

fenómenos de cariorréxis, por presentar raras veces un núcleo franco, en fin, por la tenuidad y abundancia de zonas incompletas, como destruidas que presentan) parecen una ulterior evolución de otros elementos muy redondeados y de contorno regular cuya semejanza con elementos de la granulosa es notable a no ser por su tamaño mucho mayor. Son muchos los autores con SOBOTTA, MARAÑÓN y SEITZ que aceptan el origen granuloso de los elementos, separando por tanto genéticamente a la glándula intersticial del cuerpo amarillo cuyo origen es tecal exclusivamente, como es clásico aceptar, o teco-granuloso pero siempre conjuntivo como defiende GUILERA (L.) en base a investigaciones muy laboriosas cuya esencia es no otorgar filiación epitelial a las células de la granulosa o con la solución armónica del P. PUJULA al decir que toda heterotipia celular es posible mediante la fase intermedia de mesenquima.

De igual modo que podemos aceptar otra histogénesis de la glándula intersticial con respecto al cuerpo lúteo, el principio activo de aquella, del orden de los lipoides, será diferente de la lipamina y luteolipoidina que se reparten en el cuerpo amarillo según las exigencias hiperhemiantes o isquemiantes del proceso menstrual.

Precisan todavía más observaciones para que tengamos concepto de las relaciones mutuas de glándula intersticial y cuerpo lúteo. Un hecho se mantiene firme y es que el florecimiento de la glándula intersticial coincide con la ausencia o decadencia del cuerpo amarillo, o sea antes de la pubertad, en la segunda mitad del embarazo y en la menopausia natural o la Roentgen. Este dato hablaría en favor de una acción vicariante que en la prepubertad determinaría la formación de los caracteres sexuales secundarios, en el embarazo acentuaría la emotividad, aura obligado de la maternidad, y en la menopausia y siempre que no hubiera otras hormonas más significadas, centralizará la armonía endocrina adaptada a la vida y a la actuación en ella, de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

- MARAÑÓN.—Contribución al estudio de la Clínica de la insuficiencia ovárica.—*Rev. Española de Obste. y Gine.* Febrero de 1917.
- GRAF. v. SPEE.—En Doderlein-Handbuch d. Geburtshilfe. T. I. RECASENS (S.).—Ginecología General.
- SEITZ.—Störungen d. inn. Sekr. in ihren Bezieh. z. Schwangerschaft. u. s. w.—*Verh. de Deutsche Ges. f. Gyn.* XV. 1913.
- HALBAN-SEITZ.—*Biologie n. Path. de Frau.* I. 1926.
- NUBIOLA.—Los primeros signos de la Gestación.—Discurso de entrada en la Real Ac. de Med. de Barcelona. 1926.
- ASCHNER.—Blutdrüsenerkrankungen des Weibes.—Wiesbaden 1918.
- PUJULA.—Embriología del hombre y demás vertebrados.
- MULON (Clotilde).—Les fonctions du corps jaune.—*Ann. d'obst. et de Gyn.* 1917.
- GUILERA (L.).—Histogénesis del cuerpo lúteo.—Madrid 1919.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS SOPLOS CARDIOPULMONARES

(Nota previa)

por el doctor

R. SURIÑACH OLLER

de Barcelona

Aparte de los soplos orgánicos cuya patogenia está bien esclarecida, se perciben en determinadas circunstancias patológicas (y también en casos cuya significación morbosa no está bien definida) soplos que se han atribuido a un número extraordinariamente grande de causas y que se encuentran divididos en infinidad de grupos sin remontarse a épocas anteriores a Bouchard.

Merecen citarse entre los soplos inorgánicos, con especial atención, los llamados accidentales hallados por POTAIN y VAQUEZ en un 8'8 %, por W. BEYER en un 42'4 %, por PRINCE MORTON en un 35'7 % y por LUTHJE en un 71'7 % de los examinados, conviniendo advertir que los examinados por el último citado han sido escolares de 6 a 16 años.

De la comparación del citado conjunto de estadísticas se deduce: a) que la presencia de los mencionados soplos es considerablemente frecuente. b) que son mucho más frecuentes en la edad escolar. c) se observa también que el sitio donde se encuentran con más frecuencia es en la región media de la zona precardiaca, siguiendo en orden de frecuencia los de la punta y base.

