

Caso 2.º Mujer de 30 años, múltipara, que lleva 4 meses de amenorrea; durante el primer mes tuvo un ligero dolor en la fosa ilíaca derecha, apareciendo luego una pequeña pérdida de sangre por la vulva; algunos días después repite el dolor más fuerte con algo de fiebre; más tarde nuevos accesos dolorosos cada vez más cercanos, sin fiebre, hasta tener dolor continuo en el hipogastrio y sobre todo fosa ilíaca derecha. Se sospecha un embarazo ectópico y en estas condiciones examino a la enferma, encontrando una zona netamente dolorosa a la presión en los sitios ya indicados; la vulva está azulada; el útero reblandecido y del tamaño del puño; la amenorrea es completa desde hace 3 meses.

Diagnóstico.—Por no haber pequeñas pérdidas sanguíneas coincidiendo con el dolor (además de otras razones) desecho el de embarazo ectópico, aceptando el de embarazo de 4 meses con antigua apendicitis y adherencias con el útero y anejos derechos. Recordando el caso anterior, propongo la operación, que es aceptada.

Laparotomía media. Liberación del útero grávido de adherencias muy íntimas en su lado derecho con el apéndice; extirpación de éste, que está grueso, cerrado y con una gotita de pus en su interior. Sutura del abdomen. Curso de la operación y del embarazo, normales, pariendo la mujer a término.

* * *

Ambos casos pertenecen al grupo de las apendicitis sin fiebre o con muy poca, que pasan desapercibidas, no sin haber dejado adherencias permanentes. El embarazo, como hace también muy a menudo la ovulación (he visto mujeres tener un pequeño ataque apendicular cada mes comprobado luego por la apendicectomía) por la congestión pelviana que provoca, puede avivar apendicitis antiguas, sobre todo si hay adherencias y cierta comunidad circulatoria. Pero aunque no haya otro episodio agudo, estas adherencias con el útero, al sufrir un estiramiento continuado, se hacen dolorosas y acaban por ser continuas e intolerables. De aquí que las enfermas acepten fácilmente la intervención, que está indicada precisamente a causa del embarazo y este determina la urgencia.

RÉSUMÉ

L'auteur donne l'exposition de deux cas dans lesquels la grossesse stimula une appendicite, qui s'était passée, sans qu'on l'ait aperçue, à cause de sa symptomatologie peu abondante, mais qui avait laissé des adhérences permanentes pelviperitoneales. Ces adhérences avec l'utérus devinrent douloureuses par la souffrance d'un étirage continu et exigèrent une intervention pour les libérer, ainsi la grossesse put continuer sans difficultés jusqu'à sa fin.

SUMMARY

Two cases where pregnancy activated appendicitis which had been overlooked because of scarce symptoms but which had left permanent pelviretoneal adhesions. These adhesions to uterus became very painful through continuous pulling and required intervention to liberate them. Pregnancy continued well till the end.

ZUSAMMENFASSUNG

Darlegung zweier Fälle in denen Schwangerschaft eine Appendicitis belebte, welche unvermerkt vorbeigegangen war, wegen ihrer spärlichen Symptomatologie, aber welche permanente pelviretoneale Adhärenzen zurückgelassen hatte. Diese Adhärenzen mit dem Uterus wurden schmerzhaft durch das Erleiden eines fortgesetzten Ziehens und erforderten eine Intervention, um sie zu lösen; auf diese Art wurde die Schwangerschaft glücklich bis zu ihrem Ende fortgesetzt.

RELACIÓN ENTRE EL SIMPÁTICO Y LOS PSICONEUROSIS

por el doctor

M. LAIGNEL-LAVASTINE

Profesor agregado de la facultad de Medicina
Médico del Hospital de la Pitié de París

El estudio de las relaciones del simpático con las psiconeurosis está lleno de dificultades. Con objeto de poner algo en claro, pasaré revista, entre los psiconeuróticos, a los histéricos, los neurasténicos, los psicasténicos y a los individuos afectos de psiconeurosis emotiva, para ver si el *diagnóstico en profundidad*, del que ya llevo expuestos el principio y el método (1), permite entresacar en ellos un factor simpático.

