

cuya larga práctica necrópica, pone en condiciones de escribir una obra digna de su materia.

No deja de ser completo el tratado de técnica necrópica y diagnóstico anatómo-patológico que constituyen los dos capitales aspectos de la obra, pues además de la detallada autopsia de cada uno de los órganos y aparatos y los datos anatómo-patológicos típicos de las principales lesiones, viene avalorada por una magnífica colección de un centenar de fotografías de interesantísimas piezas procedentes del museo de anatomía patológica de la Facultad de Medicina, resultando intachable su ilustración por la minuciosidad de su elección y por el interés de las lesiones, algunas de ellas de extrema rareza y de gran valor patológico y por lo mismo altamente demostrativo.

Una tercera parte está destinada a la conservación de piezas patológicas para museos, siguiendo la técnica del Catedrático de Anatomía Patológica de nuestra Facultad.

El prólogo, labor acabadísima del Profesor ANGEL A. FERRER y CAGIGAL, a quien va dirigida la dedicatoria de la obra con el afecto a que se hace acreedor de cuantos han sido sus discípulos, contiene un resumen de autorizadas opiniones de los grandes maestros que han cultivado el arte de investigación cadavérica, demostrativas de la importancia del mismo, y analiza las principales cualidades de la obra objeto de este juicio crítico.

J. SALARICH

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

Abscesos pulmonares. M. MOREIRA y H. J. NINY.

Los autores, a propósito de ocho casos de absceso pulmonar observados en la primera Clínica Médica de Lisboa, hacen un estudio detallado de las condiciones etiológicas, anatómo-patológicas, diagnósticas y terapéuticas de aquella afección.

Subrayan la rareza de los abscesos post-neumónicos y post-operatorios, que contrastan con las estadísticas norteamericanas, en que la mayoría de abscesos del pulmón se refieren a complicaciones post-operatorias, especialmente en el campo de la oto-rino-laringología.

El papel etiológico de las enfermedades crónicas del aparato respiratorio es desarrollado, así como el alcoholismo, entre las causas generales.

Los ocho casos referidos en este estudio se reparten como sigue: 4 por bronquitis crónica, 2 por quiste hídrico, 1 por empiema interlobar y 1 por cuerpo extraño de las vías aéreas.

Los autores hacen resaltar la importancia de la anamnesis ante el cuadro a menudo difuso de la semiología del tórax, así como la de los datos suministrados por la radiología, de la que hacen un estudio profundo.

La terapéutica médica, única adoptada en los casos referidos, es minuciosamente descrita.

El neumotórax artificial, cuyas indicaciones son establecidas, se ha mostrado algunas veces eficaz, aun en condiciones que eran consideradas como contraindicantes, lo que permite a los autores ensanchar el campo de aplicación de aquel método. (*Lisboa Médica*. Octubre 1927).

AUTO-RESUMEN

Las pericarditis crónicas adhesivas. T. MARTINI, G. CORDES y M. JOSEVICH.

En su artículo hacen los autores un estudio comparativo, detalladísimo, de cuatro observaciones clínicas

seguidas en el Hospital Rawson, de Buenos Aires. En virtud de dicho estudio, sientan las siguientes conclusiones:

1.^a La pericarditis crónica adhesiva es una enfermedad de relativa frecuencia y de posible diagnóstico clínico, siempre que se piense en ella.

2.^a La sínfisis interna pura, no teniendo síntomas propios, carece de interés clínico. Su existencia no provoca generalmente alteraciones de la función cardíaca.

3.^a La pericarditis adhesiva externa exclusiva puede traducirse, ella sola, por el síndrome que los autores adjudican a la pericarditis crónica adhesiva.

4.^a La sínfisis completa, externa e interna, realiza al máximo y precozmente el cuadro de la insuficiencia cardíaca.

5.^a En las pericarditis crónicas adhesivas, la dilatación cardíaca no traduce siempre la insuficiencia del corazón. Es, por lo tanto, de fundamental importancia diferenciar sus dos grandes períodos evolutivos: el primero, llamado de dilatación activa compensadora, y el último, de dilatación pasiva o de descompensación.

6.^a La pericarditis crónica adhesiva constituye una enfermedad esencialmente quirúrgica en cuanto a su tratamiento, cuyo éxito dependerá de que la intervención se practique en el período precoz de dilatación cardíaca, también llamada activa o compensadora.

7.^a De acuerdo con lo expuesto, la operación de elección la constituye la toracectomía precordial (operación de BRAUER y sus variantes). (*La Semana Médica*. 29 septiembre 1927).

AUTO-RESUMEN

Tratamiento de la epilepsia mediante inyecciones de emulsión de substancia cerebral en una solución de luminal sódico. R. NÓVOA SANTOS.

Aparte la terapéutica quirúrgica—limitada a la simpatectomía pericarotídea, a la extirpación de una de las glándulas adrenales y a las intervenciones craneales, cuyas indicaciones son muy restringidas y cuyos resultados son poco alentadores, salvo en algunos casos de epilepsia focal—, el tratamiento farmacológico de la epilepsia se reduce en la actualidad casi exclusivamente al empleo de los preparados de bromo y de luminal o gardenal. Los compuestos de boro, recomendados por GOWERS, y que han tenido últimamente algún predicado en Francia (tartratos bórico-sódico y bórico-potásico); la asociación de bromo y opio, preconizada por FLESCHING; la belladona, la nitroglicerina, los preparados de cannabis indica, la asociación bromo-luminal, la picrotoxina, el rufonal, la dialcetina, el luminal, etc., etc., constituyen otros tantos recursos antiepilepticos, útiles a veces, pero que fallan, desgraciadamente, en buen número de casos. En lo tocante al tratamiento de la epilepsia mediante la provocación de la malaria cuyo fundamento empírico ya se encuentra en las observaciones hipocráticas y galénicas, es un asunto todavía en estudio, sobre el cual no se puede pronunciar juicio alguno.

Casi simultáneamente, en el año 1925, GHITOVICH y V. K. CHOROCKO introdujeron en la práctica el tratamiento con emulsión de cerebro y con vacuna anti-rábica. El primero de los autores utilizó exclusivamente la vacuna anti-rábica en 14 epilépticos, pero los resultados obtenidos no fueron uniformes, pues solamente obtuvo mejorías en algunos casos, traducidas por disminución del número de ataques y en su intensidad y por atenuación de los síntomas psíquicos. CHOROCKO ensayó la emulsión de tejido cerebral normal de conejo y substancia virulenta (rábica) al 10 por 100, habiendo obtenido efectos sensiblemente parecidos. Parece que los resultados obtenidos por CHOROCKO fueron más halagüeños, pues obtuvo en general una gran disminución en el número de ataques y, en algunos enfermos, hasta la total desaparición de las crisis convulsivas.

