

tion du degré d'excitabilité sympathique, excitabilité souvent lié à des manifestations endocriniennes, ces manifestations se ramenant à des troubles plus profonds, dont on retrouvera la signature dans des infections, des intoxications héréditaires ou acquises, de sorte qu'on peut poser un diagnostic complet, diagnostic de syndrome, d'affection, de maladie et dans un dernier terme, essayer de comprendre la variété de chaque cas dans un plan simple, en mettant en évidence le coefficient réactionnel au point de vue morphologique, constitution, au point de vue physiologique, tempérament et au point de vue psychique: caractère.

SUMMARY

The author shows that an accurate diagnosis of psychoneurosis cannot be reached without previously knowing how to get rid of all peripheral signs; manifestations interpreting an affective condition which in its turn is function of the degree of the sympathetic excitability. It is often associated with endocrine manifestations originating from deeper disturbances arising from hereditary or acquired intoxications or infections; so it is possible to establish a complete diagnosis of syndrome, affection, disease and, lastly, to try to understand the variety in each case, evidencing the reaction coefficient from the morphological (constitution), physiological (temperament) and psychical (character) standpoints.

ZUSAMMENFASSUNG

In seinem Artikel legt der Autor dar, dass man nicht zur genauen Diagnose einer Psychoneurose gelangen kann, ohne die vorangehende Bedingung die darin besteht, es zu verstehen, die Kranken aller an der Oberfläche liegenden Krankheitszeichen zu enttäuschen. Interpretierbare Ausserungen eines affektiven Zustandes, welche ihrerseits Funktion des Grades sympathischer Erregbarkeit sind. Sie ist oft an endokrine Manifestationen gebunden, welche auf tiefere Störungen zurückgehen, deren Herkunft sich in erblichen oder erworbenen Infektionen oder intoxicationen befindet, so dass es möglich ist, eine vollkommene Diagnose zu Stellen, Diagnose des Syndromes, der Affektion, der Krankheit und in letzter Linie die Absicht, die Verschiedenheit jeden Falles verstehen zu wollen, indem man den reaktionellen Koeffizienten vom morphologischen (Konstitution), Physiologischen (Temperament) und psychischen (Charakter) Gesichtspunkte sichtbar werden lässt.

PRÁCTICA MÉDICA

EDEMA AGUDO DE PULMÓN.—SU TRATAMIENTO

por el Profesor

ANGEL A. FERRER CAGIGAL

Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona

En su aspecto anatómo-patológico, consiste en el aflujo brusco a los alvéolos pulmonares, de una serosidad albuminosa, exudada de los capilares sanguíneos.

Por la rapidez de su producción, se le designó con el nombre de *apoplegia serosa pulmonar*. LAENNEC aisló ese síndrome y lo llamó *edema idiopático*, para diferenciarlo del *sintomático*, común a otros, efectos de órganos distantes, si bien en correlación funcional con el pulmón. A BERHEIM, HUCHARD, VINAY, EBSTEIN y SALHI se deben excelentes des-

cripciones del *edema agudo* y sus trabajos en los distintos síndromes a los que acompaña, aclararon puntos oscuros de su *etio-patogenia*.

El actual concepto sintético, anatómo-patológico es: la repleción alveolar y de los bronquiolos, por un líquido sero-albuminoso que además infiltra el tejido intersticial.

El *edema agudo*, es de brusca aparición y de invasión progresiva a la casi totalidad de ambos pulmones.

El pulmón afecto de este proceso, no se deprime a la abertura del tórax, su color es rojo intenso o vira al rojo oscuro, de consistencia pastosa conservando la huella del dedo que lo comprime y a la sección, por expresión, rezuma una serosidad de espuma muy fina, rosada o sanguinolenta; a veces la dilatación alveolar es tan intensa que el pulmón presenta a la sección un aspecto de coloide gelificado de color rojo oscuro.

Al microscopio se observan, gran cantidad de leucocitos y los capilares exangües por la compresión del exudado.