1.º Relaciones entre el simpático y la histeria:

No insistiré en destacar un factor simpático en los histéricos, pues, verdaderamente, el mecanismo psicopático de la histeria está fuera de la simpatología y cuando más, podría decir que en ciertos individuos parece haber acaso una asimetría vaso-motriz en el origen de la hemianestesia.

BABINSKI ha sostenido que la hemianestesia histerica era siempre función de una sugestión médica. Por el contrario, DEJERINE, en un momento dado, sostenía que en los individuos que tenían hemianestesia histerica se encontraba, casi siempre, la abolición del reflejo cutáneo plantar del lado de la hemianestesia y que, consiguientemente, la sencilla explicación de la sugestión aparecía insuficiente.

Hemos tenido en nuestro servicio hospitalario una enferma que presentaba una hemianestesia izquierda ante todos los modos de sensibilidad superficial, hemianestesia que tenía un carácter francamente histerico. Sin embargo, al examinarla, se apreciaba una asimetría ligera, concomitante, de los reflejos simpáticos; particularmente la raya de VULPIAN daba una raya blanca más marcada en el lado anestesiado que en el opuesto. Recordaremos a este propósito el descubrimiento de Claudio BERNARD, a propósito de las modificaciones de la sensibilidad epicrítica consecutivas a la sección del simpático cervical, de que la vaso dilatación comportaba un descenso del dintel de la sensibilidad.

Recordemos, igualmente, las investigaciones más recientes de TOURNAY, que demuestran que hay variaciones del dintel de la sensibilidad cerebro-espinal en función de las modificaciones simpáticas, de

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. Introducción al estudio de las psiconeurosis. ARS MEDICA. Enero 1927.

tal suerte que opino que, en ciertos casos, una asimetría en los reflejos vaso-motores puede ser el punto de llamada del hecho de la elevación transitoria del dintel de la sensibilidad; de una cristalización sugestiva de hemianestesia. En todo caso, este es un mecanismo lógico y que explica la coincidencia de las variaciones vaso-motrices ligeras que se observan en ciertos casos.

La enferma a que me he referido, curó con dos sesiones de faradización y lo que muestra mejor el carácter especial del individuo, es que no quedó satisfecha y es muy posible que haya recaído; sin embargo, es ella un caso de hemianestesia incontestable en que el elemento sugestivo médico estaba ausente y en el que había coexistencia de una asimetría ligera de los vaso-constrictores que podía explicar la relación entre la hemianestesia y las manifestaciones simpáticas, aplicando el descubrimiento de Claudio BERNARD y las investigaciones recientes de TOURNAY.

2.º Relaciones entre el simpático y la neurastenia:

Si la neurastenia es un síndrome, que podía parecer en otro tiempo extremadamente frecuente, se ha hecho hoy día más rara, después que las ideas psiquiátricas han penetrado más en el campo neurológico y se ha visto que la gran mayoría de neurasténicos son, simplemente, deprimidos periódicos.

Hubo un progreso cuando DEJERINE sostuvo la existencia de *neurasténicos idiopáticos*, en la época en que se creía todavía en la existencia de enfermedades nerviosas autónomas, en tanto que LANDOUZY sostenía que la neurastenia era, cuando más, un síndrome.

Hoy día, la discusión está ya terminada y apenas se encontrará un médico bastante arcaico que crea en la neurastenia-enfermedad. El *síndrome neurasténico*, que consiste en cefalea, raquialgia, astenia psíquica, nerviosa y muscular, aprosexia o sea disminución de la facultad de atención, preocupaciones que dependen de este estado de fatiga y, a menudo, autosugestión derivada de la astenia; este estado especial es sintomático de causas muy variadas y pronto el examen de la presión arterial permite orientar el diagnóstico en dos sentidos muy distintos. A *grosso modo*, entre los neurasténicos se distinguen inmediatamente dos grupos: primeramente, el grupo del *neurasténico hipertenso* y en seguida el grupo del *neurasténico hipotenso*.