No se ha precisado aún el fundamento de esta terapéutica. Ignoramos si la inyección de emulsión cerebral

actúa como otra cualquiera proteína extraña, y, por tanto, si estamos frente a un caso particular de la «proteino-terapia paraespecífica» o bien, si entran en juego otros mecanismos curativos, de carácter, por decirlo así, «más específico». CHOROCKO pretende que la inyección de substancia nerviosa provoca la formación de anticuerpos que invalidan las neuroendotoxinas segregadas por las células cerebrales enfermas. Estas endotoxinas liberadas, muy próximas o afines de la trombokinasa, determinarían floculaciones vasculares y provocarían, por este mecanismo, los accidentes críticos. La beneficiosa influencia de las inyecciones de emulsión cerebral se explicarían en consideración a que los anticuerpos formados fijan las neurotoxinas circulantes, impidiendo su llegada a las células cerebrales. Lo único que parece seguro, es que el suero de enfermos inoculados con vacuna anti-rábica contiene fermentos protectores específicos contra la substancia nerviosa de conejo, según demostraron BABES y PITULESCU.

Los trabajos de estos últimos años apenas si han esclarecido el mecanismo de los accidentes epilépticos esenciales. CENI, PAGNIEZ y otros, pretenden que existe en la sangre una noxa epileptógena que despliega efectos convulsivantes cuando se inyecta a los animales. CUNEO hace intervenir las proteosomas que atraviesan la mucosa intestinal de los enfermos, cuya permeabilidad o capacidad antitóxica está comprometida frente a aquellos productos de la proteolisis digestiva. Particularmente interesantes son los puntos de vista expuestos por BIGWOD acerca de las relaciones entre las crisis epilépticas esenciales y la alcalosis. BIGWOD encontró un estado de alcalosis descompensada, precediendo de cerca a la crisis, y atribuye la disposición epiléptica a la disminución del calcio ionizado de los plasmas. En estas condiciones desplegaría su acción el hipotético veneno epileptógeno. Si un tal veneno corresponde a un derivado amoniacal, o a una proteosa, o a una neurotoxina derivada de las células cerebrales, según pretende CHOROCKO, es lo que ignoramos en el momento presente. El hecho de que en el suero de epilépticos se haya demostrado la presencia de fermentos protectores contra la substancia cerebral (BISWANCER, LÉRI), prueba que hay desintegración de las neuroproteínas cerebrales; pero esto no quiere decir que tales proteínas sean identificables al pretendido agente epileptógeno.

A título de explicación provisional podría suponerse, de acuerdo con el punto de vista admitido por algunos investigadores (BUSCAINO, entre ellos), que las crisis epilépticas esenciales no son otra cosa que la expresión de un verdadero *choque* anafiláctico. BUSCAINO pretende que el tiroides desempeña algún papel en el determinismo del complejo epiléptico, pues, según él, el suero de enfermos epilépticos da reacciones positivas más precoces cuando se pone en contacto del tejido glandular procedente de sujetos enfermos. De otra parte, desde los trabajos de KÉPINOW y LANZEMBERG, y de HOUSSAY y SORDELL, es bien conocida la influencia del tiroides en el determinismo de los fenómenos anafilácticos. Puede admitirse provisionalmente que las albúminas cerebrales (neurotoxinas) circulantes en la sangre son desintegradas en pleno torrente circulatorio bajo la acción de los fermentos protectores y del complemento, formándose una verdadera neurotoxina que actúa descargando los accidentes convulsivos cuando acrece la excitabilidad de los elementos nerviosos centrales. Un tal acrecentamiento transitorio de la excitabilidad nerviosa puede relacionarse con un estado de alcalosis, conforme a lo expuesto por BIGWOD, y, además, con determinados factores endocrinos.

Yo he utilizado una emulsión de substancia cerebral en solución de luminal sódico al 20 por 100. Hasta el momento presente han sido tratados nueve enfermos, habiendo seleccionado precisamente aquellos que padecían frecuentes crisis epilépticas. En casi todos los casos se obtuvo una mejoría extraordinaria, que persistió después de haber suprimido las inyecciones. Inyectamos por lo común 2 c. c. de la emulsión, en días alternos, hasta completar una serie de diez inyecciones. La me-

dicación habitual había fracasado con anterioridad en la mayoría de los casos.

Desgraciadamente, muchos de los enfermos no han podido ser vigilados después del tratamiento, y de otros faltan noticias, de manera que no es posible formular un juicio severo acerca de los efectos remotos de las inyecciones de emulsión de substancia cerebral, por más que los efectos inmediatos hayan sido beneficiosos casi siempre. Tampoco podemos discernir qué parte corresponde a los efectos obtenidos a la introducción de emulsión de substancia nerviosa, y qué otra parte a la solución de luminal sódico. Sólo un mayor número de observaciones podrá decidir sobre el valor del tratamiento.—(*Archivos de Neurobiología*. Septiembre-octubre 1927.)

NÓVOA-SANTOS

CIRUGÍA

Sobre ciertos tumores benignos de la cavidad oral. E. M. JOHNSON.

La importancia de los tumores de la cavidad oral depende no tanto del reconocimiento exacto, que no suele ser difícil, como de una verdadera apreciación de su futuro porvenir. Prácticamente todos los neoplasmas benignos están representados en la boca. No obstante, con ciertos respectos, un número de ellos son singulares en su disposición estructural y curso clínico.

Cuando se presenta la ocasión, los tumores benignos están sujetos a influencias que modifican materialmente su tratamiento y sus pronósticos. Así, si una bacteria invade un angioma, la inflamación puede ocasionar una regresión completa o parcial del tumor. A veces, un fibroma muy simple puede, por medio de un estímulo desconocido, adoptar un grado de desarrollo que simula estrechamente el de un proceso maligno. Por otra parte, una lesión sin importancia no sólo puede agrandarse rápidamente sino que cambia de naturaleza y se torna maligna y finalmente produce metástasis y la muerte. El papiloma transformándose en carcinoma proporciona un ejemplo excelente.

Aunque ha de recordarse que muchos tumores benignos crecen continuamente y que su desarrollo termina con la vida del individuo, son sin embargo excepciones y se conocen muchos casos de un limitado período de desarrollo y hasta de cura espontánea.

Cuando se considera la importancia del crecimiento con relación a los tumores, se comprenderá fácilmente que para terminar con la vida no siempre es necesario que los tumores benignos pierdan su carácter inocente. Como ejemplo clásico; no se puede nada mejor que citar el caso de BLAND-SUTTON, de un hombre sano que murió repentinamente en circunstancias trágicas. En el examen post-mortem, se descubrió un lipoma ovoide surgiendo del pliegue glosso-epiglótico izquierdo. Su insinuación produjo sofocación y ahogo al bloquear la entrada laríngea durante algún acto no usual por parte del paciente.