La discordancia de los valores dados por las mencionadas estadísticas indica ya a primera vista la falta de limitación que existe en la apreciación de los caracteres clínicos que deben definir estos soplos; acaso influya también la confusión de nomenclatura.

Caracteres clínicos de los soplos accidentales.—Como a caracteres comunes de los soplos accidentales tenemos a) Localización: fuera de los puntos clásicos de auscultación. b) Ritmo: casi siempre sistólicos pero a menudo mesosistólicos. Los diastólicos también suelen ser mesodiastólicos. c) Variabilidad: es notable. En general se atenúan en la posición sentado o desaparecen estando en pié. No se encuentran en cada examen o por lo menos presentan una variabilidad apreciable de timbre, tono y localización (los orgánicos sólo varían rápidamente en las endocarditis malignas, asistolias o cuando aparece una endocarditis aguda en una lesión antigua). d) Timbre y propagación: son en general suaves, ligeros y de escasa propagación. e) Acción de la compresión sobre el globo ocular: Según E. WEIL disminuyen o desaparecen con la compresión en un 8/10 de los casos mientras que los orgánicos de insuficiencia mitral aumentan de intensidad. SERGENT no puede confirmar estos casos y LAMBRY y HARVIER han visto disminuir los orgánicos con la compresión. Nuestras observaciones concuerdan con las de SERGENT que afirma que todo soplo que desaparece con la compresión es un soplo accidental sin que se puedan hacer desaparecer todos estos soplos por la compresión ocular. Nos parece

lógico que sea así pues creemos que la compresión actúa solamente sobre aquellos soplos que se relacionan con la taquicardia. f) Son influidos por los estados emotivos. Es un hecho de observación clínica frecuente. VAQUEZ les llama "souffles de consultation". Consecuencia de esto la frecuencia con que se presentan en individuos impresionables y quizás pueda explicar algunos casos de soplos en los niños.

El diagnóstico debe hacerse a base del estudio de las dimensiones del corazón, la aptitud funcional del mismo y la observación continuada según los caracteres expuestos.

Soplos Cardiopulmonares.—Se ha planteado diferentes veces el siguiente problema: ¿hemos de considerar todos los soplos accidentales como a exclusivamente cardiopulmonares? o, ¿deben admitirse otros mecanismos? Autores como GREENE no conceden a estos soplos una gran importancia, otros como POTAIN los consideran como exclusivos.

La no exclusividad de estos soplos parece ya fuera de duda por la opinión de la mayoría de fisiopatólogos, pero en cuanto a comprobación experimental muy poca cosa se ha hecho. Es este, según SERGENT, un problema que los datos de experimentación y clínicos publicados no permiten resolverlo y es necesaria la ayuda de nuevos métodos de investigación: ortoradioscopia y electrocardiografía.

Hay algunas pruebas clínicas, claramente expuestas por VAQUEZ, de la existencia de los soplos cardiopulmonares: Se encuentran en los límites de la matidez absoluta y relativa. Se encuentran preferentemente en los casos en que la respiración es lenta y los sístoles del corazón frecuentes, de aquí que se presenten muchas veces en la emoción que reúne estas dos circunstancias, pero la taquicardia sola parece que también puede producirlos, de aquí la presencia en ciertos estados como en la enfermedad de BASEDOW.

El volumen del corazón tiene también su importancia: son necesariamente más raros dado su mecanismo cuando el corazón es grande (brighticos), más frecuente cuando es pequeño (tuberculosis pulmonar, clorosis).

De una gran importancia es el hecho de que la auscultación permita descubrir formas de transición entre el murmullo vesicular y el soplo cardiopulmonar. La respiración *saccadée* que se encuentra debajo de la clavícula en los comienzos de la tuberculosis pulmonar recuerda el soplo en cuestión.

Según VAQUEZ no se encuentran nunca estos soplos en las partes del corazón donde no hay pulmón.

Nosotros comenzamos a interesarnos por este asunto ante la observación clínica de casos de patogenia obscura y observar que en los tratados modernos falta la precisión que proporcionaría la existencia de datos experimentales.

Así nos hemos planteado la cuestión, no de la exclusividad, sino de la importancia y demostración experimental de estos soplos, habiendo elegido por su primordialidad el tema de la demostración.