El *neurasténico hipertenso* ha pasado generalmente de la mitad de la vida; es pálido, tiene una presión aumentada en su máxima y su mínima, con pequeñas oscilaciones frecuentes. Tiene ya una ligera polaquiuria nocturna. Generalmente, viene a consultar después de haber seguido el consejo de sus amigos, quienes le han recomendado tomar fortificantes, comer carne, etc. Al mismo tiempo tiene cefaleas y no es difícil referir a un principio de esclerosis con un poco de azotemia, este estado de neurastenia.

Lo que complica las cosas y no es muy raro, es

la *coexistencia de pequeños signos de esclerosis renal y ligera azotemia con un período depresivo ligado a una psicosis melancólica intermitente*. Entonces, es delicado discriminar las manifestaciones dependientes de la psicosis intermitente de los que dependen de la alteración renal. El tratamiento permite la separación de los dos órdenes de manifestaciones: bajo la influencia de un régimen severo la presión arterial baja, la cantidad de urea disminuye en la sangre, en tanto que puede persistir algún tiempo cierto grado de astenia.

Hay un factor que tiene gran importancia: es el factor ponderal. Si se constata que el individuo continúa adelgazando a pesar de mejorar los signos de nefritis, la persistencia de su estado depresivo es cosa probable. Si por el contrario, recobra su peso, hay posibilidades de que los síndromes restantes sean función de lesiones renales.

Esta variedad es frecuente y puede decirse que la mayoría de neurasténicos que han pasado de la cincuentena y que presentan estas manifestaciones, son individuos que inician una esclerosis renal.

El *neurasténico hipotenso* nos interesa más que el hipertenso, pues éste, desde el punto de vista simpático, apenas presenta más que la vaso-constricción dependiente de una excitación de su ortosimpático. Por el contrario, el neurasténico hipotenso tiene la hipotensión muy a menudo ligada a la insuficiencia suprarenal.

Se trata de individuos que tienen un mal funcionamiento suprarenal. No sólo hay hipoadrenalina, sino también disminución de las lecitinas características de la córtico-suprarenal. En efecto, estos individuos tienen una fatigabilidad muscular marcada propia de los individuos que tienen una cantidad insuficiente de lecitina en sus suprarenales. ¿Cuál es la causa de esta hipoepinefria del neurasténico con hipotensión? Muy frecuentemente es la tuberculosis y, por consiguiente, es preciso desconfiar de una tuberculosis incipiente, de una impregnación bacilar más o menos ligera, en los llamados neurasténicos hipotensos.

Finalmente, una causa de síndrome neurasténico que es preciso no olvidar viene constituida por la sífilis: BALLEET insistía sobre un *estado neurasténico en el comienzo de la parálisis general*. En aquellos neurasténicos que no mejoran por el reposo, la calma, los tónicos nerviosos, precisa siempre pensar en la posibilidad de una afección orgánica que empieza a desarrollarse, no dudando en practicar una punción lumbar.

Vemos, pues, que en la neurastenia el simpático puede estar interesado de diversas maneras. En la forma hipertensa, es, sobre todo, la excitación del ortosimpático; en la forma hipotensa es, por el contrario, una insuficiencia de este ortosimpático, en relación con la insuficiencia de los suprarenales, que se caracteriza por una serie de molestias, de trastornos vaso-motores, que dan a estos neurasténicos una fisionomía visceral bastante importante: unos se quejan de manifestaciones digestivas, otros de manifestaciones cardíacas, otros, pulmonares o de su estado general. Es en vano que el médico

busque en ellos una afección orgánica, sea del corazón, del pulmón o del tubo digestivo.