Papiloma. De todos los tumores más notoriamente benignos por su menor tendencia a una transformación maligna el papiloma merece consideración en primer lugar. Es característica la aparición macroscópica de este tumor. Construido como está en su forma simple, de un centro o corazón central de tejido fibroso, cubierto o sobremontado de epitelio, se reconocen dos tipos dependientes de las cantidades relativas de estos tejidos. El papiloma epitelial, aunque a menudo es individual, puede ser múltiple y voluminoso, pero en cualquier caso es plano o acuminado. La variedad fibrosa se ve más frecuentemente en la piel, pero ocasionalmente se origina de la mucosa bucal y luego usualmente de la rafe media del dorso de la lengua. El papiloma epitelial también ocurre en la piel y todas las partes de la revestidura de la boca, pero es más frecuente en la lengua y afecta a cualquier parte de ella. Muchos son de origen congénito. Rasgo característico en los adultos es la estrecha relación del papiloma con leucoplasia y manifestaciones sifilíticas y

con la glositis debida al uso excesivo de tabaco e irritación producida por dientes descuidados. En algunos casos los sitios verrugosos son las únicas áreas que presentan leucoplasia, habiendo aparecido ambos procesos concurrentemente de una etiología común que duplica estrechamente la del cáncer lingual. Cuando las áreas son voluminosas, la irritación mecánica puede producir dolor y hemorragia, lo cual lo hace a menudo. La ulceración grosera o macroscópica no indica, sin embargo, un proceso canceroso.

La tendencia de algunos papilomas a adoptar un desarrollo rápido y finalmente sufrir un cambio maligno es bien reconocida. Las características adicionales que indican que esto ha ocurrido son la ulceración, induración en la base y aumento de dolor. El diagnóstico diferencial de simple papiloma del tipo papilar, del cáncer bucal es difícil e importante y la ayuda microscópica es de confianza sólo cuando la biopsia incluye la base, así como también la superficie. Muchos de los casos curados de carcinoma lingual son en realidad papilomas difusos. Un cuidadoso examen patológico del tumor completo es a veces necesario para formarse una opinión exacta. Además, la respuesta al tratamiento es enteramente diferente en las dos lesiones. El simple papiloma responde bien al radium y se cura por cualquier medida que tienda a una completa excisión o destrucción. La extirpación incompleta no es aconsejable porque en muchos casos ha engendrado una transformación maligna. En el tratamiento con radium, las aplicaciones en superficie por medio de un tubo de emanación no filtrada o tubos filtrados mantenidos en su sitio por medio de pastas para moldes dentales, es todo lo que se requiere. Rara vez se justifica el tratamiento intersticial no filtrado.

Estrechamente relacionado, están los papilomas la-riengeos, simples o difusos. La facilidad con que matan gracias a una degeneración maligna o por sofocación es muy bien conocido. Las dificultades técnicas de la extirpación completa quirúrgica o destrucción endotérmica han dado al radium la oportunidad de conseguir algunas curaciones muy sorprendentes.

La asociación de un papiloma y una papila circunvalada dolorosa es demasiado frecuente para clasificarla como coincidencia. El factor causante en ambos es probablemente el mismo o muy relacionado.

El año pasado se observaron dos casos interesantes en mujeres de cierta edad que tenían ya tener un cáncer a causa de las sospechas y aprensión del médico que las asistía. El examen de los pacientes reveló nada más que un excesivo desarrollo de tumor papilomatoso inflamado, que se curó completamente por medio de una desecación superficial.

Angioma. Chico de 4 años, con tumor en el paladar. Exceptuando la tos ferina a la edad de 2 años, el niño había estado muy sano. 14 meses antes el paciente se cayó mientras tenía un bastón o palo en la boca lesionando el paladar lo suficiente para que sangrase. A los 3 meses se observó al lado de la lesión una hinchazón rosada del tamaño de un guisante. Desde entonces el tumor había crecido rápidamente dificultando finalmente la masticación.

Examinado el niño, era normal, a excepción del tumor. Los registros del hospital dicen: «Todo el paladar blando y el posterior cuarto del paladar duro son asiento de un tumor blando, nodular fino, rosado pálido y voluminoso, mide 5 x 4 cm. Su mayor grosor es unos 3 cm. En la superficie hay dos manchas necróticas, superficiales, amarillentas, de 1 cm. de diámetro cada una». Era imposible determinar si había invasión de la cavidad nasal. El diagnóstico clínico fué linfangioma.

Pocos días después, bajo anestesia de éter, se insertaron 10 tubos de emanación no filtrados de 2,5 milicurios total; se descubrió que aunque la superficie nasal del paladar estaba invadida, la mayor parte del tumor se presentaba oralmente. El tejido para el examen del laboratorio era muy friable y se componía de una colección de nódulos quísticos del tamaño de una semilla de uva. Cuando se apretaban entre los dedos, se rompían sus

delgadas paredes y salían pequeñas gotas de líquido acuoso claro. Esta porción del tumor era casi sin sangre.

El informe microscópico era: «Epitelio superficie muy engrosado y en pliegues bajos. Marcado engrosamiento y fusión de las células cerca de la superficie pero sin cornificación ni irregularidad en las células más profundas. Debajo de la superficie, partes de un número de papilas son simplemente espacios abiertos llenos de un material algo neutrófilo.

Estos espacios están revestidos en parte de una capa endotelial simple y en otras partes no se ve revestidura. Otras áreas presentan vasos diminutos con revestidura de «línea de cabello» y lleno del mismo material. Estos pequeños vasos y espacios están separados por un tejido conectivo suelto o flojo que en sitios es muy celular presentando muchas células en huso, gruesas, con grandes núcleos coloreados oscuros. Se observa esta marcada celularidad en todas las partes de la sección. Además de los pequeños vasos, existen colecciones de pequeños vasos sanguíneos, llenos de sangre, algunos de éstos con paredes gruesas, otros sólo con una revestidura endotelial y en sitios, lo sorprendente son los pequeños vasos sanguíneos y los espacios de linfa.»

Diagnóstico. Angioma celular de tipo mixto.

Respondió al tratamiento rápidamente. A las 7 semanas había desaparecido, con excepción de una prominencia azulada, redondeada y lisa de tamaño de una bolita. Evidentemente era de naturaleza hemangiomaso y probablemente representaba tejido yacente profundo que se hizo visible cuando el tumor vaso linfático superficial había regresado. Se hizo nuevo tratamiento, insertando 5 tubos desnudos un valor total de 1,6 milicurios.

A las 4 semanas había desaparecido todo rastro del tumor y el chico ha quedado perfectamente bien.