Para demostrar experimentalmente la existencia y mecanismo de los soplos cardiopulmonares nos ha pa-

recido que había dos caminos: uno a base de vivisecciones en el perro y otro empleando los métodos de inscripción.

Los trabajos de vivisección con este objeto consisten en la observación de Fr. FRANK de que los soplos anorgánicos son muy frecuentes en el perro pero que separando la lengüeta pulmonar desaparecen. Esto demostraría la patogenia de los soplos cardiopulmonares y la gran frecuencia de los mismos dentro de los que se perciben en el perro, si la observación citada de FRANK comprendiera un número suficiente de casos.

Los métodos de inscripción cuyos resultados tienen de por sí el valor de documentos, reúnen la ventaja de poderse aplicar directamente al hombre y acercarse lo más posible a la realidad. Hemos concebido la aplicación de este procedimiento al estudio de los soplos cardiopulmonares de la siguiente manera:

Si queremos observar la relación de tres hechos: el soplo que se percibe, el sístole del corazón y la variación de la presión intrapulmonar o la aspiración de aire que se verifica en el pulmón lo conseguiremos con las inscripciones en una misma fotografía de los tres trazados que transcriban los hechos citados: el fonocardiograma, el electrocardiograma y el neumocardiograma. Si lo conseguimos en un caso de los que clínicamente se diagnostican de soplo cardionéumico obtendremos una idea clara de la relación de tiempo existente entre los tres hechos citados y en caso de que coincidan habremos obtenido una demostración de la patogenia de estos soplos, de los más convincentes que pueden esperarse de la experimentación.

Los trazados con que comenzamos este trabajo el último invierno en el Instituto de Fisiología, son los neumocardiogramas cuya delicada obtención los hace de difícil pero no insuperable aplicación a nuestro objeto.

Las dificultades de la obtención de los neumocardiogramas estriban por una parte en las dificultades técnicas de inscribir unas variaciones de la presión pulmonar considerablemente pequeñas y en segundo lugar la dificultad de mantenerse sin respirar con la glotis abierta.

Casi todos los recursos que hemos ensayado para proporcionar una mayor comodidad al sujeto de la experimentación que favorecería la apnea son en perjuicio de la sensibilidad del aparato inscriptor. Hemos probado de interponer entre la boca y el tambor inscriptor un recipiente conteniendo oxígeno pero esta nueva cantidad de gas obra amortiguando considerablemente las variaciones de la presión intrapulmonar. Mejores resultados da el empleo de una válvula de TISSOT que nos permite aspirar oxígeno de un balón e inscribir en el momento de la apnea.

Finalmente después de habernos sometido personalmente a varios ensayos hemos conseguido la obtención a voluntad y clasificación de las oscilaciones de la palanca debidas a la carótida, arterias bucales, (debidas a la glotis abierta) y ligeros movimientos respiratorios (con la glotis abierta).

La técnica empleada consiste en una gráfica ligeramente ahumada para reducir la resistencia (en la aplicación fotográfica no existe) un tambor inscriptor muy

sensible, palanca larga y el tubo que va de la boca al tambor, lo más corto posible; disminuir el cansancio y favorecer la apnea con un balón de oxígeno.

¿Es posible la obtención de los tres trazados (neumocardiograma, electrocardiograma y fonocardiograma) en una de las películas que se usan en electrocardiograma? Creemos que sí.

El electro y fonocardiograma juntos se encuentran en casi todas las obras modernas que tratan de los métodos basados en el galvanómetro de cuerda. La acoplación del neumocardiograma ofrece la dificultad técnica de que la palanca oscila en diferente plano que la cuerda de los galvanómetros y que el sujeto ha de estar muy cerca del electrocardiógrafo. Por otra parte la obtención con relativa facilidad de neumocardiogramas requiere el concurso de un enfermo de cierta cultura y que quiera someterse a algunas sesiones de entrenamiento. No desconocemos todas estas dificultades pero estamos convencidos que se pueden solventar. Los resultados que pueden obtenerse merecen ocuparse de ello.