3.º Relaciones entre el simpático y la psicastenia :

Los psicasténicos son los antiguos obsesionados de los psiquiatras, pero corresponde a JANET el mérito de haber mostrado que la obsesión, como decía MAGNAN, no es sino una crisis episódica y que aparte de los paroxismos obsesionantes hay un estado neuro-psíquico especial que JANET ha sintetizado, en cierto modo, en el *sentimiento de no plenitud*. El psicasténico, por el hecho de la baja de su tensión psicológica, tiene la impresión de que no vive completamente, duda en cierta manera del dominio de su personalidad y duda, asimismo, de lo que le rodea. Es, pues, una disminución de la función de presencia al mismo tiempo que una disminución de las funciones psicológicas, que BERGSON ha llamado disminución del esfuerzo vital. Esta disminución se caracteriza, además, por una disminución de la *auto-conducción*; es decir, de esta función muy especial del sistema nervioso, puesta en evidencia por TOULOUSE y MIGNARD, que consiste en la extensión de la atención a todos los procesos psicológicos. Se puede comparar la auto-conducción a una central telefónica que pone, a petición del cliente, la ficha correspondiente en la línea necesaria para establecer la comunicación. Resulta de esto, que se producen lo que yo he llamado *evasiones de los automatismos* por el hecho de la disminución de esta auto-conducción. Los fascículos neuro-psíquicos del individuo, en lugar de estar unidos para formar un ramillete, están relajados. Aparecen, entonces, en el campo de la conciencia, ideas, sentimientos, y tendencias a los actos, que se imponen de una manera tanto más despótica cuanto menos resistencia ofrece la personalidad y que determinan una ansiedad en el individuo, hasta que éste haya cedido a la tensión de la idea, del sentimiento o del acto. Esta manifestación obsesionante depende, esencialmente, de una duda ansiosa.

Todo ello tiene una fisionomía pintoresca extremadamente variada según el color de la idea que provoca la duda ansiosa. Sin ocuparme de la terminología, examinaré el núcleo que hay bajo aquella sintomatología. Examinemos, por ejemplo, el claustrofobo.

El claustrofobo es un individuo que generalmente tiene sed de aire y que al examen presenta un pulso lento que hace pensar en un vagotónico. Por otra parte, la experimentación ha enseñado que la intoxicación por el ácido carbónico excita el centro del vago, de tal manera que se la utiliza para el diagnóstico en profundidad del mecanismo de la claustrofobia de ciertos vagotónicos. Tienen miedo a los espacios confinados, porque tienen sed de aire, por estar su neumogástrico intoxicado por el ácido carbónico derivado del aire rarificado; en la mayor parte de fobias, investigando bien, se encuentra siempre un mecanismo neurológico y casi siempre, en los psicasténicos, un núcleo vagotónico.

Es esto tan cierto, que interrogando al enfermo

nos dice que es por la mañana cuando está más fóbico, que mejora con el reposo, que disminuye su vagotonía; que se encuentra mejor por la tarde porque, en regla general, la hiperexcitabilidad del neumogástrico es menor que por la mañana.

Finalmente, si se examinan las variaciones del pulso en relación con las variaciones atmosféricas, se constata que estos individuos tienen lo que SARDOU (de Niza) ha llamado una *sensibilidad meteorica*. Sienten mucho más que otros las variaciones de los grados higrométricos y de los grados eléctricos del aire, teniendo paroxismos en relación con las variaciones que se producen alguna vez en la atmósfera uno o dos días antes de una nevada.

Abundan los ejemplos de relaciones muy estrechas entre la sintomatología psicasténica y el núcleo de excitabilidad del neumogástrico. Puede objetarse que entre los vagotónicos — y son numerosos — hay muchos que tienen tendencia a una ligera ansiedad, pero que llegan a la fobia. Es porque hay otro factor que es preciso investigar con cuidado en todos los nerviosos. Hay, verdaderamente, un factor simpático, pero hay también un factor *carácter*. Así ocurre en aquellos individuos que son inquietos y se concibe que en ellos una hiperexcitabilidad vagal tome más importancia por el hecho de la duda inquieta que caracteriza su psicología.