Este caso demuestra la facilidad de curación con tubos desnudos débiles ante un tumor semejante y que responde bien, situado en región donde la cirugía, la fulguración y la cauterización son métodos muy poco satisfactorios. El paciente no se quejó de dolor después del tratamiento y en ningún momento hubo lesiones visibles producidas por el radium. Los tubos débiles y una dosis pequeña son esenciales si se quiere evitar una escarización.

Los angiomas son frecuentes en la cavidad bucal y en su estructura entran vasos linfáticos y sanguíneos. Son congénitos o de formación muy pronta y usualmente de limitada capacidad de desarrollo. No obstante, como indica PULFORD, los angiomas simples son potencialmente endotelomas metastasiantes malignos. Aunque es imposible reconocer primariamente el tumor simple que está progresando para hacerse de tipo más grave, la rapidez de desarrollo y la persistente recidiva tras la operación indican un grado de malignidad que puede ser fatal por metastasis lejana.

Clínicamente se reconocen dos tipos principales de tumor de vaso sanguíneo, hemangioma simplex, o variedad capilar y hemangioma cavernoso. El tipo simple rara vez se le halla en los labios o en la boca. El tumor cavernoso, más frecuentemente cutáneo, es muy común en la boca, en las encías y especialmente en la lengua junto a la punta. Los vasos linfáticos y sanguíneos toman parte en el proceso en ciertos casos de macroglosia.

La clasificación de los linfangiomas es menos satisfactoria; WEGNER (citado por EWING) reconoce tres tipos.

a) Linfangioma simple compuesto de una red anastomótica de espacios y vasos pequeños y que aparece como un paiche rosado pálido algo levantado sobre el nivel del tejido circundante. Cuando se pincha sale linfa.

b) Linfangioma cavernoso consistente en un sistema de espacios llenos de linfa.

c) Linfangiomas cistoides de estructura de red de grandes y pequeños quistes revestidos de endotelio y llenos de linfa.

Se suele enseñar que el angioma es congénito o que comienza temprano en la vida del individuo. No obstante, en muchos casos no se nota la lesión hasta que

se agranda. Con el chico mencionado no es despreciable una posible relación con un trauma. Esta circunstancia también está presente en los casos de hemangioma cavernoso de la encía producidos por un mutilante roce dental. Son muy sugestivos los casos de tumores de vaso sanguíneo del labio y lengua consecutivo a una lesión por mordedura con los dientes.

Poco ha de decirse de la cuestión de tratamiento. Se determinará el método particular según la preferencia del operador. El que los angiomas estacionarios pequeños deban ser tratados depende de las circunstancias; pero cuando tornan activos y crecen, es necesario un pronto tratamiento. Si se decide una excisión, debe cortarse la lesión cortada hacia fuera y no hacia dentro. Si existen conexiones profundas, la ligadura ha dado buenos resultados. La fulguración, la cauterización y el radium tienen sus partidarios y todos han dado curas.

Fibroma.—Se encuentra este tumor muy ocasionalmente en la cavidad de la boca. Componiéndose principalmente de tejido conectivo, puede proceder de los tejidos blandos y del hueso; muchos son enteramente fibrosos mientras que otros se han incorporado ciertas estructuras glandulares, los adenofibromas. Los neurofibromas aparecen de troncos nerviosos, en cuyo caso son a menudo múltiples.

La historia de vida del fibroma es la de un tumor de lento desarrollo que después de un cierto tamaño puede permanecer estacionario a causa de las dificultades mecánicas en el abastecimiento sanguíneo. Cuando se le halla estrechamente asociado con membrana mucosa, el estímulo del desarrollo es probablemente una inflamación catarral. Los grandes fibromas que aparecen del periosteo de las mandíbulas parecen depender de un trauma crónico, como, por ejemplo, de una dentadura mal encajada. Como ya se ha expuesto, se les halla infrecuentemente en la cavidad oral, pero cuando existen en ella es importante reconocer su naturaleza benigna para calmar la alarma histérica del paciente y aconsejar la excisión a causa de una posible conexión con el desarrollo de un tumor más grave, más adelante. BLOODGOOD anotó 12 casos de fibroma lingual en 4 de los cuales se desarrolló cáncer en el epitelio sobreyacente. A veces, suele ser muy pronunciada la facilidad con que el fibroma se convierte en sarcoma. CRAVER ha informado de un caso de la clínica del Dr. QUICK en el que un neurofibroma del labio inferior cambió de carácter y produjo la muerte por metástasis pulmonares. Existe un tipo de fibroma de la boca que es casi una entidad clínica; lo ilustra el siguiente informe:

Mujer de 55 años. Había usado dentadura artificial completa, inferior, siete años. Un año antes de vérsela, notó un bulto en el suelo de la boca justamente enfrente de la lengua. Esto creció lentamente, se volvió más blando e impedía se usase la dentadura. Consultó a una clínica dental y se decidió necesitaba tratamientos de radium. Examinada, se vió que el tumor estaba creciendo en los tejidos del suelo de la boca directamente detrás de la sínfisis. De consistencia firme, ligeramente movable, no ulcerado y casi del tamaño de una ciruela pero más plano. Mucosa engrosada y rugosa. Se excindió el tumor bajo anestesia novocaina y el informe histológico confirmó el diagnóstico clínico de fibroma.

Se han visto casos similares, 7 casos, y en cada caso el tumor crecía en la misma situación bajo condiciones idénticas.

Epulis.—Además del fibroma existen otros tumores benignos que ocasionalmente ocurren asociados con las estructuras óseas de la boca. La lista es muy comprensiva e incluye el tumor benigno de célula gigante, el osteoma, encondroma, odontoma, quiste dental y epulis. El último mencionado es en mucho el más común, pero a pesar de su frecuencia se le interpreta muy mal tan a menudo, que merece más examen.

Epulis es un término topográfico y es aplicable a cualquier tumor de la encía o borde alveolar de la quijada. Si se le usa correctamente debe ir calificado de un adjetivo. Ordinariamente designa un tumor de tejido co-

nectivo surgiente del tejido submucoso o periosteo alveolar; es una lesión de línea de borde yacente entre la inflamación y el neoplasma y se halla con mucha frecuencia en los adultos jóvenes. Las dos mandíbulas pueden afectarse igualmente y aunque ninguna región es la predilecta en orden de frecuencia, se le encuentra más a menudo cerca de los caninos, los bicuspídes, los primeros molares e incisivos (SCUDDER). El desarrollo o tumor de epulis depende en muchos casos de causas locales, tales como la irritación de un diente enfermo o la presencia de una raíz rota. Se sabe que el trama ha aumentado el grado usual de desarrollo.

