerir y asimilar la presa apetecida para convertirla en nuestra propia sustancia y saborearla así íntimamente.

Por todas partes se encuentran pruebas de ese primitivo sentido agresivo y canibalístico de la sexualidad.

Cuando se tiene ocasión de asistir a las nupcias de las bestias se recibe inmediatamente la impresión nítida de una violenta agresión. En la unión de las bestias no existe nunca la impresión romántica de una caricia porque el macho se clava bruscamente en la hembra, la sojuzga, la hiere, la tortura, en tanto que la hembra impotente se abandona, sufre, se queja, grita.

En las formas animales superiores la unión sexual conserva el sentido agresivo y canibalístico de la nupcia de las bestias. No existe, tampoco, la impresión de un contacto suave, de una caricia directa, sinó la certidumbre de una

agresión y de una ingestión.

I en el hombre también. Todavía se encuentran en el hombre largas huellas y profundos vestigios del primario sentido agresivo y canibalístico de la sexualidad universal.

Así, por ejemplo, el beso se inicia como un acto suave, superficial, romántico. Pero, existe una expresión vulgar y corriente, que brota inconscientemente de labios de la madre que acaricia a su hijo pequeño, del amante que arrulla a su amada. Es la expresión «te comería a besos», «quisiera comerte a besos». Pues bien. Esa expresión inconsciente indica, claramente, que el beso, en su origen real, responde también al recóndito sentimiento trófico y canibalístico de la sexualidad.

La madre que «quiere comer a besos a su hijo», el amante que «desea comer a besos a su amada», realiza sin sentir un acto de agresión y canibalismo simbólico pero no por eso menos innegable.

Luego. Del beso de ternura de la madre al hijo, de aquella dulce expresión amorosa de «te comería a besos», del beso suave del amante a su amada, se pasa insensiblemente, al beso apasionado del hombre a la mujer, que ya no se limita únicamente a los labios sino que se extiende a una gran superficie acariciadora del sujeto enamorado, y, por último, se llega al beso violento del macho a la hembra, al «beso mordisco» que consiste en hincar los dientes y sorber la sabrosa carne femenina.

I nadie puede negar el sentido agresivo del «beso mordisco» ni menos contradecir que constituye el primer gesto real encaminado a comerse materialmente a la mujer.

A pesar del afán idealista y romántico de los poetas la unión sexual del hombre y de la mujer, constituye también, un acto de atracción, de ingestión y de asimilación.

En un plano más elevado esta concepción antrofágica de la sexualidad es corriente y se practica diariamente, en forma simbólica, entre los hombres con creencias religiosas.

Para el hombre creyente en una religión totémica, el tótem, es decir, el animal considerado como el antepasado de la tribu y venerado por ella, es de su misma sangre y de su misma especie, de tal suerte que los fieles que

ofrendan el sacrificio del tótem, vale decir, del animal de igual especie al del antecesor de la tribu, y el tótem, el animal sacrificado, forman una sola comunidad, son miembros de la misma familia y especie.

Aquel miembro de la comunidad que ingiere la carne o la sangre del animal sacrificado no sólo se santifica con esta ingestión sino que además estrecha sus lazos de unión con la propia divinidad de la cual no es más que una representación simbólica el tótem.

Ahora bien. ¿Qué representación asume el tótem en una religión totémica? Según la escuela psicoanalítica el tótem asume la representación del padre de la tribu, de tal suerte que el sacrificio del animal de su especie, del tótem, es un acto de agresión y de muerte de un ser de la misma especie, pero, como tal tótem, como tal bestia sacrificada, representa, simbólicamente, al padre de la tribu, al que se da muerte por motivos incestuosos, resulta, en última instancia, que el individuo que ingiere carne del tótem, ingiere, sencillamente, carne de la propia divinidad, sangre del padre de la tribu.

Una de las más puras religiones humanas, aquella en la que casi todos los lectores son creyentes o devotos, el cristianismo, tiene, también, en forma más sublime, más pura y más elevada, en apariencia, esa significación sexual agresiva y canibalística.

En ella se descubre, fácilmente, el carácter antropofágico o canibalístico del amor divino que no es sino una transmutación, una liberación, una sublimación, de los primitivos instintos sexuales.

La ingestión sacramental eucarística, la comunión cristiana, sin la realización de la cual ningún creyente se considera suficientemente devoto ni menos identificado con su Dios, no es sino la prueba del carácter teoantropofágico del amor divino.

En efecto. La religión católica, apostólica, romana, no acepta suficiente la simple creencia o adoración de Dios sino que exige, precisamente, la identificación del creyente con la divinidad, es decir, la purificación del pecado mediante la confesión y, sobre todo, la comunión sacramental.

El creyente que eleva su alma a Dios en la soledad propicia de su aposento o pide perdón desde el fondo atribulado de su espíritu no es un verdadero creyente. Es, simplemente, según los Ministros de Dios en la tierra, un vulgar ateo disimulado.

Para ser católico necesita purificar su alma mediante la confesión y su cuerpo con la ingestión eucarística sacramental.

He aquí, en sucesión apresurada, la demostración del significado sexual y antropofágico de la imposición sacramental eucarística o comunión cristiana católica.

Según la leyenda mosaica la primera pareja humana fué expulsada del paraíso a raíz de un pecado de prevaricación sexual de Adán, que no supo resistir a las solitudes de su mujer Eva.

Después de ese primer acto de infidelidad el pecado original se repitió, en el mundo pagano, durante varios siglos y la humanidad descendió así, paulatinamente, a los peores extremos de la corrupción moral. Cristo adoptó entonces la forma humana, descendió del cielo y se encarnó en el cuerpo del hombre para ofrendarse en sacrificio y salvar a la humanidad pecadora, pero, antes instituyó "la comida eucarística" por la que el pan sin levar y el vino de la consagración representarían, eternamente, su cuerpo y su sangre. Ahora bien. Cristo, el Dios hijo, y la comunidad de fieles cristianos son miembros de una misma familia humana, tienen, en principio, la misma naturaleza, igual carne, idéntica sangre. Entonces la persona que ingiere la partícula consagrada, el disco de pan sin levar, la hostia, se santifica y estrecha más sus lazos comunes con el resto de la comunidad de fieles, con Jesucristo, con el Padre Eterno, mediante un acto agresivo de tecantropofagia simbólica, porque al ingerir la hostia asimila a su cuerpo el cuerpo de Dios Hombre.

Existe, pues, una clara filiación agresiva y canibalística en el acto de la ingestión sacramental eucarística y como el origen primitivo de esta forma ideal de purificación humana fué un pecado de prevaricación sexual, resulta que la ingestión simbólica de la hostia responde, fundamentalmente, en sus fuentes más profundas, a la ten-

dencia sexual, permanente, agresiva y canibalística, que consiste, precisamente, en agredir, en ingerir, en asimilar a nuestro cuerpo el cuerpo que es más amado.

La forma sustancial en que el disco de pan, la partícula de masa sin levar, representa o lleva en sí el cuerpo y el espíritu de Dios es cuestión sentimental que no interesa a médicos y biólogos. Desde el punto de vista estrictamente especulativo, aquel pensamiento cartesiano de que el disco de pan, la hostia, es realmente el cuerpo de Dios Hombre, no sólo simbólicamente sino materialmente, por cuanto las palabras de la consagración le insuflan la esencia de Dios debe ser respetado, a pesar de que el químico y el naturalista no pueden descubrir ningún cambio ponderal en la composición material de la hostia desde el momento antes hasta el momento después de la consagración.

De donde resulta, en forma incontrovertible, que el creyente católico que ingiere el pequeño disco de pan consagrado incorpora realmente a su cuerpo el cuerpo vivo, la sangre viviente de su Dios, obedece al imperativo categórico del amor universal que consiste en agredir, ingerir, incorporar y asimilar el cuerpo u objeto amado.

Los pueblos, como las células, igual que los animales y el hombre, o, quizá, más que todos ellos, sienten nacer y cultivan más o menos su instinto vital, que no es sino el resultado final de la sexualidad especial de sus diversos componentes humanos, a medida de sus necesidades crecientes y siguiendo el ritmo universal de las modificaciones incessantes del medio ambiente geográfico.

Jamás ha existido para los pueblos el líquido de cultivo donde se desarrollan cómodamente los organismos unicelulares, ni siquiera el absurdo paraíso terrenal de la Biblia donde dice que vivió feliz la primera pareja humana.

La existencia de los pueblos se ha desenvuelto siempre en un ambiente de carencia y hostilidad absoluta.

Pues bien. Precisamente de esa hostilidad ha nacido el instinto vital de supervivencia y conservación de los pueblos.

En el fenómeno complicado de la vida y desarrollo de las naciones existen, siempre, pueblos fuertes, activos, dominadores y pueblos pasivos, débiles y abúlicos. Los pri-

meros tienen la significación de pueblos machos. Los segundos la significación de pueblos hembras. Machos y hembras perfectamente diferenciados por su origen racial, alejados por tendencias biológicas extremas y por ideologías artificiales irreconciliables.

Obedeciendo, inconscientemente, al ritmo inmutable de la sexualidad universal los pueblos machos atraen, sojuzgan, poseen y destruyen a los pueblos hembras. Los pueblos hembras se abandonan mansos, pacíficos y sollozantes a la dominación de sus similares varoniles.

De ahí que las ideas de superioridad y de dominio real hayan caracterizado siempre a los pueblos machos. Las ideas pacifistas, derrotistas, igualitarias y de justicia inmanente a los pueblos hembras.

Pacifismo es sinónimo de feminismo. Ahora bien. Biológicamente feminismo es sinónimo de impotencia, abandono, quietud, mansedumbre, sometimiento y abulia.

El pacifismo primario y el derrotismo consecutivo germinan en cerebros débiles, en masas corrompidas, en ejércitos vencidos y en pueblos irremediabilmente impotentes.

Profesan el pacifismo las naciones física y moralmente incapaces de mantener su integridad, al igual que aquellas mujeres que no pueden guardar por sí su virginidad y se refugian en sus creencias religiosas.

El derrotismo prospera en las masas hembras paralizadas por el miedo anticipado a su agresor.

Tienen la culpa de esa feminización progresiva de los pueblos los polítics hembras que no pudiendo poseer a las masas por la convicción de sus destinos superiores o por la fortaleza moral de sus doctrinas, descienden, tranquilos, al terreno escabroso de las condescendencias, a la exaltación de los terrores ancestrales y a la abyección de las costumbres populares.

Hombres incapaces, que de tales no tienen sinó la figura, no pudiendo llegar virilmente al gobierno de sus pueblos revuelcan sus instintos entre la masa igual que esas pobres mujeres que revuelcan su deseo entre mujeres en busca de un placer viril imposible.

El principio y desarrollo de las facultades y actividades mentales y corporales, y consideraciones de la in-y subconsciencia.

Por el Profesor Dr. OTTO KLIENEGER.

Naturalmente debemos principiar con los comienzos del ser humano, es decir: del desarrollo del lactante al niño que habla y corre, del desarrollo del niño al adolescente y adulto.

La primera señal de un conocimiento mental del niño es *la sensibilidad*. Hasta su nacimiento, estaba el niño, en el vientre de su madre, rodeado de calor y envuelto en obscuridad.

Después de su nacimiento, se encuentra en un ambiente lleno de luz y en una temperatura de menos calor. La consecuencia inmediata, la primera actividad infantil, es que el recién nacido comienza a gritar: *una reacción inconsciente*, pero normal, adecuada al ambiente nuevo. El gritar es una expresión corporal, impulsada por la sensibilidad.

El niño, antes de nacer, estaba en el vientre de su madre, los primeros meses, totalmente inmóvil; durante los meses siguientes se hizo sentir por unos ligeros movimientos ocasionales de los bracitos y piernecitas, los primeros movimientos infantiles que certifican la vida nueva en el cuerpo de la madre. Estos movimientos, en el vientre materno, son *reacciones corporales inconscientes, resultado de una sensación inconsciente*, presión o molestia de posición que se le ha quitado. Los movimientos inconscientes después del nacimiento comienzan en el niño, ligeramente, por patallar y mover brazos y piernas, movimientos que son causados por el ambiente espacioso que tiene el niño, después del nacimiento, a su disposición. Pero también en este caso se trata solamente de reacciones inconscientes a causa de irritaciones inconscientes.

De estas realidades por mí citadas, se ve, que hay *en el feto y lactante ya una subconsciencia* que le impulsa a reacciones inconscientes, causadas por impresiones desagradables que en su origen son avisos dados por posiciones molestosas. *La subconsciencia* es como un *órgano preventivo* que, como tal, ayuda y remueve estas posiciones molestosas, poco antes advertidas por tales impresiones inconscientes, y por consiguiente también esos fastidios advertidos. *La verdadera consciencia*, despierta y clara, se desarrolla más tarde; precisamente es entonces cuando el niño comienza a percibir, y se completa más, luego, cuando el niño ya principia a pensar y se perfecciona tanto más, cuanto más el niño progresa en pensar.

Por el momento quiero advertir que tenemos que contar también en el hombre con la subconsciencia, que no es una suposición, sino un hecho justificado y confirmado.

Repito que el lactante reacciona con señales de inquietud pataleando y chillando ante influencias exteriores, es decir: ante irritaciones externas, que percibe la subconsciencia como desagradables sensaciones avisadas, y las corrige de inmediato. El lactante todavía no es capaz de orientarse en este nuevo ambiente tan lleno de luz, tanto menos, que todo lo que le rodea le es desconocido. Poco a poco se acostumbra a todo esto: se tranquiliza, y las sensaciones se transforman lentamente y en escala ascendente en *percepciones*. El bebé aprende a sentir, ver y oír. Se inquieta, patalea y berrea cuando siente hambre o sed, si le fatiga su posición, si está mojado o ha depuesto. Mira a la puerta si se abre, a hombres que se le acercan, voltea la cabeza si oye ruidos o voces hacia el lado de donde percibe estos ruidos y voces, agarra objetos que se le ofrecen.

Algún tiempo más tarde comienza el niño a sonreír si se encuentra con algo conocido como la cara de los padres y hermanos, juguetes y otras cosas, mientras se inquieta aún en lo sucesivo al ver lo desconocido como personas ajenas, animales, objetos, que pueden conducirlo a berrear y luego a llorar. Con el tiempo se acostumbra también a lo extraño y desconocido.

Por la costumbre se transforman estas percepciones gradualmente en *ideas*. Con esto comienza un *pensar y ac-*

cionar por lo pronto más o menos inconsciente, que con el tiempo será más y más conciente. El niño, por lo general, después de cinco hasta nueve meses avisa por berridos, por ciertos sonidos o voces determinadas, si necesita desaguar o deponer, si siente hambre o sed, sensaciones desagradables, o si tiene deseos de juguetes u otras cosas.

Estos procesos hacen constar que el niño llega por medio de la costumbre del sentir al percibir, del percibir al idear y de ahí a *una cierta experiencia*. Con esto se ha adquirido una base para recibir y retener percepciones, impresiones e ideas, y por lo mismo está formada la base para la capacidad memorial y recordativa, es decir: *la memoria*.

Después de dos a tres meses principia el lactante a balbucear. Algunos meses más tarde forma las primeras voces. Al mismo tiempo comienza el infante a distinguir las voces de sus padres, hermanos y otros parientes y aun visitantes que vienen a menudo a ver su familia. Entonces llega el niño a pronunciar algunas sílabas como ma—ra—mo—re—si—si y las repite unas veces como ma ma ma; si si si. Desde el nono al décimo mes ya hablan los niños con frecuencia algunas sílabas sin repetición y algunas palabras correctamente. Comienzan a denominar con un vocablo correspondiente varias figuras u objetos representados en cuadros, gustan de indicar con el dedo o mano las figuras u objetos. Luego componen diferentes palabras sin que naturalmente se pueda darles todavía un sentido, no existiendo conexión ninguna aún. Propiamente, comienza a hablar el niño, en general, en el transcurso del segundo año de vida. Los niños aprenden el hablar por que escuchan las palabras y frases que se les dirige a ellos. Proceden de esta manera: imitan las sílabas, más tarde palabras y frases, pero todavía sin sentido, maquinalmente. Sin embargo, son impulsados en estos ejercicios por el deseo de adelantar; lo vemos por que, mientras pronuncian estas sílabas, palabras y frases, las acompañan frecuentemente con una sonrisa o a veces se ríen después, lo cual supone una cierta satisfacción y alegría. Sucesivamente se desarrolla en intervalos más o menos largos *la comprensión del lenguaje* y en combinación por consecuencia de esta comprensión aumenta también *la capacidad de hablar*.