Así, pues, un gran número de psicasténicos responde a las descripciones de la vagotonía y en ellos se encuentra una variedad de ansiedad — la *pequeña ansiedad vagotónica* — caracterizada por 4 síntomas neumogástricos: ansiedad, ligera tendencia nauseosa, constipación y lentitud del pulso.

4.º Relaciones entre el simpático y la psiconeurosis emotiva :

La psiconeurosis emotiva ha sido individualizada por DUPRÉ y su descripción clínica responde a lo que por otra parte ha sido descrito bajo el nombre de *temperamento vaso-motor*.

Se trata de individuos que tienen una verdadera ataxia vaso-motriz, un desarreglo de sus reacciones secretorias, una taquicardia que se declara con enorme facilidad. Por consiguiente, responden a la hiperexcitabilidad del sistema simpático, caracterizada, sobre todo, por la hiperexcitabilidad y labilidad del ortosimpático y que se opone, hasta cierto punto, a la hiperexcitabilidad del vago.

Cuando se examina estos sujetos, cuando se investiga si hay trastornos por debajo de la esfera simpática, se encuentran siempre modificaciones tiroideas en el sentido de la hiperfunción: son hipertiroideos. Por consiguiente, estos individuos, que desde el punto de vista de sus manifestaciones están afectos de *psiconeurosis emotiva*, aparecen como *ortosimpático-lábiles* desde el punto de vista de su coeficiente simpático y como *hipertiroideos* desde el punto de vista de sus trastornos endocrinos.

Esta psiconeurosis es cosa habitual en Francia. Hemos visto un número considerable de estas formas, que en el curso de la guerra eran extraordinariamente frecuentes por el hecho de la repetición

de las emociones, lo que por una especie de anafilaxia llegaba a provocar aquella psiconeurosis con gran facilidad.

En estos casos, no hay simplemente modificaciones psíquicas, ya que sabemos que las emociones provocan descargas de adrenalina y que ésta influye secundariamente sobre el cuerpo tiroideo, según ha investigado CANNON. Y en este orden de consideraciones ¿por qué las emociones intensas, que tienen esencialmente un origen psíquico, influyen sobre los suprarenales y no sobre el hígado?

Ello depende de la disposición anatómica de las fibras simpáticas que nacen, en su mayoría, de la columna lateral de la médula dorsal, llegando a las glándulas a través de relés, constituidos por los ganglios de la cadena; es decir, que las fibras simpáticas que van a las glándulas son siempre fibras post-ganglionares. Por el contrario, las fibras que pasan por los espláncnicos y particularmente por el pequeño espláncnico para terminar en las suprarenales, van *directamente* a las suprarenales sin detenerse en los ganglios de la cadena. Consiguientemente, las fibras secretorias de las suprarenales llegan directamente a los ganglios intraglandulares sin detenerse antes en los ganglios de la cadena. Son, pues, fibras preganglionares.

Ello es extremadamente importante y establece en cierta manera una jerarquía entre las diferentes partes del simpático abdominal, hasta el punto de poder casi afirmar que *en el dominio del simpático abdominal* el espláncnico es al resto del simpático lo que en el conjunto general del simpático el neumogástrico es al ortosimpático. Dicho de otra manera: el espláncnico está más próximo de la parte consciente del sistema nervioso que las otras partes del simpático abdominal. La prueba está en la facilidad de la reacción adrenálica bajo la influencia de la emoción. Los suprarenales reaccionan de una manera notable ante la emoción, descargando adrenalina en la sangre, por el hecho de que sus fibras secretorias son fibras preganglionares.