Se reconocen dos tipos distintos, el de célula gigante y el fibroso; no ha de confundirse el primero con el tumor benigno de célula gigante que comienza centralmente en el hueso.

GRUIT (citado por SCUDDER) describe tres períodos en su historia de vida:

Primero. *Período de origen.* No es aún visible el tumor pero se le busca a causa del dolor. Cuando aparece en un enchufe de diente, se hace presión sobre el nervio de la raíz. El dolor puede no ser referido a un diente pero puede radiar por toda la mejilla y trozo de mandíbula circundante. Si se examina detenidamente diente por diente, se hallará uno claramente doloroso y, según el grado de desarrollo, algo flojo. En el enchufe de este diente se está desarrollando el tumor. Cuando se agranda, se puede arrancar el diente, lo cual produce alivio inmediato.

Segundo. *El período de tumor visible consecutivo a la extracción.* El paciente cree estar bien hasta que se ve el tumor creciendo del alveolo. Es rosado y finalmente mamilado. Ordinariamente es pequeño como una cereza pero puede hacerse tan grande como una naranja; la ligazón al hueso es íntima y a menudo más estrecho que ancho. La consistencia depende de la vascularidad o cantidad de tejido fibroso presente, el epulis de célula gigante blando y vascular, a veces pulsante y sangra fácilmente al menor trauma. Por otra parte, el tumor fibroso es firme, menos vascular y, debido a la lesión, pueden desarrollarse áreas de necrosis.

Tercero. *Un período de ulceración.* Ocurre ocasionalmente cuando el tumor alcanza el tamaño de algunos de los tipos de célula gigante. Es esencialmente una ulceración debida a presiones y al tamaño y trastornos nutritivos.

A veces, debido a un estímulo desconocido, un epulis de crecimiento rápido de la clase de célula gigante puede adoptar un tipo maligno, invadir el hueso de la mandíbula, recidivar después de la extirpación y terminar con la vida rápidamente. Las metástasis y reproducción de lo que parecía un epulis simple tienden a aumentar de malignidad. Por regla general, el pronóstico de la variedad fibrosa es excelente, pero debe ser de más precaución en el tipo de célula gigante. El tratamiento no debe ser por irradiación; este aserto es enfático por haberse observado un caso. El resultado final es bueno si se excinde el tumor y se cauteriza la base. Para el tipo de célula gigante SCUDDER aconseja la extirpación de los dientes adyacentes y una porción del alveolo, asegurando de esa forma contra el retorno de un tumor que se sabe se ha vuelto maligno.

Tumor mixto. Há:asele en los tejidos blandos de la boca. Es una variedad interesante de tumor que aunque en sentido estricto no es claramente benigno; no obstante, durante una parte considerable de su vida carece de muchas de las características agresivas que caracterizan a un neoplasma maligno. Me refiero al tumor mixto relativamente benigno que EWING llama epitelio-ma quístico adenoide del tipo de glándula salivaria. Es materia de discusión su modo de origen. Los patólogos alemanes representados por VOLKMANN y WARTMANN creen se derivan del endotelio de canales linfáticos. EWING rechaza esto vigorosamente y ha adoptado un origen epitelial para tales tumores, ya se hallen en tejido salival o en las estructuras vecinas. Se le han dado numerosos nombres descriptivos: adenoma, encondroma

glandular, cilindroma, peritelioma y adenosarcoma, en diferentes ocasiones y por diversos escritores. La multiplicidad de nombres se origina de sus variaciones de estructura. Además del epitelio, que se asemeja a las células basales del epidermis, y que pueden derivarse de restos branquiales o de tejido salivar mal adaptado. El tejido mesodermal en forma de cartilago, tejido mucoso o conectivo pueden ser características también en cantidades diversas de estos tumores. El origen de estos elementos es epitelial (EWING) por una metaplasia cartilaginosa y mucóide peculiar.

Los tumores mixtos poseen una extensa distribución y se les ha hallado en el labio, mejilla, órbita y cuello. Pero es más frecuente en los tejidos del paladar y probablemente aparecen de restos aberrantes debido a la estrecha relación de desarrollo entre el epitelio bucal y salivar.

En 1922 informó el autor sobre un pequeño grupo de estos tumores, en número de 7, y desde entonces ha observado dos más, uno de la mejilla y el otro del paladar duro. De los siete, cinco estaban en el paladar, uno en el labio y uno en la piel de la frente. Así, de los nueve casos, la lesión estaba en seis casos en el paladar.

El curso clínico es tan característico como la histología. De curso benigno durante tiempo considerable de su historia son, sin embargo, capaces de desarrollo ilimitado o sin restricciones, y bajo estas condiciones pueden amenazar la vida. Su apariencia es sugestiva de benignidad y puede aparecer a toda edad; el período medio, de los 35 a los 50, parece ser el corriente. El tumor es ordinariamente de tamaño pequeño, como una oliva, y aparece junto al alveolo más bien que en la línea media. Es liso, redondeado y circunscrito y suele dar la impresión de firmeza elástica y adherencia profunda. La mucosa sobreyacente está intacta. Es un tumor quiescente y puede existir sin ser reconocido por el paciente mucho tiempo porque no produce otros síntomas que los de molestia mecánica. Tras permanecer estacionario mucho tiempo—usualmente varios años—puede crecer rápidamente y traspasar su cápsula. La extirpación quirúrgica en este período sería probablemente seguida de recurrencia, gran aumento de desarrollo, invasión de los tejidos circundantes, ulceración y, finalmente, extensión linfática.

Es muy significativo que el tumor rara vez sea reconocido clínicamente y a veces hasta se le mal interpreta histológicamente como sarcoma, y a este error diagnóstico frecuente puede atribuirse algunas curas sorprendentes. El éxito del tratamiento quirúrgico depende de que su cápsula intacta que le limita esté íntegra aún. No hay recidiva si se saca el tumor con esta cápsula aún intacta. Afortunadamente suele ser fácil, pero si por alguna razón resulta difícil la enucleación, entonces es probable la recurrencia.

Una cuidadosa terapia con radium obliga siempre a conocer previamente, la probable estructura del tumor a fin de no irradiar inútilmente tumores resistentes.

El empleo intersticial de emanación filtrada o no filtrada hace desaparecer el epitelio y se controla la tendencia al desarrollo, pero el tejido mesoblástico se influye en grado mucho menor. Una masa de todos modos firme, encogida, inerte, es el resultado final, tras lo cual puede extinguirse después con mayor seguridad. Tanto más celular la lesión, tanto mejor la respuesta a la radiación. Además, se ha demostrado repetidamente que los tipos de célula embrionaria son más sensibles al radium.—(*The Amer. Journ. of Roent. and Rad. Therapy.* Enero 1927).