Como consecuencia de la asimilación del niño a su ambiente, del desarrollo de comprensión y de la facultad de hablar y su progresiva comprensión y atención para acontecimientos exteriores, se muestra el niño más abierto y susceptible. Más y más aprende a hacerse entender, ayudándose en un principio con gestos respectivos, y poco a poco habla sin estos auxiliares. Al mismo tiempo, demuestra el niño un cierto criterio, da muestras de confianza y desconfianza, es decir: de simpatía o antipatía, portándose de diferente manera con las diversas personas, sonriendo y a algunas extendiendo sus brazos, a otras trata con reserva y se vuelve a otro lado. Así pues demuestra ya sus personales y subjetivos sentimientos.

En adelante vemos al niño con más atención e interés aunque *se distrae fácilmente*, lo que notamos en todos los niños, también en edad mayor. Esta facilidad en distraerse la encontramos con frecuencia, aun entre personas adultas, nerviosas. La distracción descansa en la falta o disminución de la concentrabilidad. La capacidad de concentración se desarrolla en los niños mucho más tarde que las otras facultades y actividades mentales. La encontramos en su totalidad en los años de la pubertad o en los años siguientes. En este tiempo no es todavía un estado de duración sino puede desaparecer repentinamente. La atención y el interés se demuestran en el niño que habla también de esta manera: aumentando sus preguntas, hasta la molestia. Esto parece por lo pronto como una expresión de curiosidad infantil, pero en el fondo es causado por el impulso inconsciente de aprender y saber. En los adultos, es este afán de preguntar una pura curiosidad, una propiedad de carácter deficiente, que tiene por causa inquietud interior, incertidumbre y desconfianza, y en el fondo no es sino una grande chismografía.

En el continuo desarrollo mental del niño las ideas ya no dependen de percepciones, sino que se transforman más y más en pensamientos propios y personales. El aumento de pensamientos autónomos conduce a un pensar autónomo progresivo y esto a reflexiones y conclusiones.

Por todo ello, es decir: pensar, reflexionar, capacidad de retener o fijar en la memoria, es decir: esta facultad que sirve para conducir y fijar en la memoria todas las impresio-

nes que percibimos por nuestros sentidos, y la misma memoria, engendran en el niño la base sobre la cual pueden crecer *el conocimiento, la comprensión y el saber*.

En este tiempo comienza el infante, en cierto sentido, a emanciparse: ahora se forman en él ciertas propiedades características, *propiedades del carácter*, por las cuales se distingue luego de los otros niños.

Coincide con el desarrollo mental *el desarrollo físico*. Mientras los primeros movimientos del niño, recién nacido, están en un estado de completo desorden, él aprende, paso a paso, a coger con seguridad, si bien no es capaz de comprender, las cosas a las cuales extiende las manos. Al principio deja caer todo lo que tiene en la mano, hasta que también en esto la costumbre le quita la falta de habilidad, de tal manera, que el niño coge segura y rápidamente las cosas y aprende a tenerlas en las manos. Así se hacen más y más seguros, por la costumbre y el ejercicio, los movimientos de las manos y de los brazos hasta que el niño llega a *un completo acierto*.

Además, aprenden los niños a *estar sentados, estar de pie y andar*. Así se ponen en movimiento todos los músculos que hasta entonces no habían entrado en función o sólo de una manera insuficiente y esporádica. Y, por la costumbre y el ejercicio, aumentan cada vez más los movimientos y por eso la fuerza muscular. *La movilidad en total va a ser más y más hábil, segura y firme, y llegará a prestar una colaboración equilibrada de todos los músculos*.

Al principio el niño no puede mantenerse sentado sino con apoyo y solamente durante poco tiempo, y siempre se cae porque los músculos todavía son débiles y no están ejercitados, hasta que haya aprendido paso a paso, por costumbre y ejercicio, a estar sentado quieto durante más tiempo. De la misma manera necesita el niño, al principio, un firme apoyo para mantenerse en pie porque la debilidad de los músculos del tronco y de las piernas y la falta de habilidad en general lo hacen caer. Si los niños caen de repente con ímpetu irresistible al suelo, pueden sufrir heridas y con relativa frecuencia conmociones cerebrales, que producen una inconsciencia de duración de una hasta dos horas,

y desaparecen, sin desórdenes de ninguna clase. Poco a poco se puede cesar de tener agarrado firmemente al niño, pues pronto éste mismo aprende a agarrarse, de sus padres, de sillas, de la pared o de otras cosas; y entonces hace ensayos pequeños de estar en pie sin apoyo ninguno y lo logra muy pronto, aunque durante algún tiempo haya todavía la tendencia a caer a causa de la debilidad muscular en general, de la imperfección en la colaboración de los músculos, que dan la posibilidad de estar de pie, y a causa de que el equilibrio todavía está poco desarrollado.

Mucho más tiempo necesita el niño para poder andar y caminar sin ayuda. Esto resulta por el hecho de que el niño hasta ahora ha hecho solamente movimientos aislados, y también, manteniéndose sentado o en pie, sólo ha hecho funcionar ciertos grupos de músculos, mientras que al andar y caminar el cuerpo entero y casi todos los músculos se ponen en movimiento y además en un movimiento que cambia constantemente. Por eso se puede notar también aquí, durante mucho tiempo, *una considerable falta de habilidad*, que se manifiesta en tropezar, resbalar y caer, porque el niño al principio todavía no sabe usar los músculos. Y además falta *la indispensable colaboración automática del sistema muscular*, y *el equilibrio que depende del cerebelo* no está todavía desarrollado completamente. Pero también aquí se puede observar que los desórdenes indicados disminuyen, por costumbre y ejercicio, hasta que el niño llega a una *habilidad completa*.

A los nueve meses, a veces recién a los dos años de edad, los niños acaban *la emisión involuntaria de orina*, y generalmente a los nueve meses acaban de *defecar involuntariamente*. Que la defecación se arregla y ajusta antes de la micción se explica por el hecho de que el tenesmo se hace sentir bastante tiempo antes de la defecación, mientras la necesidad de orinar con frecuencia y especialmente en niños provoca una micción inmediata y por esa causa muchas veces una incontinencia de orina. De la misma manera orinan también niños mayores a veces involuntariamente a causa de cierta distracción, especialmente si juegan o se

ocupan de otra manera con tanta intensidad que no notan la necesidad de orinar o la descuidan.

Del desarrollo de *la facultad de comprender el lenguaje* y de *la facultad de hablar* ya he tratado en el desarrollo mental. Tengo que añadir en este conjunto, que la facultad de concebir es una disposición intelectual, mientras la facultad de hablar pertenece a las funciones físicas. Esto se comprueba por los hechos siguientes: 1) que hay disfasias que se tienen que considerar de naturaleza meramente física, defectos de fonética como el balbuceo y la imposibilidad de pronunciar varias letras y palabras difíciles —y 2) que el lenguaje se forma por movimientos de los músculos de los labios, de la lengua, del paladar y de la laringe junto con las cuerdas vocales, y por eso es una actividad física. Además es un hecho indiscutible que hay en el cerebro *dos centros de fonación*, uno al lado del otro, pero completamente separados, *el centro para la facultad de comprender*, constatado por el psiquiatra *Wernicke*, situado en la circunvolución izquierda superior de las sienes, y *el centro para la facultad de hablar* en la tercera circunvolución frontal izquierda, descubierto por *Broca* y por eso llamado *centro de Broca*. En ataques de apoplejía sucede que ambos centros se destruyen, es decir, que la facultad de comprender y también la facultad de hablar se aniquilan, mientras en ataques más leves a menudo solamente uno de los dos centros está atacado. El trastorno o sea la pérdida de la facultad de comprender se llama *afasia sensorial*, y el aniquilamiento de la facultad de hablar *afasia motora*. Por el calificativo “sensorial” se señala un trastorno mental, por el nombre “motor” un desorden físico.

Añadiendo, aquí se debe decir que *la facultad de hablar* sin duda es una actitud corporal, pero *basada sobre un origen psíquico*; pues el hablar se puede desarrollar solamente después del desarrollo de la facultad de comprender, no en el primer estadio de este desarrollo, sino en el progresivo. Sin la facultad de comprender es imposible aprender a hablar, mientras, al contrario, la facultad de comprender puede ser desarrollada íntegramente, faltando por otra parte, la facultad de hablar totalmente como, por ejemplo, en los mudos.

Al tratar de la facultad de hablar he dicho, que los niños recién en el transcurso del segundo año de edad comienzan a hablar. No obstante, sucede a veces, que algunos niños ya a fines del primer o al principio del segundo año hablan mucho y bien, y evolucionan también después, respecto a la inteligencia y al cuerpo, de una manera extremadamente rápida. Pero sería una gran falta deducir de esta evolución, sumamente rápida, que este desarrollo sigue siempre del mismo modo. Pues en estos niños, que los padres frecuentemente llaman niños prodigios, se ha notado, no pocas veces, un retardo, también una paralización completa del desarrollo siguiente intelectual y físico, de tal manera, que se puede decir que el prodigio ha desaparecido y solamente ha quedado el niño. Por el contrario, hay niños, varones y mujeres, que a fines del segundo año de edad recién, y algunas veces a los tres años, han comenzado a hablar y, sin embargo, han sido más tarde oradores excelentes. Yo mismo conozco cuatro casos, una mujer y tres varones,

De estas constataciones resulta, que es completamente equivocado pronosticar *el porvenir de niños* porque especialmente en la infancia todo está creciendo y evolucionando, en un cambio permanente y por eso desequilibrado y muy variable. Hay que añadir especialmente en los niños, influjos internos, como desórdenes del metabolismo, y externos, como excitaciones, accidentes y enfermedades, pueden producir alteraciones, desórdenes y detenciones del desarrollo intelectual y físico.

Así se producen con regularidad en un *crecimiento rápido* de muchachos y muchachas, en mitad o a fines del segundo decenio de edad, desórdenes nerviosos: sensibilidad, desenfreno, aumento de distracción y de laxitud, y un frecuente y brusco cambio del estado anímico. Durante el tiempo de este crecimiento rápido los jóvenes son a menudo pretenciosos, iracundos y coléricos, veleidosos y caprichosos, las mujeres muy sensibles, poco resistentes, fáciles de conmover, hipocondríacas, lloriquean y sufren depresiones, sin motivo exterior. Esos desórdenes nerviosos se producen porque debido al crecimiento rápido, el equilibrio físico y mental ha sido perturbado o paralizado.

De una manera sumamente pronunciada y clara se muestran estos desórdenes en *el llamado tiempo de la madurez en la pubertad*. Los trastornos de la pubertad se basan en desórdenes de las glándulas internas, que se llaman *glándulas endócrinas*, porque no segregan—como las glándulas lacrimales y sudoríparas—sus productos hacia fuera, sino hacia dentro conduciendo al cuerpo, mientras otras, por ejemplo, las glándulas sexuales, segregan a ambos lados. A estas glándulas endócrinas pertenecen las glándulas cerebrales, hipófisis y epífisis, la glándula tiroides, bazo y páncreas, hígado, las glándulas sexuales y otras. Todas estas glándulas tienen un efecto recíproco. Por le enfermedad de una de estas glándulas internas se afectan simultáneamente otras y por eso se produce una alteración y un trastorno del equilibrio físico y mental.

En *la pubertad* sucede una involución del timo y un desarrollo de las glándulas sexuales, de los testículos en los varones y de los ovarios en las mujeres. En los varones se puede notar el desarrollo del pelo de la barba, de las cavidades axilares, del cuerpo en general y de los órganos genitales, y además el cambio de voz, y en las mujeres el desarrollo del pelo de las cavidades axilares y pelo pubiano, el desarrollo de los pechos y la aparición de la menstruación.

La involución del timo y el desarrollo de las glándulas sexuales causan trastornos nerviosos, iguales a los trastornos de crecimiento rápido. Hasta que las glándulas endócrinas durante o después de la pubertad se hayan acomodado y adaptado de nuevo, pasan dos o tres años. *La pubertad* no produce una madurez efectiva sino se debe considerarla solamente como *un comienzo de la madurez*.

La edad de la pubertad empieza generalmente en regiones de clima cálido en mujeres a los 12 o 13 años y en hombres a los 14 o 15, en regiones de clima frío se efectúa 2 hasta 4 años más tarde. La madurez efectiva se muestra en mujeres a los 16 hasta 18 años, en hombres dentro de los 18 y 21 años, a veces algunos años después.

La suspensión de la menstruación, la menopausia, causa de nuevo trastornos endócrinos en la mujer, pero en menor escala que al empezar la pubertad y la mens-

truación. Este tiempo de la menopausia se llama tiempo de involución; pero no se trata de una involución verdadera y general sino solamente de una suspensión del funcionamiento de los ovarios y por eso la suspensión de las reglas. *La menstruación* tiene con frecuencia el efecto de un trastorno de las glándulas endócrinas de tal manera que durante el período menstrual se producen los indicados desórdenes nerviosos. Además padecen las mujeres en estos días dolores de la cabeza y del vientre, síntomas de debilidad, vértigos, síncope y otros desórdenes que naturalmente tienen también relación con la pérdida de la sangre. Comenzando *la menopausia*, y a veces algún tiempo antes, y hasta seis o diez meses después, pueden manifestarse también desórdenes nerviosos como en los otros tiempos indicados; a veces pasa este período sin molestia y sin trastornos de ninguna clase. La menopausia, pasados los desórdenes nerviosos, generalmente ofrece un considerable alivio para la mujer, porque ella, ya no extenuada por las pérdidas de sangre, vuelve a conseguir su equilibrio físico y psíquico, hasta entonces siempre perturbado por la menstruación.

También *en cuanto al hombre* se habla muchas veces de *un tiempo de involución* fijándole alrededor de los 50 años de edad. Pero no se trata de una observación comprobada por hechos ciertos sino solamente de una suposición más o menos teórica que apenas puede defenderse.

La observación y el reconocimiento del principio y desarrollo de las facultades y actividades mentales y corporales del niño al adolescente y adulto son muy importantes, haciendo ver que los desórdenes nerviosos, a menudo y fácilmente tomados por impertinencia, por los cuales los niños eran insultados y pegados, no tienen la base de malicias, sino solamente de desórdenes del metabolismo. Estos desórdenes aclaran y disculpan, al mismo tiempo, por lo menos en parte, las particularidades nerviosas de las personas adultas, que, sin embargo, también pueden ser dependientes de una manera irregular de vivir, abuso del alcohol y de la nicotina, hábitos de precipitación, falta de descanso, etc. Pueden disminuirse o desaparecer por una vida ordenada, abstinencia, reposo, nutrición bien regulada y, en muchos casos, dietética.

Importancia de la auscultación de vértices pulmonares para el diagnóstico de la Tuberculosis incipiente

Por el Dr. MIGUEL LEVY.

No obstante las demostraciones radiográficas que nos enseñan todas las lesiones tuberculosas, hasta las más insignificantes, en diferentes porciones del campo pulmonar, es preciso reconocer que la auscultación es primordial en la Clínica Médica para encontrar, sobre todo, a nivel de los vértices, modificaciones por lesiones de comienzo o iniciación de T. B. que pueden ser muy poco visibles todavía a los Rayos X, pero, que, a la auscultación atenta y delicada, muestran signos que un clínico hábil y experimentado puede encontrarlos y confirmarlos en la autopsia.

La zona de alarma de Cheuvet y el campo de Krönig, a la auscultación y a la percusión respectivamente, jamás pasarán a un segundo lugar cuando se trata de diagnosticar la T. B. pulmonar incipiente.

Los vértices, en la Clínica pulmonar y en Semiología especialmente, deberán ser los puntos de mayor atención para buscar signos estetoscópicos reveladores de aquella enfermedad. No debe ningún médico olvidar que el oído, directamente, o el estetoscopio, al colocarlo sobre la espalda del enfermo, permanecerá de preferencia más del tiempo necesario en la zona de alarma.

Se auscultará con mucho cuidado este sitio, en am-

bos pulmones. Se hará la percusión y auscultación comparativa, como también la palpación de las vibraciones vocales y de la amplitud respiratoria. Así se podrá apreciar modificaciones importantes, que, cuando se encuentran en personas aparentemente sanas, obligan a una presunción diagnóstica de T. B. en su organismo de aparente buena constitución, un peligro oculto de esta naturaleza, indicios que al cabo de mucho tiempo se hacen efectivos y pueden confirmar las presunciones del clínico experimentado que ya vislumbró el porvenir de una persona, sobre todo, cuando ésta no se ha sometido a un tratamiento higiénico o medicamentoso apropiado.

Es tan importante esta investigación en caso de incipiencias y cuando todavía no ha sido realizada la reacción de la tuberculina, que se puede afirmar con esta última lo comprobado con la auscultación de los vértices pulmonares.

Si es unilateral, tiene mayor importancia cualquier modificación estetoscópica de la zona de Cheuvet: disminución del murmullo vesicular, aumento de las vibraciones vocales, rudeza respiratoria, sin mencionar anomalías de mayor importancia: chasquidos, estertores o rugosidades, respiración soplante, etc., que indican lesiones más avanzadas y muy claras en los Rayos X.