El tejido conjuntivo intersticial está roto y desgarrado por la violencia de la inundación.

ETIOLOGÍA.—Se presenta en las siguientes afecciones:

1.º *Cardio-renales*.

a) *Cardíacos*: Los insuficientes de ventrículo izquierdo: Aórticos agudos y crónicos, en sus dos variedades de enfermedades de CORRIGAN y de HOGDSON.

b) *Los nefríticos*: Todos los crónicos con retención azoada y de cloruros.

c) En algunas formas agudas puede presentarse, pero siempre son *nefritis edematógenas*.

2.º En el curso de *enfermedades infecciosas*, con grave intoxicación y correlativa nefritis eliminatória: escarlatina, sarampión, erisipela, neumococias, reumatismo poliarticular, fiebre tifoidea, tífus exantemático, paludismo e infección puerperal.

3.º Entre las *enfermedades autóctonas del pulmón*, figuran en lugar preferente la neumonía gripal, la peste neumónica y la neumonía de neumococo o de pneumo-bacilo de FRIDLÄNDER.

4.º *Intoxicaciones*: Alcohol, yódicas, yodoformo, pilocarpina, metílicos y adrenalina.

5.º Los viejos médicos describían *gotas remon-tadas súbitas*, con cuadros de edema agudo, que hoy son achacables a la intoxicación azotémica; algo análogo sería la patogenia del que se presenta durante el estado gravídico, en el trabajo del parto y en las crisis de coma diabético. También se señaló, en la epilepsia y sería interpretado como descarga tóxica.

6.º Por último existe el edema agudo, debido a hipo o hipertensión vascular; del primero, es ejemplo el edema ex-vaquo por toracentesis o punción ascítica por demasiada y rápida evacuación. Del segundo, el que se presenta en el neumotórax artificial y en las inyecciones masivas de suero fisiológico.

PATOGENIA: Constituye uno de los puntos más debatidos en Patología e innumerables las teorías

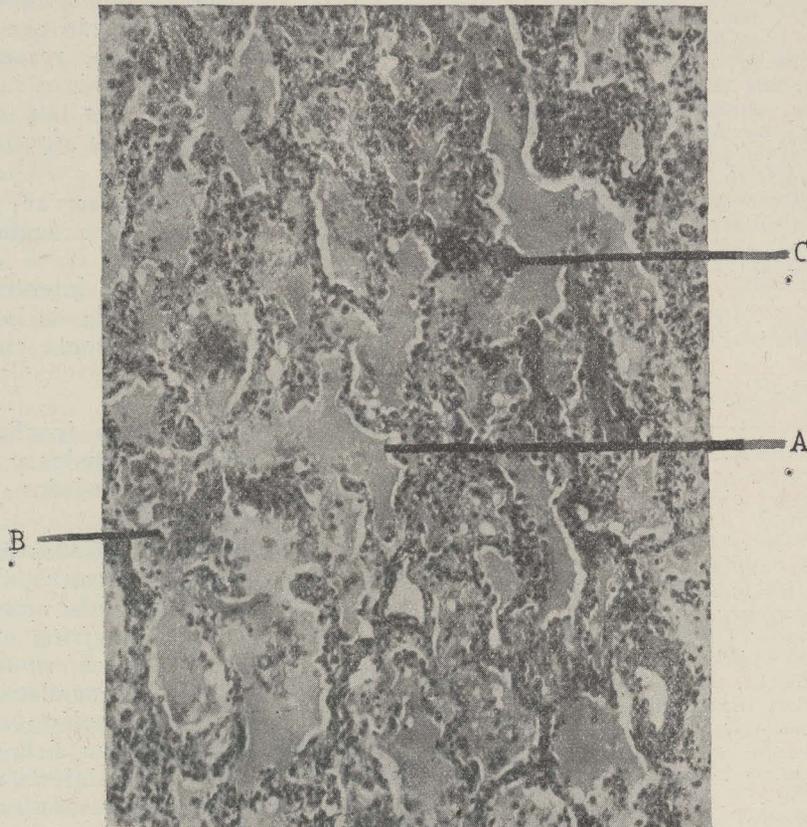
propuestas para explicarla. Se pueden reducir a dos grandes grupos: mecánicas y tóxicas.