V. CARULLA RIERA

Investigaciones fisiológicas e histológicas sobre las condiciones circulatorias a nivel del miembro inferior izquierdo, donde se había efectuado una ligadura de la arteria femoral en 1870. A. DUMAS y P. RAVAUULT.

Se trata de un enfermo muerto a consecuencia de una infección gripal, al que 56 años antes se le había prac-

ticado la ligadura de la femoral izquierda a consecuencia de la explosión de un fragmento de obús a nivel del muslo de dicho lado.

No presentaba el sujeto anomalía visceral aparente. Los ruidos del corazón regulares; la tensión arterial de 16/8 a nivel de la humeral, con un índice oscilométrico de 4,5 en el antebrazo de cada lado. En el lado sano la tensión de la pedia era de 20,5, índice oscilométrico 7; a nivel de la pedia del lado enfermo la tensión era de 6 máxima índice oscilométrico de 4. No presentaba enfriamiento del miembro ni gangrena.

La autopsia reveló congestión de las bases pulmonares; ligera cirrosis hepática; bazo y riñones hipertrofiados. Corazón hipertrofiado especialmente a nivel del ventrículo izquierdo y pequeñas placas ateromatosas en la aorta.

Las arterias del muslo del lado sano estaban macroscópicamente normales. En el lado de la ligadura presentaba por encima de la cicatriz la femoral reducida de volumen. Por debajo, la arteria tomaba poco a poco su volumen típico y elasticidad progresiva en sentido opuesto al normal.

El examen histológico demostró:

Por encima de la ligadura la arteria completamente obliterada por un botón de tejido conjuntivo lleno de depósitos pigmentarios. Las fibras musculares lisas de la túnica media desaparecidas por degeneración granulosa y reemplazadas por tejido conjuntivo. El tejido elástico intacto.

A nivel de la ligadura no se observa más que tejido nervioso, sin formación arterial.

Por debajo de la misma, la arteria es más pequeña que en estado normal, pero permeable. Sólo se nota un espesamiento regular de la endoarteria. La túnica media ha conservado intactas sus fibras musculares y elásticas.

La arteria fémoro plitea más pequeña que en el lado sano acusa ligero espesamiento.

Conclusiones:

Esta observación bajo su triple aspecto clínico, fisiológico e histológico constiuye una demostración por decir experimental de la manera como se restablece el curso de la sangre en una importante arteria de los miembros después de su ligadura y demuestra que después de ella la corriente sanguínea es derivada definitivamente de su curso normal y no retorna a los vasos de los cuales se ha excluido más que por la vía de sus colaterales que se adaptan a su nuevo juego de derivación. Es lo que explica la elasticidad progresiva de la femoral y de la poplítea en relación al mayor número de colaterales que en ella abocan. Esta suplencia no reemplaza completamente la vía normal, pues se nota un cierto grado de atrofia muscular pero es suficiente para salvar el funcionalismo del miembro, pues hemos visto que no presentaba ni enfriamiento ni gangrena. La reducción de la tensión arterial a nivel de la pedia no es debido a la reducción del calibre de la misma arteria sino al obstáculo que tiene que vencer la sangre en virtud del gran número de colaterales de reducido diámetro que tiene que atravesar. Al mismo tiempo que la tensión, el pulso se encuentra igualmente reducido, como lo demuestra la cifra inferior del índice oscilométrico de este lado en comparación con el del lado sano. Este fenómeno ha sido ya señalado en diferentes casos.

El examen histológico ha demostrado la recuperación progresiva de su tejido contractil, desaparecido completamente a nivel de la ligadura, a medida que nos alejamos de la misma. Punto importante a señalar histológicamente es la persistencia de tejido elástico, comparativamente a la aparición completa de tejido muscular. (*Lyon Chirurgial.* Julio-agosto 1927).

J. SALARICH.

Contribución al estudio de la patogenia de la osteitis fibrosa. W. DEGA y J. ZEYLAND.

La naturaleza de la osteitis fibrosa está todavía muy oscura a nuestros conocimientos. De aquí que mu-

chas teorías se hayan ideado para explicarla sin que ninguna de ellas satisfaga plenamente.

La osteítis fibrosa no representa una entidad morbosa, sino una especie de reacción común a diferentes afecciones del tejido óseo.

Se ha observado la osteítis fibrosa con toda su sintomatología típica, alrededor de los tumores neoplásicos y en la vecindad de antiguos focos de osteomielitis.

LOOSER considérala como una reacción patológica del tejido óseo bajo la influencia de agentes mecánicos (tracciones y presiones) o en el curso de enfermedades del sistema óseo (raquitismo, osteomalacia, etc.).

Los autores la han observado en la cabeza del primer metatarsiano, en un caso de hallux valgus.

De la consideración de este caso se desprende que lo primero que aparece a la vista son las lesiones vasculares en forma de esclerosis. La cabeza del primer metatarsiano del lado izquierdo demuestra un enrarecimiento de las paredes vasculares poco marcado. No se observa ni fibrosis de la médula ni osteomalacia. Si juntamos a esto el escaso hallux valgus y la pequeña cianosis de este lado, concluimos que el estado del lado izquierdo representa una fase inicial del proceso mientras que las lesiones del lado derecho demuestran ya una evolución ulterior.

En otros dos casos, los autores han podido comprobar también una esclerosis vascular semejante. Esta esclerosis parece seguida de trastornos circulatorios (expresión histológica del aspecto de los capilares que se hallan fuertemente estirados y repletos de sangre).

El proceso evoluciona así: La esclerosis que puede ser debida a pequeños y repetidos traumatismos (caso de los autores) prepara un terreno propicio a hemorragias post-traumáticas y por otra parte comporta una reabsorción normal de sangre derramada facilitando una organización patológica del aspecto de una osteítis fibrosa precedida de una formación de tejido de células gigantes.

La afección era puramente local.

En otros casos han demostrado ciertos autores influencias de naturaleza general.

Crean los autores imprudente el querer generalizar las causas generales en la producción de la osteítis fibrosa localizada después de indicar el papel que las lesiones vasculares pueden jugar en su patogenia.

(*Lyon Chirurgial*, julio-agosto 1927).

J. SALARICH.

Pseudoquiste traumático del páncreas. L. URRUTIA.

Refiere el autor un caso de pseudoquiste traumático del páncreas curado tras intervención mediante marsupialización del mismo.

Los pseudoquistes pancreáticos tienen por causas la pancreatitis crónica o subaguda y el traumatismo.

Ciertas estadísticas confirman un origen traumático en un 20 por 100 (MÜLLER) o un 28 por 100 (KÖRTE). En otras estadísticas viene en cambio el papel etiológico traumático señalado con menor frecuencia (JUDD 1 x 41; WALSEL ninguno en 13 casos, como STEINDE y MANDE en 7 de la clínica de HOCHENEGG).