Colocad al enfermo en posición sentada, los brazos sueltos, haced que respire ampliamente con la boca abierta, que tosa unas cuantas veces. Encontrareis en personas que no se sospecha incipiencia de T. B. a nivel de ambos vértices y más a menudo en el lado derecho, disminución del murmullo vesicular, (antes de formar un juicio, convenceos si no hay insuficiencia respiratoria por obstáculo nasal: pólipos, desviación del tabique, estrechez nasal, etc.) Si junto con aquella modificación respiratoria hay aumento de las vibraciones vocales a la palpación y ligera submacidez a la percusión suave, desconfiad de la aparente buena salud del observado, aconsejadle por lo menos vida metódica y al aire libre, gimnasia respiratoria y un tratamiento recalcificante.

Otras veces, oíreis en uno de los vértices (el derecho de preferencia) ligeros estertores crepitantes, chasquidos

o rugosidades, apreciables sobre todo cuando se hace toser suavemente; a la percusión submatidez franca; tened seguro que ese auscultado es un T. B. con lesiones ya visibles a los Rayos X. Son procesos indurativos por infiltración del parénquima pulmonar y comienzo de degeneración conjuntiva. Prescribidle un tratamiento recalcificante, fuera de las indicaciones anteriores y de la tonificación general del organismo.

Si fuera de estas modificaciones apreciables a la auscultación, escucháis estertores subcrepitantes de pequeña burbuja o chasquidos más claros con una respiración so plante más espiratoria que inspiratoria y síntomas generales subjetivos y objetivos de una T. B. en comienzos de evolución, aconsejad al enfermo el neumotorax precoz, por que ya habrá un proceso destructivo del tejido pulmonar a nivel de los vértices y en otros puntos, es decir formación de pequeñas cavernas muy visibles a los Rayos X.

Esta práctica de observación de la zona de alarma de Cheuvet y del campo de Króning, con el cuidado que requiere, en enfermos que comienzan a disminuir de peso, no obstante una buena alimentación, conducirá en momentos precisos, a la curación de la T. B. en sus comienzos siempre que se le instituya el tratamiento inmediato arriba indicado.



La Úlcera Gástrica y la Úlcera Duodenal

Advertencias críticas por el
Profesor Dr. ALFREDO LUBLIN

Bajo distintos puntos de vista juzgamos hoy más claro que hace veinte años sobre la causa, el diagnóstico y la terapéutica de la úlcera. Debemos este progreso además de los estudios del clínico danés FORSELL, a los trabajos del clínico alemán G. von Bergmann y su escuela (G. Katsch, Kalk, H.H. Berg, Schoendube). Mediante observaciones clínicas sistemáticas, exámenes experimentales y su comprobación por intermedio de hallazgos histológicos, biópticos y autopsias, von Bergmann y sus famosos colaboradores en una unión de trabajo ejemplar sobre la base de la teoría de la úlcera han hecho prosperar considerablemente este ramo clínico.

Ya la importancia de los antecedentes de un enfermo, es decir, la *anamnesis*, como base para el diagnóstico, ha sido desarrollada por la escuela de von Bergmann haciéndose posible a menudo, por su intermedio, el diagnóstico diferencial entre la úlcera gástrica y la duodenal hasta cierto grado; sin embargo, no debemos olvidar, que ciertas particularidades de la sintomatología de estas dos formas de úlcera eran conocidas hace mucho tiempo. Debemos reconocer, desde luego, la perfección de la *anamnesis* en la escuela de von Bergmann que nos ha abierto nuevos caminos, hablando de un «diálogo de diagnóstico», es decir, una forma tal de efectuar la *anamnesis* que ésta debe ser «cincelada», en todos sus detalles; para comprender cada advertencia del enfermo, en

aparición casi indiferente, debe desarrollarse algo así como un entusiasmo por el deporte o una rutina de detective, encontrándose en este aspecto, esencialmente ingénito, una parte del talento para el diagnóstico.

Así se encuentra, para la úlcera *gástrica*, el llamado "dolor temprano", es decir, aquel dolor que parece "horadar" y aparece inmediatamente después de las comidas, mientras que el dolor llamado "tardío", "dolor de hambre" o "dolor nocturno" indica una úlcera *duodenal*. Este tipo de dolor que aparece entre 1 y 3 horas después de la comida, a menudo también a media noche, despertando al enfermo, es la expresión de contracciones "vacías" del estómago y entonces se produce el "alivio por comer", es decir, la desaparición del dolor cuando el enfermo ha comido o bebido algo. El enfermo aprende a conocer estas peculiaridades de su estómago y acude finalmente a un remedio probado en contra de los dolores nocturnos: ¡el bizcocho sobre la mesa de noche! Igualmente, el enfermo siente instintivamente que su úlcera duodenal se anuncia siempre que "ella tiene hambre"; por eso el enfermo que sufre de una úlcera *duodenal* se *complace* en las comidas, mientras que una úlcera *gástrica* hace al enfermo *temer* las comidas y por esto la úlcera *gástrica* conduce al enfermo al enflaquecimiento ocurriendo lo contrario con la úlcera *duodenal*.

Invitando al enfermo a marcar con el dedo la localización del dolor, éste emplea la mano izquierda en caso de una úlcera *gástrica* y la derecha en el caso de una úlcera *duodenal*, en la mayoría de las veces.

Es cierto que únicamente se trata de indicios y no de pruebas, pero sabe juzgarlos el experto "cazador de úlceras", así, sabe también que no tienen ningún valor de prueba aun aquellos tipos de dolor "característicos", por que a menudo se trata únicamente de dolores que nacen de la *gastritis*, síntoma concomitante tanto de la úlcera *gástrica* como de la *duodenal*. Como esta "gastritis concomitante" se localiza de preferencia en la región pilórica, el síntoma pilórico (dolor tardío, dolor de hambre o dolor nocturno y alivio por comer) se producirá lo mismo, es decir, existirá el síntoma dolor, con sus características, tratándose unas veces

de una úlcera *gástrica* segura y otras veces de una gastritis primaria *sin úlcera*.

Mientras las sensaciones objetivas de la úlcera *gástrica* se describen como dolores que "horadan" y a menudo se irradian "a través del cuerpo hacia la espalda", otras veces *pueden* faltar los dolores en la úlcera duodenal, entonces, los enfermos hablan a menudo de dolores "secretos" o se quejan únicamente de sensaciones de presión y plenitud en la región del epigastrio derecho.

Pero; añadamos al "síndrome pilórico" la *periodicidad* de los dolores, es decir, que éstos en la úlcera duodenal, desaparecen espontáneamente y así se pierden por meses enteros, para volver a aparecer luego sin motivo claro. Frecuentemente, la primavera y el otoño (en Europa) son estaciones en las que el enfermo siente su úlcera duodenal. Esta desaparición y reaparición periódica de los dolores, hace difícil comprobar si la úlcera duodenal, durante el período sin dolores, ha sido curada radicalmente. Por eso, el médico experto advertirá a su enfermo que no debe confiar en ese estado absolutamente indoloro, debiendo esperar por lo menos medio o un año que no vuelvan los dolores. Sin embargo, cuando se puede controlar el tratamiento por medio de radiografías y se comprueba que un nicho "gástrico" o duodenal "disminuye poco a poco hasta desaparecer totalmente, se podrá suponer en la realidad de la curación de una úlcera más precozmente, teniendo en cuenta, no obstante, que la desaparición de un "nicho" (en la radiografía puede ser causada también porque el "nicho" se llenó de restos de alimentos circunstancia que induce muchas veces a equivocarse así el verdadero concepto.

Otro dato anamnésico de gran importancia es la indicación del enfermo que sufre de *molestias, de hiperacidosis*, además de otros síntomas de gastritis generales (eructos, sabor malo, vómitos, lengua saburrosa, sensación de pelliza sobre la lengua). Cuando el enfermo indica que "sube agua ácida desde el estómago", de modo que los dientes se vuelven obtusos, es un síntoma muy raro de gastritis *sin úlcera*. También, he de mencionar que en la úlcera duodenal puede existir una *aquilia*, sucediendo en esta un grado de

hiperacidosis más alto que en la úlcera gástrica. Quiero mencionar que a causa de la plenitud, la "*pirosis*" en la forma del llamado "acidismo" (G. Katsch) se observa igualmente, aun cuando una aquilia esté probada con toda seguridad.

Pero, un *vómito profuso de sangre* hematinizada, es decir, de sangre coloreada amarilla—negra, es un claro indicio de una enfermedad orgánica gástrica grave; si esta hemorragia comprobada (hematemesis, vómito negro) se produce por una úlcera gástrica, duodenal, por un tumor maligno o por várices del esófago rotas, se decide por la sintomatología general del enfermo y finalmente por el examen radiológico. Es cierto que, generalmente, se trata de una úlcera en los sujetos jóvenes y de un tumor maligno en los adultos; no obstante no debemos precipitarnos en el diagnóstico: ya que he podido comprobar en jóvenes de 20 ó 30 años de edad un cáncer del estómago, confirmado por la operación, mientras que otra vez una hemorragia gástrica profusa en un anciano de 75 años de edad era causada por la úlcera.

En la *investigación física*, he de mencionar como síntoma de úlcera, en primer lugar, el *punto de presión* típico en el epigastrio: en la úlcera gástrica en medio del epigastrio, inmediatamente por debajo del apéndice xifoides; en la úlcera duodenal un poco a la derecha de la línea media, entre el ombligo y el arco costal. Estando la sensibilidad de esta zona muy aumentada a la presión o existiendo síntomas de inflamación peritoneal (la "defensa muscular"), hemos de palpar con mucha precaución ¡he observado que a nivel de estos puntos ha sido perforado el nicho de una úlcera!

No es raro constatar un dolor "tardío" en la espalda o una zona hiperestésica en la piel de la misma, a ambas partes de la apófisis espinosa de la X.—XI, vértebra dorsal (llamada "zona de Head").

Entre los exámenes indispensables se encuentra la *prueba de la benzidina en las defecaciones* para investigar la existencia de una hemorragia oculta; el resultado positivo de esta prueba vale únicamente en el sentido de existir una hemorragia oculta, si el enfermo no ha comido carne durante tres días. Mientras la mayoría de las úlceras gástricas, particularmente las recientes, sangran ocultamente, la úlcera

duodenal lo efectúa solamente en un reducido número de casos. Cuando las heces fecales contienen sangre visible, es decir roja, la mayoría de las veces se trata de una hemorragia *hemorroidal*; pero después de una hematemesis gástrica muy abundante las heces fecales pueden también contener sangre roja visible.

Merece especial atención el *vómito*. Cuando las masas vomitadas no contienen sangre visible, se examina la existencia de ácido clorhídrico libre mediante el papel de Congo; por la presencia del ácido indicado el papel de Congo azul se tiñe de rojo. Si falta el ácido clorhídrico, se ejecuta otra prueba con el reactivo de Uffelmann (una gota de una solución de cloruro de hierro en 20 c.c. de agua destilada, mezclando este reactivo con el jugo gástrico aparece un color verde de verderón si este contiene ácido láctico). El ácido láctico del jugo gástrico se produce por los bacilos lacticii, es decir, los llamados "bacilos largos" de Boas-Oppler; pero solamente cuando falta el ácido clorhídrico libre, es decir, en una *aquilia*. *Una aquilia del jugo gástrico, la presencia de ácido láctico y además la presencia de los bacilos largos indican un cáncer del estómago mientras que una hiperacidosis indica más bien una úlcera.* Pero, hay excepciones, en ocasiones encontramos aquilia también en una úlcera duodenal y valores normales de ácido clorhídrico o una hiperacidosis de un cáncer del estómago especialmente pilórico.

Después de informarse sobre los antecedentes, *no se olvide de interrogar al enfermo—si en el caso de vómitos ha observado que las masas vomitadas hayan contenido residuos de la alimentación del día anterior (p. e. pasas), en este caso, ésta llamada macro-retención indica una estenosis pilórica*, cuando no hay esta «macro-retención» se examina las masas vomitadas por el microscopio; a menudo, existe únicamente la llamada «micro-retención», es decir, gránulos de almidón o sacaromices que deben proceder de la comida del día anterior, cuando el enfermo está en ayunas.

Cuando las masas vomitadas contienen ácido clorhídrico libre se encuentra al microscopio, la mayoría de las veces, las llamadas «sarcinas» en el caso de una estenosis pilórica grave (úlcera callosa pilórica).

A la investigación con Rayos X, la fase más importante del examen gástrico, debe preceder siempre la investigación química del jugo gástrico, únicamente se hace abstracción de ella si un momento antes sucedió una hematemesis.

Para evitar el peligro de perforación de un nicho gástrico, y una irritación inútil de la mucosa gástrica, ya no se emplea hoy, para la evacuación del estómago, la sonda gástrica ancha de Kussmaul, sino la sonda estrecha con botón metálico, según Katsch. Tanto la investigación con Rayos X como la de jugo gástrico se verifica *estando el enfermo en ayunas y en dos días distintos*, el primer día la investigación del jugo gástrico y el segundo la investigación con Rayos X.

Para «atraer con mala maña» el ácido clorhídrico, hoy ya no empleamos el llamado «almuerzo de prueba» según Ewal-Boas (1/2 pan blanco y 1 taza de té), porque en las aquilias, especialmente, el estómago por término medio no reacciona a este «cebo» en forma suficiente. Innumerables experimentos han demostrado también que el llamado «trago de prueba» con alcohol, según Ehrmann, es inconducente. *Hoy día el «cebo» de elección para el jugo gástrico es el llamado «trago de prueba con cafeína» según Katsch y Kalk* (0,2 de cafeína; 300 c. c. de agua destilada y 5 gotas de azul de metileno). Este líquido, a la temperatura del cuerpo, se inyecta en el estómago, a través de la sonda gástrica, por una jeringa, después de haber aspirado totalmente la secreción del estómago en ayunas, en tres veces consecutivas separadas unas de otras por intervalos de diez minutos.

Como consecuencia de una gastritis de concomitancia, tanto en la úlcera gástrica como en la duodenal, la secreción en ayunas está muy aumentada la mayoría de las veces y además es hiperácida. Suponiendo como cifra media de los valores ácidos normales 40—50 de ácido clorhídrico libre y 60—80 de acidez total, (es decir, que se hayan consumido 40—50 c. c. n/10 NaOH por 100 c. c. de jugo gástrico en la titulación por el reactivo de Töpfer solución al 5% de dimetilaminoazobenzol), y 60—80 c. c. n/10 (NaOH en la titulación con fenolftaleína), estos va-

lores se aumentan en la úlcera a menudo hasta 80/100 y aun hasta 100/120 en la úlcera duodenal.

Después de haber inyectado el «trago de prueba con cafeína» en el estómago, se aspira con la jeringa a intervalos de 10 minutos, 10 c. c. de jugo gástrico que al principio muestran el color del azul de metileno puro. Cada prueba de jugo gástrico se conserva en un tubo de ensayo diferente para su titulación con $n/10$ NaOH. Mientras que normalmente el color azul desaparece después de 60 minutos, (porque el trago de prueba ha salido del estómago), en una úlcera parapilórica el color azul perdura a menudo mucho tiempo como consecuencia de un retardo de expulsión, (espasmo pilórico o estenosis pilórica orgánica).

Después que las pruebas de jugo gástrico pierden el color, se continúa aspirando durante 60 minutos más con los mismos intervalos de 10 minutos, hasta hacerlo *totalmente*. Normalmente, el flujo de jugo gástrico se seca después de 60 minutos; pero en la úlcera duodenal se prolonga más apareciendo la mayoría de las veces la llamada «secreción tardía».

Los valores de la titulación del jugo gástrico coleccionado en 12 o 15 tubos de ensayo se anotan en forma gráfica, ésta indica que generalmente los valores de acidez, en la úlcera gástrica, están aumentados en todos los tubos casi igualmente (como por ejemplo, la gráfica de la temperatura en una fiebre continua), en cambio en la úlcera duodenal, el ascenso de la acidez se produce poco a poco y «con remisiones» (a causa de un reflujo del jugo duodenal básico) en la forma llamada «tipo escalar». (Katsch).

El examen **radiológico** del tubo digestivo no se efectúa hoy en pocos minutos, porque por una parte el control del paso de la pasta opaca necesita varias radioscopias y radiografías en las 24 horas por lo menos y por otra la investigación del estómago y del bulbo duodenal en cada uno de los ángulos de estos órganos debe ser realizada por los Rayos X exactísimamente en varias posiciones del cuerpo y después cada región del tubo digestivo en la que se encuentra la pasta opaca. Por esto, el

exámen radiológico se limita lo más posible, y a una serie de observaciones, evitando su repetición porque se pueden producir quemaduras por los Rayos X, cuando se suceden dos exámenes radiológicos en un tiempo muy breve. *Cuanto más exacto ha sido el primer exámen radiológico, tanto más fácilmente podemos evitar su repetición y por consiguiente también el peligro de una quemadura.*

Antes del exámen radiológico debemos preguntar al enfermo, si antes se sometió a otro exámen y cuando se realizó y, nosotros, debemos anotar después de cada investigación radiológica el tiempo que el cuerpo del enfermo estuvo expuesto a los rayos X y también la dosificación de los mismos. Entre dos exámenes radiológicos deben pasar 3 semanas.