Es interesante encontrar un argumento anatómico que explique las constataciones fisiológicas de CANNON. Y ¿por qué las emociones repetidas comportan tan fácilmente el hipertiroidismo? Es porque, precisamente, *la hiperadrenalinemia sensibiliza notablemente el cuerpo tiroideo*: hay una hiperexcitabilidad tiroidea en relación con el aumento de la secreción de adrenalina.

Sin embargo, bajo aquella influencia, no siempre se establece una hipertensión permanente. Hay crisis vaso-constrictivas y pueden haber variaciones bastante grandes en la presión.

¿A qué se debe que semejante cosa no provoque una hipertensión permanente? A un mecanismo regulador que acaba de ser estudiado recientemente: la disminución de la excreción de adrenalina bajo la influencia de la hipertensión, mecanismo regulador que recuerda un poco las causas finales y ha sido puesto claramente en evidencia por TOURNADE y CHABRAL, de Argel, quienes han hecho investigaciones interesantes acerca de la hiperadrenalinemia por excitación de los espláncnicos.

Vemos, pues, que en las psiconeurosis emotivas hay un factor simpático; reacciones vaso-motrices y secretorias que dependen de cierto grado de hipertiroidismo. Estas manifestaciones, bien son psicogenéticas, es decir, consecutivas a emociones puras; bien son consecutivas a una infección o una intoxicación como el alcoholismo; o bien las causas que se encuentran son insignificantes y se está obligado a admitir la existencia de una psiconeurosis emotiva *constitucional*.

Hay, en efecto, entre aquellos individuos, unos que son emotivos y otros que son tranquilos. Esto es importante y nos lleva a la noción del temperamento.

Hay *temperamentos vaso-motores ligados a un hipertiroidismo constitucional* y es interesante constatar que los *hipertiroideos constitucionales hiperemotivos*, que son coléricos, presentan las modificaciones del carácter que he señalado. Así es posible hacerse cargo de las relaciones estrechas que hay, de una parte, entre ciertas disposiciones constitucionales de las glándulas endocrinas, como el tiroideo, y ciertas disposiciones constitucionales de excitabilidad del sistema simpático y, de otra parte, ciertas constituciones del carácter. Vemos así la conexión estrecha que hay entre la *constitución*, el *temperamento* y el *carácter*, pero nos damos cuenta, también, de la complejidad del diagnóstico de las psiconeurosis. Debemos hacer con ellos lo que yo llamo *la clínica de la «alcachofa»*. Es decir, que primeramente es necesario separar las hojas superficiales, que representan los incidentes anecdóticos por los que viene a consultar el enfermo, y así, a medida que se arrancan las hojas cada vez más próximas del corazón, es como se llega a comprender el mecanismo patogénico de todas aquellas manifestaciones.

* * *

He querido mostrar, en este artículo, que no se llega a un diagnóstico preciso, desde el punto de vista de las psiconeurosis, sino es *despojando a los enfermos de todos los signos periféricos, manifestaciones interpretativas de un estado afectivo* que es, a su vez, función del grado de excitabilidad simpática, ligada, a menudo, a manifestaciones endocrinas debidas a trastornos más profundos, cuya filiación se encuentra en las *infecciones, intoxicaciones hereditarias o adquiridas*; de suerte que es posible sentar un diagnóstico completo, diagnóstico de *síndrome, de afección, de enfermedad* y, en último término, intentar comprender la variedad de cada caso en un plan simple, poniendo en evidencia el coeficiente reaccional desde el punto de vista morfológico, *constitución*; fisiológico, *temperamento*, y psíquico, *carácter*.

RÉSUMÉ

Dans cet article l'auteur a voulu montrer qu'on n'arrive à un diagnostic précis au point de vue des psychonévroses, qu'à la condition de savoir débarbouiller les malades de tous les signes périphériques, manifestations interprétatives d'un état affectif, qui lui-même est fon-

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 replección 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, tifus 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