Entre las primeras figuran las de desequilibrio ventricular atribuido, en la teoría de GROSSMANN, a un espasmo ventricular izquierdo, con déficit del derecho; mientras que en las de WALSCH y FRAENTZIL, el déficit es izquierdo, siendo normal el derecho y determinando la hipertensión en el territorio de la arteria pulmonar. Puede incluirse también en este grupo, los edemas agudos de origen *angioneurítico*, puesto que la irritación de los plexos peri-aór-

suero) y el desequilibrio hormonal en funciones de células *chromo-afines* (edemas agudos tras la inyección de adrenalina y en algunos choques coloido-clásicos).

Muchas experiencias avaladas por nombres prestigiosos en la ciencia, podríamos citar en pro de estas teorías, pero nos saldríamos de los límites de vulgarización y tendencia práctica de este artículo.

Basta con saber, que ninguna de estas teorías explica todos los síndromes de edema agudo de pulmón y que en su patogenia suelen intervenir varias



Edema agudo de pulmón. — A. Exudado gelificado y retraído por la acción de los reactivos, que rellena y distiende los alveolos. — B. Hematias y leucocitos sueltos en el exudado. — C. Tabiques rotos por la inundación exudativa.

tics, estimularían la acción vasodilatadora, en todo el territorio de la arteria pulmonar.

Las teorías tóxicas, lo explican estimando, que no sólo las lesiones aórticas pueden ser el punto de origen del reflejo vasodilatador del territorio de la arteria pulmonar, sino que podían también determinarla todas o muchas intoxicaciones de orden exógeno o endógeno, a saber nitrito de amilo, yódicas, pilocarpina, alcohol, éter o bien la azotemia y los residuos hidrocarbonados.

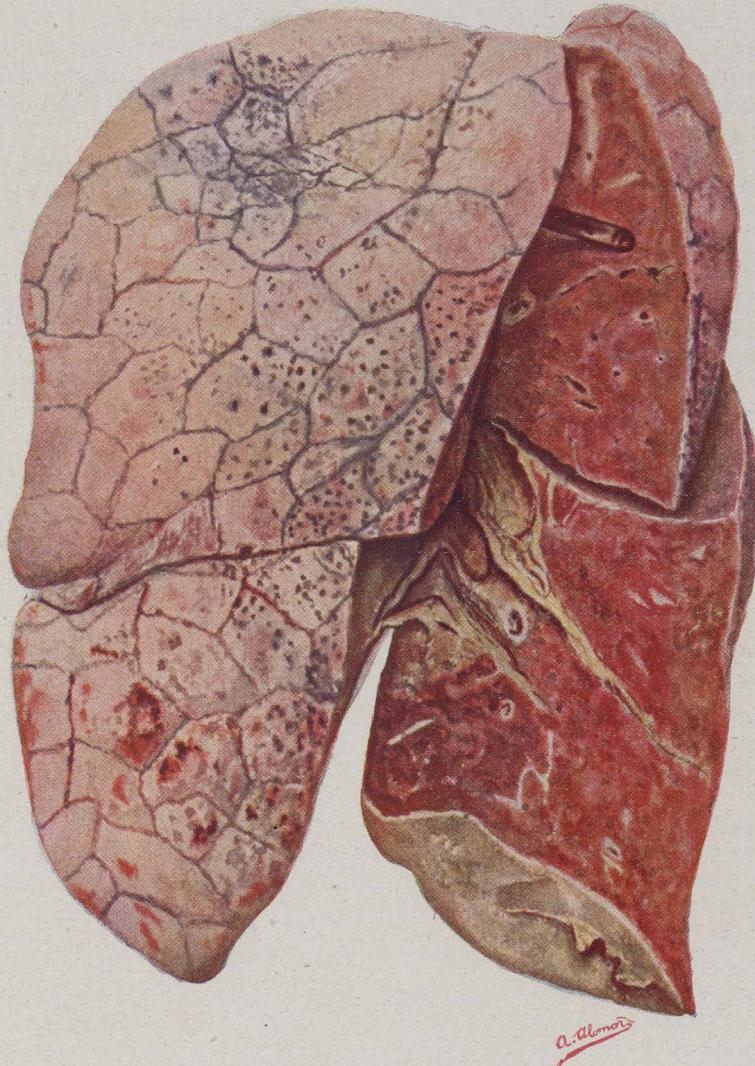
Modernamente se orientan las patogenias del edema agudo en dos direcciones distintas, a saber: la electividad o selectividad del endotelio pulmonar capilar para segregar dependiente de su nutrición y por lo tanto de su equilibrio metabólico (se explicarían así los síndromes de edema agudo de origen toxi-infeccioso, si como los de origen de retención clorurada o las consecutivas inyecciones masivas de