El *exámen radiológico* se efectuará un día o dos después de la investigación del jugo gástrico.

Hagamos primeramente algunas advertencias preliminares:

Según una resolución de las sociedades roentgenológicas, más notables del mundo, es apto para el diagnóstico radiológico, no sólo aquel médico que conoce ciencias especiales en radiología sino también si dispone de un aparato de Rayos X muy eficiente; entendiéndose por esto un aparato con válvulas, que rinde 200 mA en una carga de 80 kVs, y 150 mA en la de 100 kV. El foco debe hacer posible una carga de *duración* de 350 Watt en una tensión de foco de 120 kV. Además, el trípode debe hacer posibles las investigaciones en posición horizontal y estar provisto de un diafragma de Bucky. Para la ejecución de radiografías apuntadas en serie, p. e. del bulbo duodenal, debe existir una instalación especial con un «tubo para comprimir» (p. e. según H. H. Berg, o, Chaoul, o Teschendorff). Para las radiografías de los riñones, de la vejiga biliar o del cráneo debe estar provisto también de un mecanismo para radiografías en dirección invertida de los rayos X (vientre-dorsal). Para las radiografías del corazón y los pulmones, se debe hacer posible la prolongación de la distancia entre el foco y el trípode hasta de 2 mts. porque *una radiografía de estos órganos, sin proyecciones falsas, solamente es posible a esta distancia!* Aparto

del diafragma móvil, según Bucky, debe existir otro diafragma inmóvil con panales metálicos según Lysholm para radioscopías y radiografías del estómago, del intestino y del cráneo. Para la protección del asistente, la mesa conmutador debe estar instalada dentro de un pupitre de plomo; para la protección del enfermo, el foco de Roentgen debe estar rodeado por una «caperuza de Tuto», igualmente, los cables de alta tensión deben estar rodeados de cables especiales de goma («Tuto»).

¿Por qué todas estas rigurosas prescripciones?: los mecanismos indicados últimamente como protección contra el peligro de muerte por la alta tensión (100.000 voltios); pero con las demás precauciones debe evitarse, como ya he mencionado, que el enfermo tenga que someterse a un segundo examen radiológico en caso que el primero hubiera arrojado resultado poco satisfactorio por insuficiencia del aparato de Rayos X, etc. La experiencia ha enseñado que *sólo las radioscopias no bastan* para rastrear y encontrar una úlcera gástrica o duodenal y particularmente *poder excluir la existencia de un tumor maligno*. También sabemos que ésto sólo es posible mediante un aparato muy eficaz y por medio de las radiografías apuntadas en serie del bulbo duodenal (y en circunstancias especiales por medio de tele-radiografías del corazón y los pulmones).

Para realizar el examen radiológico, el enfermo debe estar en ayunas, porque la pasta opaca produce una sombra bastante densa únicamente cuando no se diluye por el líquido gástrico. Generalmente se comienza por una radioscopía del tórax y del estómago (sin pasta opaca) con objeto de orientarse, entonces, cuando se observa que el estómago contiene cantidades considerables de secreción gástrica, se aspira esta secreción mediante una sonda gástrica estrecha. Luego, se hace tener al enfermo en su mano izquierda una copa que contenga la pasta opaca (Cito-barium o Eu-Baryt o Neo-Bar o Roentyum o Roentgenit o Roe-Baryt o una solución bastante líquida de bario purísimo para análisis); es necesario que la pasta opaca tenga una consistencia bastante líquida (solamente para investigar en el esófago la sospecha de un cáncer se emplea una

pasta de contraste, menos líquida); se instruye al enfermo que beba de la copa cuando se le indique y después de haber puesto en pie al enfermo en tal dirección que su hombro derecho se dirija al investigador, se controla el paso esofágico de la pasta opaca, invitando al enfermo a beber un *único trago*. Después de haber quitado la copa de la mano del enfermo, se le hace volver su pecho hacia el investigador; luego se observa el relieve de la mucosa gástrica y los contornos del estómago. La observación de la mucosa solo es posible por cantidades pequeñas de pasta opaca, haciéndose la investigación no solo en posición vertical, sino también en posiciones horizontal y medio horizontal; solo de esta manera podremos constatar un nicho situado en la pared posterior de la pequeña curvatura del estómago. Cuando se cree haber descubierto un nicho se debe hacer inmediatamente una radiografía con el diafragma de Lysholm, conservando la posición del enfermo.

El llamado «nicho de úlcera según Haudek» representa un embudo de la mucosa gástrica lleno por la pasta opaca; este embudo de la mucosa penetra la mayoría de las veces no solo a la mucosa, sino también a la pared muscular hacia la periferia del estómago; cuando una úlcera amaga perforar la pared del estómago, puede llegar al epiplón, al páncreas o a otros órganos que se hubieran adherido al estómago en el sentido de una perforación cubierta.

Ejecutada esta radiografía, se hace beber al enfermo el resto de la pasta opaca. Ahora, el enfermo en posición vertical y los rayos en dirección dorso-ventral, se observan los movimientos peristálticos del estómago, muy especialmente en la región pilórica. Cuando los contornos de esta región aparecen menos claros o parecen detenerse las ondas peristálticas de la pequeña curvatura; se ejecuta la llamada «radiografía de inspección» del estómago con el diafragma de Lysholm en una película de 24/30 cm con doble hoja.

Después de haber cambiado la pantalla de «Barium-platincyánür» por el mecanismo para apuntar según H. H. Berg con tubo de compresión, se empuja con un dedo (de-

fendido contra los rayos X por guantes de plomo) un poco de la pasta opaca desde el estómago hacia el bulbo duodenal de modo que este se llene completamente y aquí se fija por medio del tubo de comprensión. Cuando existen anomalías pequeñas de contorno (especialmente en la pared posterior del bulbo) se efectúan cuatro radiografías en forma llamada «tiros en serie» en una película de 17/24. Aun cuando se pueden suponer anomalías de contorno, (deformaciones del bulbo o nichos pequeños) *no se las puede diagnosticar con seguridad sino por la radiografía*, por estos «tiros en serie».

Tres horas más tarde se realiza la primera radioscopia secundaria para observar la evacuación del estómago, naturalmente, hasta esta primera radioscopia secundaria, el enfermo debe mantenerse en ayunas. Cuando no hay retardo en la evacuación, la pasta opaca ha salido del estómago en las tres horas.

La segunda radioscopia secundaria (para la observación del colon y del apéndice vermiforme) se realiza 8 horas más tarde y la tercera radioscopia secundaria (para la observación de la S ílica y la ampolla rectal) 24 horas después de la ingestión de la pasta opaca.

No obstante de la dicha exactitud del examen radiológico, es posible ejecutar el examen radiológico del tubo digestivo en 5—6 casos al día.

Por supuesto, durante todo el examen radiológico, se presta atención no solo a las úlceras y tumores malignos, sino también p. e. a divertículos del duodeno (especialmente en la papila de Vater) o del colon también, a espasmos del colon, estenosis de los intestinos, adherencias, etc.

He de recalcar que no se puede diagnosticar una úlcera o un carcinoma sin radiografía y por eso tenemos que anotar la omisión de una radiografía como defecto de técnica.

No es lícito satisfacernos al constatar un «borde dentado» de la curvatura grande, etc., o al constatar un «descenso» del estómago, etc., solamente a base de una *radioscopia*, hecha de prisa. Prescindiendo de que *no se trate* de un hallazgo patológico, la mayoría de las veces, puede escapar a su *descubrimiento* fácilmente un nicho de

Haudek de la pared posterior del estómago, o un pequeño cáncer prepilórico o intestinal, por haber dejado de examinar el pasaje de la pasta opaca desde el esófago hasta la ampolla del recto, o dejado de ejecutar *radiografías* que son absolutamente necesarias.

Hallazgos radiológicos: Un ensanche de los pliegues mucosos *puede* indicar una gastritis; pero no lo indica seguramente. El diagnóstico de una gastritis está reservado a la prueba funcional p. e. (por el trago de cafeína), o a la *gastroscopia*.

Alteraciones superficiales de la mucosa se comprueban únicamente por medio de la gastroscopia; pero casi nunca mediante el examen radiológico.

El dominio del método radiológico es la observación segura de las anomalías de contorno en el estómago y tubo digestivo. Por la existencia de un nicho de «úlceras» se produce «más sombra»; por un «carcinoma» se produce en cambio un «defecto de sombra». El punto de localización más frecuente de la úlcera gástrica es la pared posterior de la pequeña curvadura del estómago y también la región prepilórica. Merece especial atención la región próxima al cardias, ya que aquí pueden encontrarse tanto úlceras como carcinomas.

También en el *bulbo duodenal* se producen nichos por úlceras (aquí también en la pared posterior con más frecuencia) que pueden presentarse como «nichos de perfil» o «nichos en face». Por úlceras viejas se producen ciertas deformidades típicas en el bulbo duodenal, éstas no valen como síntomas *directos* de úlcera, sino simplemente indirectos; sin embargo el resultado de innumerables hallazgos de operación indican que por úlceras viejas se producen deformidades tan características que hoy podemos considerarlas también como síntomas directos.

Sin embargo, *no se debe olvidar que en la pantalla de Roentgen solo se marcan siluetas*. En la misma forma que un artista, con sus manos y delante de una fuente de luz, puede proyectar sombras de animales en la pared blanca y hacer que estas tengan un sorprendente parecido, también una silueta sobre la pantalla de Roentgen puede engañarnos. (Minkowski).

Prestando atención a todas estas instrucciones y secretillos de arte, el radiólogo experto puede encontrar una úlcera en 6 ó 7 casos de 10 enfermos que se quejan de dolores epigástricos, con el consiguiente asombro del enfermo cuya úlcera no pudo ser diagnosticada por otros radiólogos menos expertos.

Algunas palabras sobre la *gastroscopia*: Mediante el gastroscopio podemos observar la mucosa gástrica y en ocasiones también la duodenal directamente. Pero aún los gastroscopios más modernamente equipados, con óptica de ángulo largo según Zeiss Kollmorgen (modelos según Schindler o Korbsch) no permiten pasear la mirada en todos los ángulos y criptas del estómago en los cuales puede ocultarse una úlcera o un carcinoma; *por esto, el método gastroscópico no puede ni pretende concurrir con el radiológico cuando se trata de rastrear una úlcera o un carcinoma localizados en un sitio oculto.* Cuando Guttman (citado por Andreon en el Número científico de Acción Sindical. Año 1, Nr, 5, Septiembre de 1.939 pg. 288) dice: «Es necesario aceptar que, por lo menos hasta hoy, la gastroscopia no ha aportado nada demostrativo sobre la cuestión del diagnóstico precoz del cáncer, así como tampoco sobre aquella de la transformación de las úlceras»; se comprende claramente que Guttman no haya penetrado el *sentido* de este método; lo que es tanto más asombroso cuanto que según sus propias palabras: «en nuestro Servicio la gastroscopia se practica desde hace años». Así también, cuando Bur (citado por Andreon en el mismo sitio) dice: «Después de estudiar el resultado de 342 gastroscopias, hemos de concluir, que el diagnóstico verdaderamente precoz de cáncer gástrico no está aun resuelto gastroscópicamente», este autor «abre, puertas abiertas»; porque ningún gastroscopista experto impugna que el método radiológico lleve ventaja al gastroscópico en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico; además *Bur* que da su opinión a base de un material muy pequeño de 342 gastroscopias, aun no podía dominar los elementos técnicos de este método.

Actualmente, y en todo el mundo, hay quizá diez o doce médicos que dominan el método gastroscópico (Schindler, Korbsch, Elsner, Gutzeit, Henning, Lublin, Maley, Luehr y

algunos otros). Lublin en 1.500 gastroscopías solo una vez logró diagnosticar y fotografiar por este método un pequeño carcinoma pilórico (comprobado en la operación y también histológicamente) después que un experto radiólogo había diagnosticado por error una úlcera duodenal; este ejemplo sirva para aclarar a algunos médicos menos expertos el dominio y los límites de la gastroscopía.

Bur, (citado por Andreon en el mismo sitio) dice además: "Habría que estar seguros que cuando a la gastroscopía no se vé una lesión, ésta no existe realmente. Estamos convencidos de lo contrario, habiendo hecho operar enfermos que fueron declarados por los mejores gastroscopistas y que resultaron portadores de considerables lesiones ulcerosas y también cancerosas". ¡Que nadie ejecute un método difícil sino tiene la suficiente destreza! Cualquier método puede ser desacreditado por manos incompetentes. De todas maneras: Ni Gutzeit, ni Henning, ni Lublin, ni Luehr han tenido que deplorar un solo accidente en 7.000 gastroscopias más o menos.

La terapéutica de las úlceras.—Hoy se ha regresado, como he indicado al principio, al tratamiento *conservador* mediante la *dieta*. La indicación para operar las úlceras se dá unicamente:

1).—en una estenosis pilórica de grado muy elevado (caquexia por hipoalimentación y sequedad del organismo).

2).—en una hematemesis con peligro de muerte y en caso de que no se la pueda contener con otros remedios (trasfusión sanguínea, bolsa de hielo, gelatina, claudena, coagulena, Sangostop, solución de Rojo Congo etc.).

3).—Cuando no obstante repetidas curaciones, los dolores vuelven siempre de nuevo, de modo que el enfermo se ha vuelto incapaz para el trabajo y cansado de vivir.

4).—Cuando se sospecha la degeneración maligna de una úlcera.

Es un defecto de técnica operar en una hematemesis reciente, y sin peligro de muerte; en estos casos operados así la mortalidad es bastante más elevada que siguiendo un tratamiento conservador.

¿Porqué no operar las úlceras en todos los casos?—Porque la experiencia ha enseñado que después de la opera-

ción, particularmente después de una gastro—enteroanastomosis, puede desarrollarse una gastritis cuyas molestias suelen ser muy superiores a las originadas por una úlcera.

Empero. En los casos raros por lo demás en que la operación es inevitable, debemos ejecutar en lo posible la *resección* según Billroth II o Reichelt en lugar de la gastroenteroanastomosis que era el procedimiento de preferencia hacia mucho tiempo, ya que este método favorece el desarrollo de una gastritis post operatoria crónica por estancamiento de secreciones en el muñón del estómago. Sin embargo, a veces, la localización muy desfavorable de una úlcera o un cáncer (p. e. cerca del cardias) hace imposible la resección habiendo que aceptar en estos casos, la gastroenteroanastomosis con todas sus consecuencias.

La indicación de la operación no la hace el cirujano sino el *internista* experto; su presencia durante la intervención es necesaria, porque frecuentemente hay que tomar decisiones momentáneas sobre cuyas consecuencias, puede juzgar mejor que el propio cirujano.—Solo un *inexperto* internista descarga la responsabilidad de la operación en el cirujano.

En el *tratamiento conservador* de las úlceras, hemos abandonado la terapéutica sintomática por medio de álcalis (bicarbonato de sosa, la cura según Sippy) corriente hace veinte años; en lugar de ella intentamos hoy combatir la hipersecreción y la hiperacidosis de una manera *etiópica*, es decir, dirigida a la *causa* misma (atropina, 3 veces al día 1/2 a 1 miligramo por vía oral; bellafolina; sal de Karlsbad, cada mañana una «punta de cuchillo» en una copa de agua caliente).

El factor esencial del tratamiento conservador de la úlcera es *la dieta*. Entre varias formas de dieta (según Leube, Lenhartz, etc.) se ha recomendado al autor, como ex médico en jefe de la clínica y policlínica médica de la Universidad de Greifswald (Prof. Dr. G. Katsch) aquel esquema elaborado por Kalk en la clínica de von Bergmann—Berlin (Tratado de Medicina Interna por von Bergmann y Staehelin, tomo III).

En aquellos enfermos cuyas obligaciones no les permiten el reposo; se puede intentar una cura, sin que inte-

rumpan sus labores habituales; pero si los dolores gástricos no desaparecen en el término de una semana, es inevitable un estricto reposo en cama; junto a esto se puede ensayar a renunciar a la absoluta falta de alimentos prescrita por el esquema; empezando en el tercer día de éste mismo esquema; pero en el caso de que la cura mitigada en esta forma no quite los dolores al enfermo en el término de una semana, es necesario suprimir toda alimentación por vía oral durante tres días y según las indicaciones de Kalk administrar lo siguiente: Tres veces al día 20 c.c. de una solución de suero glucosado (50%) por vía endovenosa. Un litro de una solución de sacarosa (50/o) en forma de enema por gotas (40o de Celsius, cada segundo una gota; no con más frecuencia). La mayoría de las veces las úlceras más obstinadas curan en estos tres días siendo indispensable llevar a cabo esta cura consecuentemente durante tres o cuatro semanas. La experiencia enseña que la curación de las úlceras se ejecuta mejor en una clínica lejos de las perturbaciones de la vida de familia.