En cambio EL ha encontrado dos etiologías traumáticas en 5 casos de quiste de páncreas.

La causa es ordinariamente un choque violento en el abdomen, necesitando profunda penetración para comprimir la glándula contra la columna vertebral.

El traumatismo puede ocasionar la ruptura o sección parcial o total de la glándula y otras veces la contusión, aplastamiento o trituración de la misma. El conducto de WIRSUNG resiste mucho y puede quedar intacto. Si la ruptura es completa, la muerte es fatal si no se interviene prontamente. Si es incompleta quedando intactas las vías de excreción, se desarrolla generalmente un quiste.

LAZARUS probó que un traumatismo puede dar lugar a la formación de un quiste intrapancreático, pero a veces aun siendo subcapsular la lesión, el quiste puede ser

pancreático. Generalmente el traumatismo destruye el peritoneo que recubre el páncreas y los líquidos segregados se acumulan en la cavidad posterior de los epiplones, parte del líquido puede pasar a la gran cavidad y produciendo una peritonitis difusa tóxica y más tarde bacteriana por infección secundaria, mortal. Con más frecuencia la peritonitis es parcial cerrando el hiatus de WINSLOW, quedando enquistado el líquido.

El traumatismo puede también provocar una necrosis aguda del páncreas.

Es corriente que al traumatismo siga una fase de shock o fenómenos peritoneales, apaciguándose luego, y apareciendo el tumor a las 3 o 5 semanas.

Este apaciguamiento puede ser rápido o lento como en el caso presente.

La localización del tumor es preferentemente detrás del epiplón gastrohepático y más raramente por debajo del colon transversal.

Se dice que sólo quedan detrás del estómago los quistes de pequeño tamaño, no obstante, el del autor era muy grande y de localización retro-gástrica.

El aumento de amilasa urinaria es el más seguro de los signos de una afección pancreática. También se ha notado un aumento de diastasa en la orina desde una hora después del traumatismo hasta el dozavo día, alcanzando el maximum del primero al tercero, como también aumento de amilasa en la sangre.

En el presente caso existían manchas de necrosis adiposa en el epiplon gastrocólico idénticas a las de las pancreatitis agudas.

El quiste fué atacado por la vía de elección, a través del ligamento gastrocólico, teniendo que vencer las dificultades su localización retro-gástrica.

En ocasiones, la fistula, después de la marsupialización persiste indefinidamente, pero en los casos del autor curó admirablemente.

(*Los Progresos de la Clínica*. Agosto 1927.)

J. SALARICH.

OFTALMOLOGÍA

La solución de Locke para los trastornos corneales. E. N. HUGUES.

Durante los dos últimos años he hecho experimentos con una solución que según creo no ha sido usada aún en oftalmología. Contiene la solución sales minerales de la sangre, además de una pequeña dosis de dextrina, y es conocida bajo el nombre de solución de LOCKE. Es de uso corriente en los experimentos fisiológicos y su fórmula es como sigue:

Cloruro sódico...	0'90 gr.
Bicarbonato sódico...	0'05 »
Cloruro potásico...	0'042 »
Dextrina...	0'10 »
Cloruro cálcico...	0'025 »
Agua destilada hasta hacer en conjunto...	100'00 »

Esta solución ha sido verdaderamente eficaz al tratar enfermedades corneales, especialmente en casos de traumatismo.

Ensayé la citada solución hace dos años en un niño admitido en el Hospital Oftalmológico de Birmingham. El chiquillo sacaba una pluma de un mango de acero cuando repentinamente, al salir la pluma, se le escapó el mango que fué a darle en el ojo derecho.

En el examen pudimos observar un desgarro de 3 mm. de ancho por 5 mm. de largo aproximadamente, situado en el centro de la córnea, penetrando hasta la mitad de su espesor por su parte más profunda. En uno de sus extremos el desgarro estaba adherido por un delgado filamento de epitelio. A primera vista el único procedimiento practicable era separar el citado filamento y extirpar el colgajo por completo, para permitir que el surco

de la córnea se llenase de tejido granuloso, lo que naturalmente hubiera ocasionado un fuerte astigmatismo irregular, como también un denso leucoma.

Se me ocurrió entonces la idea de que una solución que contiene los elementos de linfa, aplicada frecuentemente en la córnea, podría mantener la vitalidad de los labios de la herida terminando por reunirlos. Emplacé pues el desgarró corneal, instilé cada hora, durante todo el día, la citada solución de LOCKE, colocando durante los intervalos un ligero vendaje compresivo. Al cabo de una semana se habían unido los labios de la herida y solamente se notaba una ligera opacidad en sus bordes, toda vez que el desgarró corneal estaba completamente claro.

En este caso se usó la solución de LOCKE a doble concentración y oxigenada, lo que se hizo pasándola por gas oxígeno desde un cilindro, y se aplicó a doble concentración para combatir el efecto de dilución de las lágrimas. Exceptuando la solución de LOCKE, no se hizo otro tratamiento.

Recientemente en las contusiones corneales he obtenido resultados tan brillantes que creo justificable la presentación de algunos casos.

Una señora joven recibió un golpe en el ojo derecho con una pelota de tennis, quedando su visión reducida a 6/60. La mayor parte de la córnea quedó teñida con fluoresceína y con la lámpara de hendidura pudo observarse que casi toda la superficie teñida estaba despojada de epitelio, sólo se veían pequeñas partículas adheridas de acá por allá. Se notaba un número reducido de células pigmentadas flotando en el humor acuoso. Aparentemente el fondo era normal, si bien no podía verse en detalle por la irregularidad ocasionada por el traumatismo.

Fué tratada con instilaciones, repetidas cada dos horas, de la solución de LOCKE a doble concentración pero sin oxígeno. Siete días después de este tratamiento la córnea estaba enteramente cubierta de epitelio, libre del tinte de fluoresceína y la visión alcanzaba 6/6.

En el Hospital de Oftalmología de San Pablo, en Liverpool, asistimos a un hombre de 50 años, que se quejaba de grandes dolores en su ojo derecho, y decía que el día anterior había recibido un gran golpe en aquel ojo con una pelota de tennis. No pudo comprobarse la visión, puesto que nos encontrábamos con un ojo amaurotico a consecuencia de un accidente sufrido hacía treinta años. El resultado del examen nos indicó que la mayor parte de la superficie de la córnea se hallaba teñida con fluoresceína. Le fué recetada sal proteínica de plata al cinco por ciento con atropina al uno por ciento, además de la aplicación de un ligero vendaje compresivo. Una semana después no se apreciaba el menor adelanto, por cuya razón fué substituída la sal de plata por la quinina, siguiéndose durante cuatro días este último tratamiento. Como sea que transcurrido este tiempo, en el epitelio corneal no se observaba el menor signo de regeneración y el enfermo continuaba padeciendo, se le ordenaron las instilaciones de la solución de LOCKE a doble concentración, volviendo el paciente tres días más tarde a la visita hospitalaria con la córnea cubierta casi por completo de epitelio y teñida solamente una porción muy reducida.