de estas formas de producirse que dejamos anotadas, asociándose y combinándose la alteración de la pared vascular y la acción intensamente vaso-dilatadora de los vasos pulmonares, por excitación neuromogástrica, que a su vez determina el déficit por dilatación y retardo de contracción del ventrículo izquierdo, es decir, la insuficiencia ventricular izquierda. Es demasiado complejo el organismo para poder simplificar a una patogenia sencilla, cualquier fenómeno morboso y menos el complejo síndrome que estudiamos, dependiente de repercusiones en los aparatos vitales más importantes de la economía.

SINDROME. Lo caracteriza preferentemente la brusquedad en su producción. Suele iniciarse con tos quintosa, gran disnea y abundantísima expectoración espumosa (clara de huevo batida) y de color sonrosado, la expectoración es tan abundante que en el curso de una hora el enfermo puede eliminar

EDEMA DEL PULMÓN

DR. A. FERRER CAGIGAL



dos litros de expectoración, espumosa asalmonada.

La *disnea* adquiere el carácter de la ortopnea con acompañamiento de gran palidez y cianosis de la *facies*, sudores profusos. El pulso se hace frecuente de 110 a 120 pulsaciones, hipertenso al principio, luego decae la presión y aparece en los extrasístoles y la arritmia. La oliguria y a veces la anuria, acompañan o preceden al acceso.

La evolución de este cuadro a veces es *rapidísima* 15 ó 30 minutos y constituye la variedad *agudísima*, del edema de pulmón es causante de gran número de muertes súbitas y la autopsia, mostrando los datos anatómo-patológicos descritos, nos releva la causa de la muerte.

Otras veces la crisis no es tan violenta, se desarrolla en el curso de 4, 6 u 8 horas y ya pueden apreciarse los signos del edema, por exploración física; por percusión, aumento del ruido claro normal y por auscultación, la inspiración acompañada de estertores crepitantes y subcrepitantes finos que van ascendiendo a planos superiores pulmonares progresivamente y con gran rapidez (marcha de ola). La *disnea* también marcha en progresión ascendente, presentando el enfermo el cuadro ortopnéico que dejamos anteriormente anotado.

Las formas clínicas varían por su evolución en agudas, subagudas y de repetición, siempre con el mismo cuadro sindrómico, con variación de cantidad y presentando un juicio pronóstico *siempre grave, aún en los ligeros y de repetición*.

Si el enfermo no sucumbe del acceso, terminación la más general, es preciso ir a la búsqueda de la causa primordial: riñón, corazón, intoxicación exógena o endógena o bien lesión pulmonar o enfermedad general con repercusión tóxica, generadora del síndrome *edema agudo*.

Sólo así evitaremos una repetición, de pronóstico aún más serio que en el primer acceso.