En todo caso, el médico debe advertir a su enfermo que el tratamiento de una úlcera requiere tres o cuatro semanas.

Las instrucciones generales del médico sobre la prohibición de ciertos alimentos no tienen éxito según nuestras experiencias aunque se entregue al enfermo un esquema escrito de dieta; el médico debe visitar a su enfermo una o dos veces al día por lo menos para poder obrar libre de todo esquematismo, no obstante este esquema de dieta, y poder corregir los síntomas que pudieran presentarse en cada individuo.

Para compensar la falta de vitaminas en esta dieta se necesita la ingestión de Vitamina C por vía oral (Cebión, Redoxón).

Cuando tienen un papel preponderante los dolores de gastritis se recomienda frecuentemente, la administración por vía oral de un preparado de plata coloidal (Targesin 20/o, una cucharada en la mañana, Colargol 20/o una cucharada dos veces al día Argirol 20/o); la administración de estos medicamentos no debe prolongarse más de quince días para evitar el peligro de la argirosis.

Segun *Singer* se pueden hacer inyecciones endovenosas de Novoprotin, efectuando la "terapéutica de albúmina parenteral".

Las inyecciones de histidina o del preparado "Larostidin" pueden evitarse; el autor no ha observado nunca la curación de una úlcera por estos remedios, entendiendo por cierto, como curación de una úlcera solamente la desaparición de un nicho en la radiografía o la ausencia de dolores durante 6 a 12 meses.

Resumen: El artículo presente contiene algunas líneas de orientación con respecto al diagnóstico y al tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal, y eso a base de experiencias en 4—5000 casos de úlcera.



Diagnóstico Biológico del Embarazo.

Por el Dr. EDUARDO GIRONAS F.

Desde los estudios de Abderhaldem, 1910—1912, sobre las propiedades proteolíticas del suero sanguíneo, ninguna investigación de laboratorio había dado resultados satisfactorios para hacer un diagnóstico rápido y seguro del embarazo. De todos es sabido lo difícil que es hacer este diagnóstico desde las primeras semanas, y, apesar de todo, es muchas veces conveniente hacerlo lo antes posible.

A más de la precocidad, el diagnóstico diferencial es indispensable cuando la mujer presenta síntomas anormales o dudosos, que pueden hacer variar, tanto si se trata de fibromas como de quistes ováricos, que reclaman una intervención quirúrgica, cuyas consecuencias pueden ser graves. «Hay de por medio el interés de la paciente y el del médico», dice Bourgeois.

Desde entonces, disponemos de medios seguros de diagnóstico, y varios son los recomendados.

Describiremos los principales teniendo que hacerlo incompletamente por razones de no alargar mayormente este trabajo.

Reacción de Abderhaldem.—La introducción en el organismo, por una vía distinta de la oral, de una albúmina extraña, determina en la sangre la formación de un fermento específico que lo defiende contra dicha albúmina obrando como proteolítico, es decir, deshaciendo la molécula de aquella y poniendo en libertad un aminoácido de igual manera que la proteasa pancreática.

Las aplicaciones médicas de tal noción han sido numerosas, pero la más interesante es la del diagnóstico del embarazo.

En efecto, en el curso del embarazo, se realiza una lenta reabsorción de vellosidades placentarias, y el organismo de la mujer encinta reacciona contra esas albúminas heterogéneas, pues, en realidad, las albúminas placentarias, lo son.

La técnica de la reacción requiere escrupulosidad y paciencia, lo que no está al alcance de cualquiera; sus causas de error son muchas.

La describiremos brevemente:

Se precisa tener: Una solución al diez por ciento de ninhidrina (hidrato de tricetohidrindina), en agua destilada y en frasco cuenta gotas; *el antígeno*, albúmina de placenta humana cocida, desprovista de sangre y de ácidos amínicos que se prepara del siguiente modo: Tomar una placenta humana normal, despojarla de sus membranas, tejido fibroso y cordón; dividirla en cubos de dos a tres centímetros; lavarla durante media hora con agua corriente y pasarla por expresión en un lienzo fino; quedan todavía algunos glóbulos rojos. Para destruirlos por hemolisis, en el agua, dividir finamente la placenta, valiéndose para ello de las maquinillas de picar carne. Recojer la papilla en una fuente llena de agua y lavarla, por decantación, hasta que se vuelva blanca y el líquido del lavado salga transparente lo cual requiere una o dos horas para obtener resultado.

Triturada y lavada, colocarla en un matraz con siquiera cinco veces su volumen de agua destilada y hacer-

la hervir durante diez minutos. Dejarla enfriar y echar el agua por decantación. Repetir la misma operación otras cuatro veces y tras estas cinco ebulliciones, el líquido decantado debe conservar su transparencia un minuto después de hervir, en un tubo de ensayo, diez centímetros cúbicos de aquel con *tres gotas* de la solución de ninhidrina. Si el líquido toma un color violeta, repetir los lavados de placenta.

Si es claro, verterlo en frascos esterilizados de boca ancha y de tapa esmerilada. Una vez frío, agregar diez centímetros cúbicos de cloroformo (que se hunde bajo el antígeno) y diez centímetros cúbicos de toluol (que sobrenada). El antígeno se conserva así aislado, en sitio fresco y al abrigo de la luz.

La sangre de la mujer cuyo embarazo se investiga, y la de otras varias personas, (cancerosas, fibromatosas, salpingíticas, etc.), para contraste, tomada por punción venosa, son necesarias en cantidad de diez o veinte centímetros cúbicos. Dejarla coagular. Al cabo de seis horas de coagulada, recojer el suero y centrifugarlo durante diez minutos, pues la reacción sólo es posible si el suero es claro y nada hemolizado. Todo suero hemolizado debe rechazarse. Previa comprobación de los tubos de diálisis, para ver si son permeables a las peptonas e impermeables a las albúminas, se procede a hervirlos durante cinco minutos, esterilizar los frascos de Erlenmeyer en el horno de Pasteur y el agua destilada en el autoclave, hervir el antígeno en cinco veces su volumen de agua destilada por tres veces y después de decantación, cerciorarse de que la última gota de ebullición no da la reacción de la ninhidrina; verter en cada frasco de Erlenmeyer el agua destilada, hasta la señal que marca veinte centímetros cúbicos, tomar con una pinza flameada, no con los dedos, los tubos de diálisis en los que se ha vertido, con la pipeta, dos centímetros cúbicos del suero que se investiga usando una pipeta distinta para cada caso y dos tubos para cada suero sin dejar escurrir éste por las paredes externas del tubo, todo tubo manchado por fuera es nulo; con pipeta flameada igualmente poner en todos los tubos impares de medio a un centímetro cúbico de antígeno (albúmina placentaria hervi-

da). Los tubos pares contienen solamente suero sin antígeno; son los tubos testigos. Cubrir el suero de los tubos y el agua que los rodea dentro del frasco, con diez o veinte gotas de toluol para aislarlos así del medio ambiente, llevarlos a la estufa y tenerlos en ella diez y seis horas a 37° C transcurridas las cuales, extraer con la pinza los tubos de diálisis y ponerlos en un cristizador, verter el líquido de los frascos de Erlenmeyer, que rodeaba a los de diálisis, en tubos de ensayo, en la dosis de diez centímetros cúbicos por tubo y verter en cada uno de ellos tres o cuatro gotas de la solución de ninhidrina, hervir exactamente un minuto manteniendo el tubo con la pinza de madera y depositarlo en una gradilla esperando media hora antes de examinarlos; entre tanto debe hacerse con tubos de diálisis y frascos, escrupuloso aseo y después de hervidos mantenerlos en agua destilada bajo una capa de toluol.

Si los tubos están coloreados de violeta franco es igual a una reacción muy positiva que se representa por dos signos *más* (+ +).

Si aparecen de color violeta pálido es igual a una reacción positiva que se representa por un signo *más* (+).

Si el color es rosa pálido es igual a una reacción dudosa que se representa por *más menos* (+ -).

Si el color es amarillo o están claros como el agua, es igual a reacción negativa que se representa por *cero* (0).

Testigos: tubos pares de suero solo.

Tubos impares de una mujer no encinta, deben dar una reacción negativa.

En caso de gestación, incluso al principio, (*segundo mes*) la reacción es claramente positiva.

Como el fermento específico formado en el organismo de la mujer encinta es termolábil, es decir, se destruye por el calor, si se procede a la reacción con suero calentado de 56° C. durante un cuarto de hora, la reacción es negativa.

Es necesario tener prudencia y guardarse de afirmar categóricamente después de un solo exámen, por riguroso que sea.

Si la reacción es negativa, es casi seguro que no hay embarazo.

Si es positiva, no hacer el diagnóstico de gestación con demasiada lijeresa

Lo que pasa en esta reacción es lo que sigue: El suero de mujer encinta, contiene, como lo hemos dicho antes, un fermento de defensa contra la albúmina de la placenta. Este fermento tiene la propiedad de digerir las albúminas de placenta, incluso hervidas, de las que desprende aminoácidos fácilmente dializables, que atraviesan la membrana del tubo dializador y se disuelven en el agua destilada exterior contenida en el frasco de Erlenmeyer. Estos ácidos amínicos tienen la propiedad de dar en seguida la reacción de la ninhydrina, que consiste en la coloración violeta producida por ebullición. El fermento es específico, pero no de un modo absoluto. En ciertos casos puede obrar sobre albúminas diferentes, como la del cáncer, la de los fibromas, las de las salpingitis etc., sucediendo en esto lo que ocurre con el fenómeno de la aglutinación, por ejemplo, en la que, a parte de la específica, existe la de grupo o coaglutinación, lo que quita al método que nos ocupa, parte de su valor que dá, en consecuencia, un 20o/o de causas de error o sea un 80o/o de aciertos, quedando reducido por su complejidad al laboratorio exclusivamente.

Reacción de Ascheim, Zondeck.—Entre todas las reacciones biológicas que figuran en la práctica corriente de los laboratorios, el diagnóstico rápido del embarazo tiende a ocupar un lugar cada día más importante. El descubrimiento de *Zondeck*, es de gran alcance, tanto desde el punto de vista patológico como del estrictamente fisiológico, pero, en ambos casos, interesa en primer término al médico, siempre consultado, quien encuentra una vez más en el laboratorio el auxiliar precioso y, en el caso que nos ocupa, infalible, dicen *Lignac y Quignon*. Estos dos autores, *Ascheim y Zondeck*, han mostrado que la orina de mujer embarazada contenía una hormona prehipofisaria, (Prolán) especial del embarazo, que inyectada en animales hembras impúberes (ratones para el caso) imprimen un desarrollo rápido, en pocos días, de todo el aparato genital de dichos animales. Este desarrollo se traduce por un aumento de volumen y una congestión inten-

sa del útero y, sobre todo, siendo ello el punto importante y único demostrativo, una ovulación con hemorragias ováricas, que es su carácter distintivo. La congestión no es suficiente para poder hacer el diagnóstico con toda seguridad, por la sencilla razón que la foliculina ovárica puede también producir este fenómeno.

Este método ha dado brillantes resultados, con un 99o/o de seguridades.

El Prolán aparece junto con la formación del huevo y desaparece durante el parto, de modo que la reacción es muy precoz y posible a partir del decimoquinto día y hasta del octavo día; es a veces un poco corto este último plazo.

La operación consiste en practicar dos o tres inyecciones diarias de orina a investigar debajo de la piel, durante tres días. Los animales son sacrificados al cuarto o quinto día, y en la autopsia se buscan las manchas hemorrágicas ováricas, signo de la ovulación y único característico de la reacción.

Basta que la interesada proporcione al Laboratorio una pequeña cantidad de orina, 120 gms. aproximadamente, recogida por la mañana al despertar. Ello es muy importante, pues la orina eliminada en aquel momento es más rica en Prolán y, por consiguiente, su acción es más manifiesta sobre el tramo genital de los animales sobre los que se practica el ensayo.

Es de recomendar de modo especial no tomar medicación alguna la víspera de recoger la orina, y sobre todo, extractos opoterápicos, genitales, hipofisarios, etc.

Brohwa y Simonet, han substituido los animales hembras por animales machos jóvenes, también impúberes. La orina es inyectada una vez al día, durante ocho o diez días y en cantidad de un centímetro cúbico, y los animales son sacrificados uno o dos días después de la última inyección. En la autopsia se observa, al igual que en las hembras, un desarrollo muy acentuado del tramo genital, que se traduce por un aumento considerable de volumen y de peso de los testículos, y sobre todo de las vesículas seminales, que es la característica. Su desarrollo puede llegar a ser mayor que el quíntuplo del de los testigos.

Las críticas de que eran susceptibles los métodos an-

teriores, consistían en la "lectura", a veces difícil, de los resultados, se trata de animales pequeños, ratones hemos dicho. En las hembras jóvenes, las manchas hemorrágicas ováricas no son siempre muy visibles, precisando a veces apelar a cortes histológicos, lo cual exige un tiempo mayor. En los machos jóvenes, ocurre muchas veces que en un mismo lote pueden encontrarse testigos cuyos órganos genitales se desarrollan también con bastante rapidez, y las diferencias entre éstos y los animales en experiencia no son siempre, bien marcadas. Precisa siempre operar con una serie de animales, con lo que el exámen es más largo y más costoso. Para evitar estos inconvenientes, la señorita A. Brohwa, y Friedmann, se valen de la hembra del conejo. Con ella, los resultados son también constantes y la técnica resulta mucho más fácil y rápida. Estos métodos no reclaman disponer de un gran número de animales, bastando tener la seguridad de que los empleados tienen la edad requerida y son impúberes. La hembra no necesita ser impúber; en efecto, en ella la ovulación no es espontánea, sino que se presenta tan sólo cuando es entregada al macho. Basta, pues, disponer de hembras aisladas.

Dado el tamaño del animal, si el resultado es positivo, las modificaciones del tramo genital, las manchas hemorrágicas ováricas, son perfectamente visibles. Finalmente, como que la vena marginal de la oreja del conejo es muy visible, una inyección endovenosa de cinco a diez centímetros cúbicos suele bastar pero para mayor seguridad se puede practicar una segunda inyección al día siguiente, sacrificando al animal el tercer día. Podremos, pues, saber el resultado a los dos o tres días, cuatro todo lo más. Al igual que en los métodos anteriores, la certidumbre, con este método, es de 99o/o.

Pero la importancia de la reacción Ascheim y Zondek no termina en el diagnóstico del embarazo normal, sino que presenta ventajas beneficiosas en el diagnóstico de algunos procesos propios del estado de gravidez, como así en los diagnósticos diferenciales entre el embarazo y otras afecciones del tramo genital.

La contribución de esta reacción en el diagnóstico de la mola hidatiforme y del corioepitelioma, se deben al mis-

mo Ascheim, quien en octubre de 1928, publica la primera observación de reacción positiva del embarazo en un caso de metástasis de corioepitelioma en el riñón, 18 meses después de la exéresis del útero por desiduoma maligno.

Es entonces cuando Zondeck empieza los análisis cuantitativos en la mola hidatiforme y en el corioepitelioma, pudiendo comprobar que la cantidad de Prolán existente en la orina de enfermas portadoras de estos procesos, era muy superior a la de la orina de portadoras de un embarazo normal. En efecto, mientras en el embarazo normal se eliminan de 20 a 30 mil unidades rata por litro de orina, en la mola hidatiforme y en el corioepitelioma se eliminan de 40 mil a dos millones de unidades, es decir, que la reacción resulta positiva aún diluyendo la orina entre diez y cien veces.

Estas comprobaciones cuantitativas son de positivo valor, puesto que permiten diagnosticar las alteraciones patológicas que puede sufrir la placenta ya que admite que toda eliminación mayor de 50 mil unidades rata por litro indica una degeneración de las vellosidades coriales: mola hidatiforme o corioepitelioma.

La razón por la cual en estos procesos la hormona antehipofisaria se encuentra en mayor cantidad en la orina, aún no se conoce.

Reacción de Kamnitzer y Joseph.—Está basada sobre el principio de que cuando se inyecta a un individuo sano una solución acuosa de fluoridzina; glucósido extraído de las raíces del manzano, ciruelo, etc., esta inyección provoca la aparición de azúcar en la orina.

De otra parte, el mecanismo de esta glicosuria provocada no se explica; su insuficiencia o su ausencia parecen revelar una lentitud de la actividad glandular de los riñones así como del hígado, sin que sea todavía posible juzgar la parte exacta que corresponde a uno u otro de estos órganos, en los resultados de la investigación.