CRÓNICA

EL REFLEJO MÍMICO

El Doctor Filippo MONDONESI del Ospedale Maggiore de Bolonia, publicó ya en 1905 la descripción de un reflejo facial que puede ser de importancia para el diagnóstico en casos de apoplejía grave. En tales casos cuando hay coma profundo, relajación de todo el cuerpo y abolición de reacción motora, no nos permite asegurar cual es el lado paralizado, especialmente cuando los reflejos sintomáticos corrientes no aparecen. El reflejo consiste en la contracción de los músculos faciales de expresión causada por la presión en el bulbo ocular. Incluso en casos de coma este *fenómeno óculo-mímico* persiste largo rato y se puede evocar cuando han fallado los otros medios para excitar una reacción motora. La compresión del globo ocular es un método conveniente que puede graduarse a voluntad para que actúe en una extensa zona terminal de un nervio tan sensible como el quinto par craneal. Cuando en casos de coma se encuentra el reflejo *óculo-mímico* en un lado y ausente en otro, se justifica que admitamos una lesión orgánica en el hemisferio opuesto. En cambio la persistencia del fenómeno en ambos lados permite distinguir otras condiciones comatosas como uremia, diabetes o tóxicos, de los que acompañan a lesión circulatoria de un hemisferio. Solamente en muy raros casos de coma profunda se encuentra una pérdida total de reacción motora a la compresión de ambos bulbos oculares. Este fenómeno reflejo es en algunos puntos análogo a los reflejos "corticales", pues cuando el coma desaparece y los reflejos profundos reaparecen, el fenómeno óculomímico queda suprimido o disminuido de la misma manera que ocurre en los reflejos normales cutáneos. El reflejo óculo-mímico descrito por el Dr. MONDONESI es útil como signo clínico para un avance de diagnóstico de hemiplegia y para determinar el sitio de alteración circulatoria del cerebro en

condiciones comatosas distinguiéndolos del coma urémico y diabético, y también como signo de un pronóstico de gravedad en la ausencia bilateral del fenómeno.

Posteriormente la revista *The Lancet* lo ha publicado mencionando además las publicaciones similares de reflejos, por PIERRE MARIE y C. FOIX. En el *Signe de la Face* de este último la acción de reflejo de los músculos de expresión se obtiene por presión, no del globo del ojo, sino de la rama ascendente del nervio occipital. En cualquier caso parece que se produce una contracción de los músculos faciales mediante una presión dolorosa; así es que ambos reflejos no son integralmente distintos.

En realidad el signo mímico aparece por cualquier estimulante doloroso de la cabeza. Naturalmente tanto más aparente o más fácil de obtener cuando la parte excitada sea más sensible.

El pellizcamiento de la piel de las cercanías de la comisura labial produce la aparición del reflejo mímico.

L. BARRAQUER FERRÉ

VIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD FRANCESA DE ORTOPEDIA

En la Facultad de Medicina de París celebróse el día 8 del corriente mes de Octubre el Congreso de la Sociedad francesa de Ortopedia, presidido por el profesor OMBRÉDANNE y actuando como Secretario general FROELICH (de Nancy).

Distinguióse este Congreso por la nutrida discusión de las ponencias, que fueron confiadas a NOVÉ-JOSSE-RAND (de Lyon) y a MATHIEU (de París).

El profesor de Lyon desarrolló la primera ponencia: *La Rodilla Paralítica*

Después de extenderse ampliamente sobre los factores que agravan el pronóstico, estudiando especialmente las parálisis musculares concomitantes y las lesiones a distancia (pié, tronco, cadera) que tienen marcada influencia sobre las funciones de locomoción, pasa a estudiar el *tratamiento* de la tal lesión, poniendo de manifiesto que debe variar según sea la gravedad de las lesiones y existan o no actitudes viciosas.

En las formas limitadas puede intentarse una suplencia muscular mediante la transplatación tendinosa.

Si los músculos son deficientes, pero la solidez articular está conservada, precisa que sea colocado el miembro en las condiciones estáticas más favorables.

Por último, cuando la rodilla está relajada o dislocada, la consolidación debe buscarse a beneficio de aparatos ortopédicos o de la artrodesis.

Trasplatación tendinosa

En las rodillas sólidas y no deformadas, con parálisis muy limitadas, es recomendable la trasplatación del sartorio y del tensor de la fascia lata. La trasplatación de los flexores sobre el cuádriceps da movimientos muy limitados, que en ocasiones permiten la marcha sin aparatos, pero es incapaz de permitir una extensión activa útil y no puede luchar contra las contracturas en flexión. Debe ser abandonada.