TRATAMIENTO. Expectoración espumosa muy fina y asalmonada, acompañada del cortejo de la gran *disnea*, exige aplicar inmediatamente la única terapéutica salvadora: *la sangría*; ésta debe ser abundante de unos 500 gramos. Y para practicarla no se ha de tener en cuenta el estado del pulso como ocurre en otras indicaciones de emisiones sanguíneas, sino que debe hacerse: *cualquiera que sea el estado del pulso y el estado general del enfermo, aunque esté en período agónico*. Los que fueron mis alumnos el año pasado recordarán como un día pasando visita en nuestra clínica, encontramos un enfermo recién entrado, que con edema agudo de pulmón agonizaba, y mediante una sangría abundante, practicada en el acto, no sólo el cuadro trágico se difuminó al poco tiempo, sino que a la semana el enfermo era dado de alta y podía emprender su trabajo; se trataba de un aórtico intratado, al que bastó un régimen desclorado y vaso dilatadores, reposo y dietética adecuada para que mejorase notablemente, una vez vencido el ataque de edema agudo pulmonar.

Recuerdo la cara de asombro de alguno de nuestros escolares, al ver como a medida que la sangre iba fluyendo, la cara del enfermo se animaba desapa-

reciendo la cianosis, la palidez y el enfriamiento de sus extremidades, a la vez que se difumaba la *facies crispada y de ansiedad*. La respiración se regularizaba y, en una palabra, el enfermo *volvía a la vida*.

Debe asociarse la sangría a ventosas escarificadas o grandes compresas sinapizadas en las regiones dorso-lumbares. Tónico-cardíacos difusibles. Aceite alcanforado o sus similares. Éter. Aplicación de oxígeno en inhalación sola o a presión con aparatos especiales, también en inyecciones subcutáneas de fácil y rápida aplicación.

Están contraindicados severamente, el uso de la *morfina* y el de los vasodilatadores: yoduros, nitrito de amilo, ni trinitrina (todos rebajan la energética cardíaca, en casos de edema, y a veces son usados confundiendo estos accesos con los anginosos o los de asma esencial).

Pasada la crisis: evacuación derivativa intestinal; uabaina o digital, según el tipo de insuficiencia cardíaca. Régimenes lacto-vegetarianos no muy abundantes y desclorados, quietud y reposo del enfermo.

Debe evitarse la nueva crisis, ya lo dejamos sentido, buscar la etio-patogenia y evitar su producción con un estudio detenido del enfermo. En los casos de edema de pulmón por ex-vaquo, el vaciamiento de los exudados, lentamente, por sifón.

El síndrome es muy claro, y la terapéutica fácil y eficaz; es preciso diagnosticarlo y sin titubeos practicar la sangría.

CANCER DEL ÚTERO

por el doctor

J. B. COMAS CAMPS

Director del Hospital de la Magdalena

Miembro C. de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie de Paris

Pocas cuestiones de Ginecología interesan tanto al médico práctico, a no ser el cumplimiento de una indicación de urgencia, como el tener concepto claro sobre diagnóstico y orientación terapéutica ante un cáncer del útero.

El cáncer del útero se presenta en condiciones totalmente diferentes según sea el cuello su localización primitiva o, al contrario, que su inicial desarrollo tenga lugar en el cuerpo o sea el cáncer de la cavidad uterina.

El médico práctico debe pues conocer las características especiales de cada una de estas localizaciones que comportan síntomas, pronóstico y tratamiento completamente distintos. Los casos de propagación por continuidad de una a otra región del útero, son ya formas avanzadas en que sólo cabrá un intento de alivio y una fórmula de consuelo.

CÁNCER DEL CUELLO UTERINO: La máxima frecuencia es entre los 45 y 60 años; pero el médico debe pensar siempre que su aparición es posible en todas las edades. Esta sospecha siempre presente, hará que lo descubra precozmente y aumente en grado sumo las probabilidades de curación.

Causas predisponentes: Se consideran como tales, los procesos inflamatorios crónicos; cervici-