He aquí como se procede:

Asegúrese, en primer lugar, haciendo orinar a la presunta gestante, de que su orina no contiene azúcar. Hágase luego una inyección sub-cutánea o intramuscular de un centímetro cúbico de una solución de fluoridzina al 1 por 200,

o sea cinco miligramos de glucósido. La inyección debe hacerse solamente por la mañana, estando en ayunas la persona a examinar. Esta solución debe ser recientemente preparada. Para disolver la fluoridzina, conviene calentar moderadamente o añadir al agua destilada un poco de bicarbonato de sosa. La solución debe ser esterilizada mediante una ebullición sencilla, pues se altera al autoclave.

La fluoridzina inyectable se obtiene en el comercio con el nombre patentado de Maturín. Simultáneamente dar a beber 200 a 300 gms. de agua o té sin azúcar y después de media hora de la inyección hacer orinar a la persona cada hora, y en las distintas emisiones investigar el azúcar por el Nylander. La reacción, consistente en el enengrecimiento producido por el ebullido, se produce generalmente muy pronto; algunas veces, sin embargo, se produce sólo después de una prolongada ebullición. El embarazo es revelado por la presencia de azúcar en una de las tres porciones de orina.

Después del tercer mes del embarazo, la reacción es insegura o no se produce.

Debido a que algunos medicamentos como la antipirina, el ácido salicílico, el hidrato de cloral, la sacarina, el alcanfor, el extracto de hipófisis, los preparados de glándula supra-renal, etc., pueden dar una reacción positiva con el Nylander, debe evitarse el empleo de estos productos antes de proceder a dicha prueba.

Las causas de error son varias, y el resultado diagnóstico de un 89o/o,

Kustner, basó, como es sabido, su diagnóstico precoz del embarazo en la contractibilidad del útero bajo la acción de la Hipofisina en los primeros meses de la gravidez. La contracción se comprueba por palpación bimanual uno o dos minutos después de la inyección sub-cutánea de un centímetro cúbico del producto. Si no hay embarazo, falta la contracción. En lugar de la Hipofisina, que produce a veces efectos concomitantes, emplea Rodecourt, con el mismo resultado, la Orastina, (principio úterotónico del lóbulo posterior de la hipófisis). En esta forma consigue establecer el diagnóstico diferencial entre embarazo y mioma, gravidez extra-ute-

rina y hematocele. La Orastina no tiene acción perjudicial sobre el embarazo intacto y el aborto inminente.

El resultado diagnóstico es de un 92o/o.

La prueba pupilar para el diagnóstico del embarazo.—Bercovitz, en 1930, informó que la sangre de una mujer embarazada retirada y rápidamente centrifugada, dejando un suero claro, al instilarla en el saco conjuntivo causa o bien una dilatación o bien una contracción de la pupila. Esta reacción no ocurre en mujeres no embarazadas ni en los hombres. Hace notar, sin embargo, que cuando el suero de una mujer embarazada causa un cambio en su propia pupila, exita también la misma reacción en las pupilas de mujeres no embarazadas, de hombres, conejos y gatos. El suero pierde su actividad después de dos horas de haber sido retirado.

En 1935, modifica su método consistente en usar la sangre íntegra en vez de sólo el suero. Hizo sus observaciones en 382 pacientes. De estas, 154 no estaban encinta y no mostraron reacción pupilar positiva. En este grupo 16 fueron hombres. De 183 pacientes, en las que el diagnóstico de embarazo se confirmó posteriormente, 155 o sea el 87.7 por ciento mostraron la reacción pupilar positiva. En una la reacción pupilar positiva se encontró *doce* días después del comienzo del último período menstrual. Se observaron 41 casos post-partum y 34 de ellos dieron reacción pupilar negativa. Una paciente que había tenido reacción positiva antes del parto fué negativa quince minutos después de haber dado a luz gemelos y placenta.

La técnica de esta prueba es muy sencilla. Se mezcla varias gotas de sangre íntegra con una cantidad igual de solución salina normal y la mezcla se instila en el saco conjuntivo de la paciente de la que se había retirado la sangre. En algunos casos causa molestia la rápida coagulación de la sangre, por lo que una solución de citrato de sodio al diez por ciento se usa en vez de la solución salina normal con buen resultado. Se instila en un ojo una gota de la solución de citrato de sodio mezclada con cinco o seis gotas de sangre de la paciente, usándose el otro ojo para observación de control y comparación. La

prueba requiere unos dos minutos y la reacción generalmente dura por unos cinco minutos. La paciente sufre muy poca molestia. En más de 300 pacientes no hubo un solo caso de queja por causa de dolor en los ojos o conjuntivitis. Bercovitz advierte que es muy importante un estudio cuidadoso de ambas pupilas antes de hacer la instilación. Después de ponerse la sangre citratada en un ojo, deben compararse ambos para determinar si ha ocurrido algún cambio en un lado comparado con el otro. La reacción positiva la constituye una alteración definida en el tamaño en la pupila del ojo probado, sin que ocurra una reacción semejante en el lado opuesto.

La reacción pupilar positiva es prueba valiosa del embarazo especialmente en correlación con la historia y el examen físico. Se han hecho observaciones en pacientes en las que el diagnóstico del embarazo era cierto. En varias de estas la reacción pupilar fué la primera evidencia de la presencia o ausencia del embarazo. Una paciente embarazada mostró la reacción pupilar positiva *doce* días después del comienzo de su última menstruación. Otra a los *diez y seis* días y otras a los 36, 38, 43 y 44 días después del último período menstrual. En cuatro de las pacientes se notó una oscilación definida de la pupila en comparación con el control. Esto es indicación de una reacción positiva. Aquellas que no estaban encinta no demostraron ninguna reacción.

Una solución al 0.2 % de fenol en la solución salina normal impide la reacción positiva pupilar.

Mezclando tres centímetros cúbicos de clorhidrato de adrenalina al milésimo con un centímetro cúbico de solución salina normal, la reacción es positiva, pero si a esto se añade la de fenol la impide aún en las mismas pacientes en las que sin este medio la reacción fué positiva. Durante el curso de una reacción positiva inducida por la sangre íntegra, una mínima parte de la solución de fenol suspende inmediatamente esta reacción. En casos en que la reacción es positiva anteriormente, no lo es con la instilación de fenol.

La hormona sexual femenina (Prolán), neutralizada, aislada de la orina de mujer encinta, no causa reacción

pupilar cuando se la instila en el saco conjuntival de mujer embarazada que reacciona positivamente a su propia sangre. Sin embargo de que este mismo producto inyectado en ratones, de conformidad con la técnica de Ascheim y Zondeck, es positiva en todos los animales.

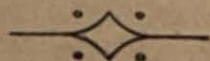
La reacción de Bercovitz, dá en manos de su autor un 85 % de seguridades para el diagnóstico precoz del embarazo y como, por otra parte, es más clínica que de laboratorio, bien vale la pena de ensayarla y nosotros lo hacemos, sin tener tiempo todavía para dar nuestra opinión personal.

La Reacción de Manoilow.—Es una reacción química. Está fundada en el cambio de color del azul Nilo adicionado de «diuretina» en presencia de suero de mujer embarazada. El color cambia en amarillo en caso positivo. Según su autor, el resultado sería exacto en 95 % de los casos. El cambio de color podría explicarse por el grado de acidéz de la orina, por una variación de su Ph. o también por la acción de una enzima desconocida. Como esta reacción sólo aparece después del segundo mes del embarazo su interés es mucho menor.

La Reacción de Hoffman.—Igualmente química, consiste en hacer actuar, frente de la orina de la embarazada, o presunta embarazada, una solución al 5 % de hiposulfito de soda en agua y la solución de Lugol débil. La coloración rosa más o menos intensa, da signo positivo del embarazo; la falta de coloración se interpreta como negativa.

Técnica: A 2 centímetros cúbicos de orina, se añade dos gotas de la solución de hiposulfito y seis del lugol; se hierve durante unos segundos y luego se añade treinta gotas del lugol; se hierve nuevamente y desde este momento hasta el minuto y medio, se nota claramente el cambio de coloración según se ha dicho.

En el servicio de Maternidad del Hospital de Santa Bárbara, nos ha dado el 98 % de aciertos.



Ruptura de la Sínfisis Pubiana como lesión del parto

Por el Dr. HERMANN HIRSCH

Entre las lesiones del parto aquella que nos proporciona el motivo para este informe es relativamente rara. Tanto más grande, empero, es su importancia para la terapia por las consecuencias que puede acarrear su negligencia o ignorancia para la paciente. Se trata de la llamada ruptura de la sínfisis pubiana consecutiva al parto sea espontáneo u operatorio. En la literatura mundial se ha referido hasta la fecha sobre más o menos 200 casos de ruptura de la sínfisis. Entre ellos 80—85% son de origen traumático y en la mayoría procedentes de partos terminados por intervención obstétrica. El resto de 15—20% se forma por sí, faltando cualquiera violencia exógena, siendo entonces la causa sin duda el mismo feto al pasar el canal genital. Considerando que la presión efectuada por el feto, durante el parto, sobre todos los segmentos del anillo pelviano representa una violencia notable, o más bien un traumatismo, debería considerarse esta clase de ruptura de la sínfisis también como traumática,

Las alteraciones fisiológicas causadas por el embarazo

en los tejidos del organismo femenino, especialmente en la pequeña pelvis, afectan también la sínfisis pubiana como articulación pelviana. Estas alteraciones consisten en lo esencial en una relajación e hinchazón del tejido. En la sínfisis la relajación efectúa una dilatación de la hendidura fisiológica y la posibilidad de una dislocación de los dos huesos pubis uno contra otro. Dichas alteraciones podemos comprobarlas fácilmente en la gran mayoría de las embarazadas en la última época de la gestación. Con la dilatación de la sínfisis la naturaleza proporciona una defensa ingeniosa que funciona sobre todo en todos los casos de pelvis estrecha de pequeño grado.

Las alteraciones de la sínfisis por el embarazo son conocidas desde hace mucho tiempo. Hyrtl (Alemania) las describió ya en su «Manual de Anatomía Topográfica» (1871) en un capítulo dedicado al «Cavum articulare de la symphysis ossis pubis» («Cavidad de la articulación de la sínfisis pubiana»): «También en circunstancias normales la cavidad de la sínfisis en mujeres embarazadas puede dilatarse por la secreción de un líquido sinovial de tal manera que los dos huesos pubis distan entre sí $\frac{1}{3}$ de pulgada. Por esta razón el anillo pelviano pierde una buena parte de su firmeza.»

Loeschke (Alemania) ha confirmado esta observación, en el último tiempo, mediante investigaciones anatómicas sistemáticas. El logró comprobar un aumento de la succulencia, una hinchazón e hipertrofia genuina del aparato ligamentoso de la sínfisis pubiana ya en los primeros meses del embarazo. Fuera de eso encontró en todas las mujeres que tuvieron antes uno o varios partos—nunca en nulíparas—formaciones de hendiduras traumáticas de la sínfisis a consecuencia de la presión efectuada sobre la articulación pubiana durante el parto, que es una articulación disminuida en su resistencia debido a las alteraciones fisiológicas del embarazo. Se encontró hendiduras y formaciones de cavidades en el cartílago tanto en dirección sagital como frontal extendiéndose también hasta el tejido conjuntivo de la sínfisis. Loeschke hizo constar una hendidura de los bordes de la sínfisis de pocos milímetros hasta $1\frac{1}{2}$ cm. Nosotros no podemos pues considerar la relajación y formación de hendidura en la sínfisis durante el embarazo como alte-

ración patológica. Sin duda empero proporciona la relajación fisiológica una disposición para alteraciones patológicas. Las diferencias solamente son graduales pero se necesita ya dislocaciones gruesas al lado patológico para producir síntomas clínicos que nos impresionan como enfermedad de la sínfisis.

Vamos a referir ahora sobre nuestro caso clínico,

HISTORIA CLINICA.

Señora L. de V. G. 29 años de edad Primípara,

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes personales: Hace unos 15 años la paciente sufrió un accidente de automóvil con una probable lesión o choque consecutivo de la médula, pues se produjo temporariamente una paresia de los miembros inferiores cuya curación tardó un medio año hasta su desaparición completa. Este accidente quedó sin alguna consecuencia para la paciente. Fuera de eso la paciente no adoleció de ninguna enfermedad que tenga importancia para la historia clínica siguiente.

Antecedentes de la enfermedad actual: 3 semanas antes de entrar en nuestro tratamiento clínico la paciente—primípara,—tuvo un parto espontáneo en su casa y dió a luz un hijo maduro de más o menos 3 kgr. de peso. El parto fué atendido solamente por una matrona sin presencia de un médico. De lado de la paciente y también de la matrona no fué notado ningún accidente especial durante y después del parto. 30 horas aproximadamente después del parto la paciente sintió un dolor fuerte en la región de la sínfisis pubiana y las ingles que se aumentó aún más cambiando la posición y moviendo las piernas. Dentro de algunos días se produjo fiebre que se elevó en breve tiempo y siguió siendo alta. Por falta de síntomas especiales y típicos se refirió primeramente la fiebre a la matriz en el sentido de una infección puerperal, pero este diagnóstico se abandonó después de un examen exacto de la paciente. Siendo palúdica la paciente se pensó tam-

bién en un paludismo despertado por el puerperio, pero el tratamiento antipalúdico tampoco dió ningún efecto. Por motivo de los grandes dolores la paciente evitó cada movimiento activo de las piernas y por consiguiente se desarrolló paulatinamente una parálisis completa de ambas extremidades. Esta afección ofreció muchas dificultades a un diagnóstico claro por falta de cualquier síntoma típico orgánico-neurológico; por eso se supuso en el primer momento una relación indirecta con el accidente anterior.

Tal fué el cuadro sintomático que presentaba la paciente cuando entró en nuestro servicio.

Exámen clínico: Se trata de una paciente debilitada, muy delgada, la cual ofrece la impresión de grave enfermedad.

Pulso: 110

Temperatura 39,4°

Corazón y pulmones: no ofrecen ningún hallazgo patológico.

Abdomen: blando; ninguna resistencia ni defensa.

Utero: bien involucionado, correspondiente a la época del puerperio.

Anexos: normales.

Reflejos: no falta ningún reflejo normal, solamente la intensidad de los reflejos patelares, sobre todo del lado derecho, está reducida. *Babinsky:* negativo *Oppenheim:* negativo.

Reflejos de las pupilas: normales,

Exámen local: El tejido del monte de Venus por encima de la sínfisis pubiana presenta una hinchazón extensa de consistencia pastosa y gran sensibilidad al dolor. La infiltración inflamatoria del tejido se extiende hasta la mitad inferior del labio mayor. En ambas ingles se encuentran ganglios hinchados y dolorosos. La palpación de la sínfisis que por el dolor intenso es muy difícil de practicar revela una hendidura franca de 3 cm. por lo menos.

Las mediciones externas de la pelvis dan:

Diámetro	biespinoso:	22 cm.
«	bicrestal:	26 cm.
«	bitrocantéreo:	28 cm.
«	de Baudeloque:	18 cm.

Como nos indican las mediciones se trata francamente de una pelvis uniformemente angosta, porque todos los diámetros están igualmente disminuidos. Este hecho explica también de una manera perfectamente satisfactoria la causa de la ruptura de la sínfisis.

Diagnóstico clínico: Ruptura de la sínfisis pubiana con formación de un absceso secundario a consecuencia de un hematoma infectado.

La *punción exploradora* practicada inmediatamente en la misma hendidura de la sínfisis dió mucho pus denso amarillo comprobando así perfectamente nuestro diagnóstico.

Igualmente la *radiografía* de la pelvis comprobó el diagnóstico. (Fig. 1)



La radiografía nos enseña claramente la amplia hendidura de la sínfisis pubiana. Los bordes de los huesos pubis están irregulares y dentados a consecuencia de una periostitis y osteítis que afecta el hueso. La alteración del hueso está causada por la supuración prolongada que existió ya 4 semanas antes de la radiografía. Por eso hemos de considerar la afección del hueso con alteración secundaria y consecutiva,

Tratamiento: Operación para evacuar el absceso.

Operación en anestesia general con éter:

Al encontrarse ya una perforación pequeña espontánea en la mitad inferior del labio mayor derecho se abre el absceso en este punto, vaciando más de un litro de pus denso, medio seco y de olor típico de coli. El dedo introducido en la herida operatoria alcanza con facilidad la sínfisis comprobando directamente una hendidura de la sínfisis de $3\frac{1}{2}$ —4 cm. y al mismo tiempo la comunicación de la sínfisis con el absceso. Limpieza exacta del absceso,—drenaje.

Curso postoperatorio:

24 horas después de la operación la fiebre bajó completamente; estado general satisfactorio. Movimiento activo de las piernas siguió siendo imposible,

Cinco días después nueva elevación de la temperatura y formación de un otro absceso en el labio mayor izquierdo. Evacuación de este absceso por medio de una pequeña incisión; drenaje. También este absceso tiene su franca comunicación con la sínfisis rota.

Después de la segunda intervención la temperatura quedó perfectamente normal. Al desaparecer la tumefacción del tejido inflamado de la región pubiana se pudo tocar con más claridad la hendidura de la sínfisis. La sensibilidad disminuyó paulatinamente y ya comenzó la paciente a mover un poquito los pies. Suponiendo que el motivo de la parálisis de las piernas fuera la inactividad prolongada de las extremidades se administró un tratamiento combinado de tonificación general con inyecciones de estricnina y una leve faradización de la musculatura. Con este tratamiento se logró muy lentamente reactivar la movilidad de las piernas de tal manera que la paciente pu-

do levantarse después de haber guardado cama casi dos meses y medio. La disminución de la hendidura de la sínfisis fué apoyada y acelerada por vendajes circulares *de comprensión* que rodearon la pelvis a la altura de la sínfisis.

Cuál es, pues, *la sintomatología* de la ruptura no complicada de la sínfisis pubiana?

Si la paciente no nota ya durante el parto un dolor súbito y fuerte en la región pubiana, en general el primer síntoma es un dolor que se desarrolla paulatinamente en dicha región en los primeros días después del parto y se aumenta a veces hasta el exceso sobre todo en cada intento de cambiar la posición. El tejido conjuntivo por encima de la sínfisis muestra una hinchazón dolorosa debida al hematoma que en mayor o menor grado siempre acompaña la ruptura de la sínfisis. Si por falta de síntomas llamativos—como ocurre a veces—la ruptura escapa a nuestra atención, y la paciente se levanta demasiado temprano, entonces se la descubre casi siempre por el con-toneo típico («paso de pato») de la enferma. La reducción de la movilidad de las piernas es un síntoma frecuente y explicable de la ruptura de la sínfisis. La existencia de uno o varios de los síntomas mencionados, especialmente en casos con pelvis estrecha de pequeño grado, como en nuestro caso nos hace pensar inmediatamente en la posibilidad de una ruptura de la sínfisis pubiana. Si no ya la palpación siempre la radiografía revela o comprueba el diagnóstico que sospechamos.

El tratamiento en general es un tratamiento conservador y sencillo siempre que el hematoma involucone espontáneamente: Reposo estricto en cama durante 15—20 días y un vendaje en la forma arriba mencionada alcanzan en la gran mayoría de los casos una curación completa de la afección. La osteosíntesis quirúrgica queda reservada solamente para aquellos casos de una hendidura exagerada que se produce casi exclusivamente en las rupturas traumáticas a consecuencia de un parto operatorio (fórceps).

Si el hematoma no involucone sino que aumenta de tamaño, su evacuación por medio de una punción es imprescindible para evitar la infección, la que se produce muy fa-

cilmente—como también en nuestro caso actual—por la vecindad de la vejiga y la vagina.

El caso referido nos enseña a prestar más atención al hecho de la relajación de las articulaciones de la pelvis y especialmente de la sínfisis pubiana. Muchos trastornos de la pelvis cuyas causas no se tiene en cuenta se basan en las alteraciones fisiológicas del embarazo. Seguro es que muchos trastornos estáticos presentándose frecuentemente ya en los primeros meses del embarazo pueden ser atribuidos a las alteraciones mencionadas de la pelvis.

La causa de esas alteraciones probablemente es endócrina. Los autores norteamericanos A b r a m s o n, R o b e r t s y W i l s o n llaman la atención sobre la "Relaxina" descubierta por W i s a w, que presenta un componente de la hormona del cuerpo amarillo en muchos mamíferos, en el hombre hasta ahora no comprobada. Pero sería muy posible que también en el hombre tal hormona, que por lo demás es ineficaz sin la foliculina, ejersa su influencia sobre la relajación de la sínfisis. Sea como fuere se puede suponer que como las otras alteraciones del embarazo en el organismo de la mujer también las alteraciones en la pelvis ósea sean dirigidas por hormonas.



Sobre la Técnica de la Biopsia.

Por el Dr. FRANZ WENGER.

Si me permito detallar algunos puntos referentes a la técnica de la biopsia es porque creo cumplir con una necesidad harto sentida y en atención a la importancia de este método de diagnóstico por un lado y por la falta de instrucciones que debe recibir no solo el alumno de hoy en los laboratorios de anatomía patológica sino también los médicos. Cada médico tiene oportunidad y de vez en cuando necesidad de servirse de la biopsia para su diagnóstico, pero sólo observando las reglas de la técnica se pueden obtener resultados satisfactorios.

Una primera condición es que la biopsia no ofrezca ningún peligro para la vida o aún el estado del paciente. Cualquier medio de diagnóstico que signifique un peligro me parece abominable. Por eso es indispensable observar las reglas de la asepsia. Preparando el campo de la biopsia y los instrumentos igual que para una operación. Cuando se trata de una región sensible del cuer-

po como p. e. la piel es necesario emplear anestesia, generalmente anestesia local. Por movimientos bruscos que ejecuta el enfermo por el dolor, se encuentra siempre en peligro la asepsia y además se necesita mucha calma y cuidado para la ejecución de una buena biopsia. Finalmente, exige el sentido humano no hacer sufrir sin necesidad y asustar al enfermo, el cual rehusará seguramente una eventual repetición de la biopsia, cuando tiene muy malos recuerdos de la primera.

El médico debe prepararse antes de hacer la biopsia para accidentes que pueden ocurrir: pinzas y gazas para cohibir hemorragias y material de sutura. Hay tejidos en los cuales se produce una hemorragia abundante sin que el operador se dé cuenta de esa contingencia al través de la piel intacta. Hay métodos especiales de la biopsia como el curetaje uterino que no ofrece ningún peligro en la mano del experto pero sí en la del novicio (perforación!) y será preferible siempre llamar para tal caso a un médico perito en la técnica especial.

En cuanto al tamaño de la pieza que se ha de entregar al laboratorio se puede decir desde el punto de vista de la anatomía patológica que no debe ser demasiado grande. Los tejidos de granulación, los tumores, ofrecen en partes distintas a menudo un cuadro microscópico distinto, partes no específicas alternan con partes sospechosas. De algunas células no se puede deducir el diagnóstico. Piezas del tamaño de un grano de mijo casi nunca pueden dar un resultado preciso. Claro está que mucho depende de la región de la cual se hace la excisión, pero generalmente las piezas menores a una lenteja no tienen mucho valor, y el patólogo consciente tiene que pedir una repetición de la biopsia para dar un diagnóstico seguro.

Mucha importancia tiene la elección del tejido para la biopsia. Casi siempre se recomendará excindir de un gran tumor o de un foco inflamatorio una parte marginal, con una porción de tejido macroscópicamente inalterado. Esto permite al patólogo estudiar la relación entre tejido sano y patológico, los límites, el carácter de progresión, etc. Esta exigencia del patólogo no es caprichosa sino obligada por algunos fines científicos: hay casos donde ni la forma ni el tamaño de las células, ni la

relación de las células entre sí, indica algo seguro sobre el carácter benigno o maligno del proceso: p. e. en muchos casos de pólipos intestinales es solo la penetración de elementos epiteliales en la base, en la submucosa, lo que permite el diagnóstico del cáncer; las formaciones superficiales aún en la relación epitelio-estroma, parecen simples adenomas, sin ningún peligro, ni sospecha.

Entregar al laboratorio pequeños fragmentos necróticos, que salen de una herida, úlcera, fístula etc., es un procedimiento inofensivo, sin embargo no se debe esperar mucho provecho de ello. Raras veces se podrá aclarar un caso difícil por ello, pues la necrosis transforma tanto el tejido y las células, que el valor diagnóstico no es alto. Pero en vista de la sencillez del procedimiento vale la pena hacer el ensayo, aún cuando tenga éxito solo en la proporción del 1 % y mandar al laboratorio estos fragmentos en vez de echarlos.

Durante toda la operación, y también después, se deben tratar las piezas con mucho cuidado especialmente se debe evitar el aplastamiento del material. Todas las partes que se han comprimido entre los brazos de una pinza ya no se prestan para el examen microscópico, puesto que la estructura original desaparece por completo, los núcleos se deshacen, formándose a menudo con ellos una masa difusa. Esta es una razón más para excindir piezas no demasiado pequeñas, porque en ellas el aplastamiento de la mitad del trozo es inevitable, quedando una región muy limitada para el examen microscópico.

Los instrumentos que se prestan mejor para la ejecución de la biopsia, tanto para la elección exacta del lugar cuanto para evitar el aplastamiento del tejido, son el bisturí y la pinza quirúrgica. Aunque el manejo de ellos sea incómodo en muchos casos, especialmente en el consultorio particular, los resultados son superiores a cualquier otro procedimiento. Sólo en casos de pólipos pediculados o formaciones parecidas prestan sus servicios instrumentos como la pinza saca-bocado, pero siempre se debe renunciar entonces a la observación de la base del tumor, lo que significa un grave perjuicio como ya hemos explicado antes.

De suma importancia es el trato de la pieza después de la operación: sólo se permite envolverla en gaza y en-

tregarla así al laboratorio cuando no se pierde ningún tiempo, o sea cuando se hace biopsia en el hospital ó en la vecindad del laboratorio. Cuando pasa más de media hora hasta que se entregue la biopsia en las manos del patólogo, entonces ya empieza a secar la pieza en su superficie, cambiándose el aspecto de todas las células y haciendo imposible un diagnóstico. Para evitar la de-secación así como también la putrefacción que empieza después de muy poco tiempo, especialmente en tiempo cálido, es necesario endurecer el tejido. Empleamos en el laboratorio una solución de formol de 5-10o/o (diluyendo el formol más concentrado de la farmacia 4-8 veces con agua), pero es suficiente también el endurecimiento con alcohol de 70o/o el cuál se encuentra en cada consultorio médico. Poniendo la pieza en un frasquito con este líquido se la puede guardar días y semanas sin ningún perjuicio para el exámen microscópico. Puede mandársela también de tal modo desde puntos lejanos del interior del país por correo. El laboratorio está siempre a la disposición de todos los médicos que deseen su colaboración.

Finalmente es necesario acompañar la pieza con una papeleta al entregarla al laboratorio. Generalmente será suficiente indicar el nombre del médico o el de la sala, nombre y edad del enfermo, la región en la cual se ha practicado la biopsia y el diagnóstico clínico. Cuando se remite una biopsia de fuera de la ciudad, se recomienda añadir siempre un extracto de la historia clínica con todos los detalles importantes, exámenes anteriores, síntomas, duración del proceso, tratamiento, etc. En casos que ofrecen dificultades para el diagnóstico se necesitan todos estos datos, y por eso es preferible comunicarlos en todos los casos de afuera para evitar una correspondencia larga y una demora innecesaria.

El objeto de estas líneas es resumir las reglas que deben observarse para garantizar un resultado satisfactorio de la biopsia. La biopsia, como los rayos X, ó el exámen de la orina, no siempre puede dar un resultado preciso. Pero la observación de estas reglas aumenta considerablemente la seguridad del diagnóstico y disminuye el número de casos donde se añade al comunicado del exámen: "Se recomienda repetir la biopsia."

ANALISIS DE REVISTAS

A cargo de los Dres. JOSE AGUIRRE T. y HERMANN HIRSCH.

Oftalmología.

Kolacny J.—Disturbios de la función hepática y su relación con la reducción de la adaptabilidad a la oscuridad.—
Bratislavské Lekarske Listy. 1939. Pag. 63

Estudios sistemáticos de la adaptación al oscurecimiento realizados en pacientes con alteraciones de la función hepática, reconocidas clínicamente, revelaron siempre una enorme reducción del poder normal de adaptación a la oscuridad. Sin embargo, esta hemeralopia es generalmente latente, desconocida por el enfermo y es revelada únicamente por los estudios adaptométricos. El autor asegura que la hemeralopia existente en esos casos es debida a una alteración del índice de regeneración de la púrpura visual causada por carencia de la vitamina A. Tal deficiencia proviene del disturbio de la función hepática que normalmente realiza la transformación de la *carotina* en *vitamina A*. Así en enfermos sospechosos de insuficiencia hepática (no confirmada por los métodos clínicos usuales) la hemeralopia puede ser interpretada como un simple síntoma del disturbio hepático. Después de la administración de vitamina A fué demostrada adaptométricamente una notable mejoría.

J. A. T.

Lemoine A. N.—Hiperpirexia en el tratamiento de la sífilis ocular.—Arch. of Physical Therapy. 1939. Pag. 675.

Casos de queratitis intersticial sifilítica, neuritis óptica, atrofia óptica secundaria, atrofia óptica primitiva y corioretinitis, fueron tratados por el autor mediante la hiperpirexia producida por la malaria terciana y por baños calientes. Los resultados obtenidos por el uso de los baños calientes fueron tan buenos, aunque no tan rápidos, como los obtenidos por la malarioterapia. El aclaramiento de las manchas y opacidades en queratitis intersticial y el ablandamiento de las reacciones agudas en las neuroretinitis fueron más rápidos que con otras formas de tratamiento. La atrofia óptica primaria permaneció estacionaria pero mejoró la extensión del campo visual.

J. A. T.

Jones L. T., Jordán L. W. y Sullivan N. P.—Vermes nemátodos intraoculares.—Arch. Ophthalm.—1939. Pag. 1006—12

Los autores revisan la literatura médica correspondiente y relatan un caso de un nemátodo vivo, de tamaño de 9 m.m. de largo por 0;2 m. m. de diámetro que se encontró adherido al iris de un paciente que nunca había residido en países tropicales. El vermes fué destruido al extraerlo y por esta circunstancia fué imposible su clasificación exacta. El aspecto general del ojo no mostró en ningún momento alteración alguna.

J. A. T.

Arruga H.—El porcentaje de la extracción in toto en la operación de la catarata.—Ann. de Oculist. 1939.—

Publicación de nuevas estadísticas sobre extracción in toto que llegan actualmente al 95% en vez de los dos tercios, que registraba en 1930. Esta estadística se refiere a los casos operados por el autor en los diversos países que visitó últimamente. Solamente cuando la catarata es muy intumes-

cente y su cápsula no puede ser tomada con la pinza el autor emplea la ventosa. En cuanto a la técnica, recomienda la anestesia local prolongada, aquinesia palpebral y la inyección retrobulbar. A fin de realizar la toma lo más bajo posible detrás del iris presenta un nuevo modelo de pinza de Arruga.

J. A. T.

Mendonca de Barros J.—Aspectos biomicroscópicos de las complicaciones oculares de la lepra.—Ophtalmologia Ibero Americana.—1939. Pag. 1

El autor que es Oculista del Sanatorio Padre Bento, Servicio de Profilaxia de la lepra de S. Paulo, describe aspectos biomicroscópicos de las complicaciones oculares de la lepra observados en 1200 pacientes. Trata ligeramente de la anormalidad que encontró por parte de los vasos del limbo a veces circundados de una vaina infiltrativa fina. Describe luego minuciosamente las complicaciones corneales: 1.—Edema, vesículas, ampollas del epitelio anterior. 2.—Nódulos de infiltración en el parénquima con aparición de gruesos vasos (esclero—queratitis leprosa).—Edema, exudados, adherencias y formaciones vesiculares en el epitelio posterior. A nivel del iris describe: 1.—La forma de iritis leprosa serosa o serofibrinosa que puede evolucionar, subagudamente, agudamente o sobreagudamente y 2.—La lepra iridiana miliar o nodular.

J. A. T

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Moragues Bernat J.—Las diabetes y el estado grávido—puerperal.

La Prensa Médica Argentina.—Año XXVII.—

Un trabajo importante e interesante que se ocupa de la cuestión ya frecuentemente discutida de la diabetes influyente sobre el embarazo e influida por el embarazo. Con razón afirma el autor que una embarazada en la cual se descubre una diabetes debe ser considerada como una dia-

bética, que latente, oculta o ignorada, hasta ese momento, se ha complicado. Siempre la diabetes queda problema de fondo, y lo es tanto, que ella puede malograr muchas gestaciones y la existencia de un embarazo obliga a aceptar que la diabetes se ha agravado. Como la diabetes es una expresión de un dismetabolismo glúcido ella crea al mismo tiempo una serie de condiciones desfavorables para la fecundación. Así resulta que un buen número de mujeres estériles se encuentra entre las diabéticas ocultas, latentes o confirmadas. Con el tratamiento específico antidiabético la mujer adquiere o recobra nuevamente la facultad de concebir.

Fuera de la esterilidad como consecuencia de la diabetes hay siempre mujeres diabéticas que logran ser fecundadas y su organismo crea un equilibrio con el huevo en crecimiento, que hace que aparentemente la mujer no agrave su diabetes con el embarazo. Más frecuente pues que el nacimiento a término de un feto vivo, en las embarazadas diabéticas, es el aborto repetido, la muerte del feto «in útero», el parto prematuro espontáneo con feto vivo o muerto y macerado; además el parto prematuro o de término con feto vivo que muere en el parto o en las horas que siguen o en los primeros días del nacimiento. Al fin a veces también resultan niños grandes, pesados, verdaderos «gigantes». Todo ello, siempre que a medida que crecía el embarazo, no cayera la madre en acidosis diabética, o llegara a ella o al coma, durante el parto o en seguida del mismo.

Los trabajos de la Escuela Canadiense (Banting y Best) y de la Argentina (Escudero) recién dieron la información y el criterio necesario para encarar bien este problema sumamente importante. A base de todo eso hoy se puede fijar una conducta casi esquemática para abordar a tales pacientes.

Una de las primeras cosas que hay que pedir en forma sistemática para completar el examen clínico y obstétrico ya en el comienzo del embarazo es un análisis de orina completo. Una vez comprobada una reacción de reducción del licor de Fehling en la orina, es indispensable diferenciar si se trata de una verdadera glucosuria como expresión de una diabetes o de una galactosuria que no tiene ningún valor clínico y que pasa a menudo durante el embarazo y puerpe-

rio. Para descartar o comprobar una diabetes es imprescindible obtener un dosaje de glucosa en la sangre para saber si se trata de una normoglucemia o de una hiperglucemia. El autor señala que en la embarazada, según Peco (1930)—la normoglucemia media es de 0,76 por mil, un valor bajo de la glicemia fuera de la gravidez, basándose probablemente en una insuficiencia hepática latente o declarada y en la pobreza en glucógeno demostradas durante el embarazo por el mismo autor (1935). Recien establecido que la paciente es normoglucémica puede suponer que no se encuentra frente a una diabetes sacarina sino de una glucosuria no diabética, relativamente frecuente en la embarazada. Entonces el autor indica una prueba para diferenciar una diabetes verdadera de una glucosuria simple sin hiperglucemia. Una vez seguro del diagnóstico es cuestión de resolver si el embarazo puede continuar o no. El autor dice: «Hoy por hoy, con los recursos a nuestro alcance, con el conocimiento claro de estas cuestiones que tienen los médicos generales y especialistas y con la posibilidad que existe de internar a una embarazada en una maternidad, la respuesta es una sola, no puede haber discordancia: el embarazo puede continuar. «Para los casos graves el autor pide la internación de las embarazadas, mientras tanto las formas leves pueden ser tratadas ambulatoriamente. Siempre es importante la colaboración del obstetra con el dietista.

El parto y el postparto son etapas de gravedad, aún en diabéticas compensadas. La dosis de insulina en esta época ha de ser reforzada. La gravedad se atenúa con la convalecencia del puerperio. La dosis de insulina puede ser reducida, pero el régimen dietético debe seguir siendo severo. El control químico de la orina y en caso necesario de la sangre debe ser continuo y regular, indicando siempre el tratamiento adecuado. El autor indica entonces un cuadro clínico preciso de todas las complicaciones de la diabetes, como son diaceturia, acetonuria y coma diabético con su tratamiento respectivo que se puede leer en el trabajo original.

Llegando el embarazo hacia el término a veces el páncreas fetal compensa un poco el hipoinsulinismo materno por su secreción interna. El papel que tiene la placenta

con respecto a la insulina hasta ahora no está perfectamente decidido. En resumen puede decirse que la cuestión del pasaje de insulina a través de la placenta desde el feto hacia la madre ya no es seguro. El autor considera como concepto general que toda gestante sea ó no diabética presenta insuficiencia hepática en grado variable la cual se agrega a veces a su insuficiencia endócrina pancreática, (casos de dia-

betes). Por eso todo tratamiento de una diabética embarazada debe ser reforzado por hepatoterapia, bajo la forma de cualquiera de los inyectables reconocidos actualmente como útiles. Si se necesita cualquier intervención para efectuar el parto hay que preparar especialmente con insulina a la paciente. La lactancia en los casos graves está contraindicada tanto por la madre como por el hijo.

Respecto al porvenir obstétrico no hay razón para prohibir nuevos embarazos siempre que esté en manos de obstétricos y dietistas.

Al fin el autor comprueba sus conclusiones y observaciones con 24 historias clínicas de una época de 10 años.

H. H.

Goñalons Guillermo P.—Hormonas ováricas y cáncer.—

La Prensa Médica Argentina Año XXVII No. 28

Este trabajo está referido, aunque el tema quizá es algo problemático, porque en el último tiempo se aumentan las informaciones sobre las relaciones íntimas entre las sustancias estrógenas y las cancerógenas. De tal manera que la colaboración y observación de todos los que administran medicamentos estrógenos por fines terapéuticos tiene una importancia enorme en la práctica para evitar consecuencias posibles sobre las que nos informa el autor.

Todos los trabajos publicados,—en la mayoría trabajos experimentales con animales,—se basan en la primera observación de Lacassagne, del Laboratorio del Radium del Instituto Pasteur de París, el cual señaló en 1932 la aparición de cánceres de la mama en lauchas machos sometidas

a inyecciones repetidas de foliculina. Después de la información de Lacassagne las comprobaciones experimentales de su afirmación formaron legión. No sólo el cáncer se provoca en la laucha, en la rata, en el chanchito de Indias, sinó que se describen cánceres, así dicen los distintos autores producidos por la foliculina o sus similares y en la mama, como en el cuello o en el útero de la mujer. El autor cita un artículo reciente de Gemmel y Jeffcoate (1939) que han observado la aparición del carcinoma del cuello en tres enfermas, de 43 que fueron tratadas con estrogen por craurrosis vulvar y vaginitis senil. Aquellos autores establecen: "El suceso acaecido de estos tres casos no prueba que el carcinoma del cuello puede ser producido por los estrógenos. Pero esperamos que nuestras experiencias traerán a la mente de los ginecólogos que usan tales preparaciones en casos similares, mencionarlos públicamente, si así también les sucediese. Por lo menos, dan algunas lecciones prácticas:

1.—Cada enferma en menopausia ó en edad postmenopáusica, presentando síntomas de escurrimiento, debe ser sujeta a las exploraciones más cuidadosas a fin de excluir el carcinoma del útero, aun cuando algunas lesiones, tales como la vaginitis senil, parezcan ser una causa nimia.

2.—Los estrógenos deberán administrarse con toda precaución si la enferma tiene lacerado o infectado el cuello, o cualquier otra lesión sospechosa de epiteloma.

3.—Los estrógenos no deben prescribirse a aquellas enfermas con antecedentes familiares o hereditarios cancerígenos."

Otros autores, Auchincloss y Haagensen han observado el notable desarrollo de los senos de un número de mujeres durante el curso de la administración del Proginon B. Los cortes histológicos en tres de 4 observadas hallaron las pruebas microscópicas de la estimulación marcada del epitelio de los senos. Estos autores aconsejan;

" que debe proscribirse:

1.—Dosis fuertes y prolongadas. 2.—Cuando existen antecedentes hereditarios de neoplasias. 3.—Sin examen previo de los senos, y 4 En enfermas con mastitis crónica, carcinoma o cualquier forma clínica

del carcinoma del seno, aún antes o después del tratamiento quirúrgico o radioterápico."

En una época como hoy, en que existe una administración y estimación exagerada de las hormonas estrógenas, las informaciones arriba referidas deben llamar la atención de cada médico que se ocupa con hormonoterapia.

H. H.

Lovandes Peple W.—Prótesis vaginal—Virginia Medical Monthly Vol 67 No. 7 Julio 1940.

El autor considera nuevamente el problema del tratamiento médico de los descensos vaginales y prolapsos uterinos con el método de los pesarios, reservando esta terapia exclusivamente para las pacientes cuyo estado general prohíbe el tratamiento quirúrgico—sea por la edad o sea por otras razones médicas o psíquicas. En aquellos casos elegidos siempre se observa los mejores resultados posibles con la aplicación de pesarios. El nuevo concepto llevado a la discusión por el autor y curiosamente hasta ahora nunca mencionado en la literatura, es la posibilidad de adaptar el pesario cada vez a la forma del polapso o descenso correspondiente de tal manera que se mete el anillo de caucho vulcanizado en agua caliente ablandando y amoldándolo a la forma deseada. Para aumentar todavía la firmeza del pesario el autor recomienda llenar el centro del pesario con una planchita del mismo material. Para hacerse entender mejor sobre la administración de los pesarios están publicadas unas láminas muy instructivas. Como afirma el autor todas sus pacientes han sentido una mejoría notable de sus trastornos.

H. H.

NECROLOGIA.**EL DR. FILOMENO MARTINEZ ARAUJO.**

Víctima de rápida y grave enfermedad falleció el día 25 de julio el socio activo del Instituto Medico «Sucre» Dr. Filomeno Martínez Araujo.

Viejo, pobre y desamparado, vió cernirse, en sus últimos días, sobre su hogar y sobre su persona, no solo la crueldad del Destino sino también la de los hombres.

En el transcurso de dos semanas perdió a sus dos hermanas. Pocos días antes de morir fué despojado del cargo público que desempeñaba y con cuyo sueldo cumplía sus particulares necesidades y sostenía a su familia.

Que la Paz, que el Destino y los hombres le negaron en sus postreros días terrenales, reine eternamente en su tumba.

J. A. T.

Discurso pronunciado por el Dr. Gustavo Vaca Guzmán, en representación del Instituto Médico «Sucre», en el

acto del sepelio de los restos del Dr. Filomeno Martínez Araujo.

Señores:

Una racha de desolación y de exterminio, en la ciudad Capital de la República, ha extendido su negro manto de dolor y tribulación, en breve lapso, hiriendo de muerte a selectos y distinguidos miembros de esta culta sociedad, que hartó siente y llora la partida eterna de tan queridos seres.

Entre esas personas amadas, a quienes acompañaba la simpatía general, tocó hoy ser una de las víctimas del implacable destino al Dr. Filomeno Martínez Araujo, el hombre bueno por excelencia, en la más amplia acepción del vocablo, al ciudadano honesto a quien circundaba el aura popular, que al alejarse para siempre de la patria y de los suyos deja un incolmable vacío en la sociedad.

No he de hacer el elogio que merece, ni mucho menos la biografía de Filomeno Martínez, porque la singular personalidad de este popular chuquisaqueño es harto conocida de todos los que me escuchan, limitándome a enumerar, brevemente, los valiosos servicios que prestó al país, con abnegación, desinterés y patriotismo, tanto en la administración pública como en los servicios sanitarios, habiendo ejercido, con toda competencia y dedicación, los cargos de catedrático de la Facultad de Medicina, Médico jefe y médico interno del Hospital Santa Bárbara, profesor de la Facultad de Derecho en la cátedra de Medicina Legal, cirujano militar durante la campaña del Chaco, en los hospitales de esta ciudad, Director de Sanidad Pública, y, hasta hace poco tiempo, ocupó las funciones de Jefe de la Sección de Obstetricia de la Dirección Departamental de Sanidad. Ultimamente ingresó como socio fundador de la nueva institución profesional titulada «Asociación Médica Chuquisaqueña», recientemente constituida.

Fué uno de los más antiguos y prestigiosos miembros del Instituto Médico Sucre, en cuya sociedad científica ocupó un puesto de distinción, haciéndose acreedor al aprecio y estimación de sus eclegas, que nunca dejaron de re-

conocer las bellas prendas morales que adornaban al compañero extinto.

Y entre esas bellas prendas morales que constituían el alma de la personalidad del Dr. Martínez, destacábanse las virtudes supremas de la consecuencia y de la lealtad a toda prueba, contrastando esos nobles sentimientos con la veleidosidad e infidencia reinantes en todos los órdenes de la actividad social.

Fué, pues, firme y honrado en sus convicciones doctrinales, así como lo fué, también, en política, en la que le cupo actuar como miembro activo del Partido Liberal, sin haber dejado de pertenecer un sólo día a sus filas, ni retirarle su fiel adhesión a su Jefe, el ilustre estadista Don Ismael Montes, a quien acompañó como partidario suyo tanto en el poder como en la oposición, en tanto que los amigos políticos y admiradores del ex-presidente, volvíanle las espaldas y tomaban nuevas y lucrativas situaciones en todos los partidos políticos que se fueron sucediendo en el gobierno, con distintas denominaciones, a la caída del liberalismo. No fué, pues, el Dr. Martínez de los que cambió de doctrina ni arrió la bandera de sus leales convicciones políticas.

Y así como Filomeno Martínez fué leal y consecuente con sus ideales políticos y doctrinales, lo fué asimismo con la amistad, por la que conservaba, como un fuego inextinguible, un culto sagrado en lo más íntimo de su nobilísimo corazón.

En cuanto a su actuación profesional se refiere, bien sabemos que el Dr. Martínez fué un médico inteligente y práctico, modesto y discreto; caritativo, generoso y filántropo; paciente y cariñoso con sus enfermos de las clases desvalidas, fué el «médico de los pobres», como cariñosamente le llamaban sus numerosos y gratuitos clientes.

En nombre del Sr. Presidente y Miembros del Instituto Médico Sucre, a quienes tengo el alto honor de representar en este acto, ofrendo esta corona como símbolo de postrer homenaje rendido por sus colegas a la memoria del que fué su consocio el Dr. Filomeno Martínez, cuyo recuerdo permanecerá indeleble en sus corazones y en los anales de la sociedad que honró con su nombre.

CRONICA.

Ministro de Higiene y Salubridad.—El Gobierno Constitucional de la Nación ha nombrado Ministro de Higiene y Salubridad al eminente Cirujano Dr. Abelardo Ibáñez Benavente.

Felicitamos efusivamente al distinguido colega y abrigamos la más absoluta seguridad de que bajo su atinada dirección el Ministerio de Higiene y Salubridad ha de rendir los resultados que de su acción se esperan en bien de la salud general del pueblo boliviano.

Jefe de Sanidad Departamental de Chuquisaca.—También ha sido ratificado en el cargo que ya desempeñaba el Jefe de Sanidad Departamental de Chuquisaca Dr. Miguel Lèvy B.

Esperamos que la acción del Jefe de Sanidad Departamental continúe y mejore la obra emprendida durante su período provisional.

Vice Presidente del Instituto Médico "Sucre".—El Instituto Médico "Sucre", en una de sus últimas reuniones administrativas, luego de interpretar legalmente las prescripciones estatutarias, ha reconocido en calidad de Vice Presidente de la Sociedad, para el resto del período de 1940, al Dr. Gustavo Vaca Guzmán.

Proyecto de ley para devolver a la dependencia de las Alcaldías Municipales todos los Hospitales Civiles de la Nación.—Se ha presentado a consideración de la H. Cámara de Senadores un proyecto de ley tendiente a devolver todos los Hospitales Civiles existentes en la Nación a la dependencia de las Alcaldías Municipales respectivas.

Dichos nosocomios dependen actualmente del Ministerio de Higiene y Salubridad que, según anunciamos y comentamos en nuestro editorial, también se pretende suprimir.

Si bien, aparentemente, el proyecto de ley que se discute en la H. Cámara de Senadores está encaminado a mejorar la atención de los Hospitales, entregando su administración y control a las Alcaldías Municipales respectivas, que, por residir en el mismo lugar donde funcionan los nosocomios, atenderían directa y urgentemente las diversas necesidades de los citados establecimientos, es, en realidad, perjudicial y retrógrado.

Es perjudicial, porque aún las Municipalidades más ricas de la Nación no han de poder atender, en debida forma, las múltiples y siempre crecientes necesidades de los Hospitales con solo sus recursos propios.

El Gobierno Central, una vez que entregue nuevamente los Hospitales a la dependencia de las Municipalidades, se ha de despreocupar de su atención, especialmente económica, y esos establecimientos han de sufrir graves contratiempos.

Porque, si ahora, bajo la dependencia del Ministerio de Higiene y Salubridad, que cuenta con recursos superiores a las Municipalidades, los Hospitales se encuentran deficientemente atendidos en sus necesidades, una vez que sean entregados a las Alcaldías se encontrarán peor.

Es retrógrado, porque destruye una verdadera conquista moral y técnica.

Hasta hace poco tiempo las Municipalidades nombraban a los Médicos de los distintos Hospitales con criterio puramente político y hasta religioso. Era necesario pertenecer al mismo partido político a que pertenecían la mayoría de los señores Consejales o practicar las mismas creencias religiosas de las instituciones de esta naturaleza, a las

que se entregaba el control de los nosocomios, para poder desempeñar el cargo de Médico de los Hospitales. La competencia profesional era el requisito menos indispensable.

No existía ni siquiera una muestra de escalafón para el personal. Cada año cambiaba la composición de los Consejos Municipales y cada año también cambiaban los Médicos de Hospital.

En esas condiciones el control técnico era imposible. Los señores Consejales y los miembros de las Sociedades religiosas de beneficencia se concretaban a averiguar la filiación de los profesionales para favorecer o combatir su actuación.

Confiamos en que la H. Cámara de Diputados, que debe revisar el proyecto de ley que comentamos, con mayor serenidad y sobre todo sin el espíritu de destrucción de las escasas conquistas sociales efectivas, realizadas después de la infausta guerra del Chaco, ha de rechazar su texto.

J. A. T.