He tratado también con resultados satisfactorios úlceras corneales indolentes.

Toda vez que la alimentación de la córnea depende de su provisión linfática, creo yo muy razonable considerar que una solución cuya composición es similar a la linfa, en lo que se refiere por lo menos a las sales minerales, ha de tener una acción beneficiosa al ser aplicada en la córnea, acción beneficiosa que apresurará el proceso reparador manifestándose claramente en todas las capas superficiales de la misma. (*The British Journal of Ophthalmology*. Abril 1927).

E. N. HUGUES

Modificaciones electrocardiográficas en el acto del parto.
CARLOS A. WALDORF y REMIGIO BUSTOS MORÓN.

Hemos tratado de averiguar en el presente trabajo las modificaciones electrocardiográficas (E. C.) en el acto del parto, en embarazadas clínicamente normales, no habiendo encontrado en la literatura médica mundial un estudio igual y sí valiosísimas contribuciones a la electrocardiografía durante el embarazo y puerperio.

El difícil interpretar algunos E. C. por cuanto sus deformaciones pueden obedecer a cambios de posición del corazón y, por lo tanto, del eje eléctrico del mismo, determinado por el desarrollo considerable del útero y la compresión que ejerce de abajo hacia arriba sobre el diafragma y corazón. Se acepta que las figuras radiológicas más exactas de los contornos cardíacos se obtienen mediante ortocardiogramas en posición de sentada; la percusión puede ser inexacta por el gran desarrollo de las mamas, y la teleradiografía puede encontrar en ello un obstáculo. Haciéndose el parto en decúbito dorsal, el cambio que puede ocurrir en la posición del corazón y los determinados por los esfuerzos musculares del período expulsivo, también inducen a alteraciones en la forma de los E. C. Aun cuando pueden reducirse mediante anestesia general, es posible que no sea ajeno a las modificaciones E. C. el agente anestésico empleado. Consideramos a los E. C. como simple expresión de la «excitabilidad» que recorre el sistema intracardiaco de conducción, diferenciado para tal finalidad. Así pues el E. C. nos sirve única y exclusivamente para examinar el «ritmo» del corazón.

Establecidas las precedentes aclaraciones podemos deducir de nuestro estudio:

1.º *Variaciones en la frecuencia del ritmo cardíaco y sus tipos.*—La aceleración del ritmo cardíaco observable en un 40 por 100 de las embarazadas normales en los últimos meses de la gravidez, obedece a una taquicardia normogenética; el número de complejos aurículo-ventriculares alcanza a superar 5 latidos por minuto. En un 25 por 100 de las embarazadas normales la bradicardia que en ellas se observa es igualmente normogenética o normotipo. En el tanto por ciento restante la frecuencia cardíaca no se modifica. En los casos de aceleraciones superiores a la mencionada, se trata de enfermas con *síndromes basedowianos* (tirotoxicosis), o de *distonía vagosimpática a predominio simpático* (simpatisis).

La bradicardia normogenética puede interpretarse como un estado de *vagotonía* o como exponente de una reacción propia del miocardio (FREY).

Es frecuente encontrar *arritmia sinusal respiratoria*; excepcionalmente extrasístoles sinusales.

En el período expulsivo observamos en nuestros trazados aceleración aurículo-ventricular sumamente frecuente; la taquicardia es hallada generalmente normogenética. Excepcionalmente heterogenética (del tipo «taquicardia paroxística»). En el primer caso contamos hasta 140 complejos aurículo-ventriculares al minuto.

Inmediatamente después del parto, baja la frecuencia cardíaca a cifras aproximadamente normales o por debajo de la normal (*bradicardia puerperal*). No es raro observar una acentuación de la *arritmia sinusal*. Pueden encontrarse paros cardíacos de pequeña duración y modificaciones en la forma de las ondas.

2.º *Variaciones en la forma de las ondas.*—En la mayoría de los casos los E. C. en las tres primeras derivaciones, aparecen durante los últimos meses del embarazo en mujeres normales, con el aspecto y sucesión de las ondas fisiológicas. En algunos casos puede observarse *predominio ventricular derecho* más frecuente o en cambio *predominio ventricular izquierdo*. Es quizás posible relacionarla con las nuevas condiciones creadas por el embarazo sobre la hidráulica y mecánica del corazón (hipertensiones en corazón derecho o izquierdo y sus consecuencias: hipertrofia y dilatación de cavidades). En el acto del parto pueden a veces ponerse aun más de manifiesto dichas preponderancias ventriculares, y aun

mismo exteriorizarse por *extrasistoles* de una u otra rama del haz de His. Hemos observado la *inversión de la onda P* (auricular) y después su restablecimiento por encima de la línea isoelectrica. Su acercamiento al complejo Q. R. S. puede hacer pensar en la tendencia a crearse un ritmo nodal o ventricular en el momento del requerimiento máximo del corazón durante el período expulsivo. No es extraño que tales perturbaciones puedan llevar a estados de *taquisistolia* o *aleteo auricular*, hasta la *fibrilación de aurículas*, por una parte, y al *tremolo* o *fibrilación ventricular* por otra, que explicaría la muerte súbita en el momento del parto, o a la instalación de un edema agudo de pulmón; de origen mecánico (estenocardia ventricular izquierda).

Con respecto a la *onda T* llámanos frecuentemente la atención, su desarrollo inusitado, ya sea en el curso del embarazo o en el momento de producirse el parto.

Finalmente diremos que: las variaciones fisiológicas observadas nos explican cómo en determinadas circunstancias se llega a estados de «arritmia», constituidas dentro de uno de los numerosos tipos que de ellas conocemos, y que serán motivo de otro trabajo: «*las arritmias en el embarazo y parto*». (La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires, 10 de octubre de 1927.)

AUTO-RESUMEN

GINECOLOGÍA

Influencia de la estabilidad coloidal del plasma en el ciclo menstrual. H. EUFINGER.

Interesante trabajo experimental llevado a cabo en 54 mujeres durante el período del intermenstruo. La estabilidad coloidal del plasma fué estudiada por el método de GERLOCZY. Las investigaciones ulteriores en pleno

período catamenial fueron proseguidas únicamente en aquellas mujeres en las que no se comprobó disminución de la estabilidad coloidal, es decir que floclaron poco o nada. Los casos investigados pueden dividirse en dos grupos: en 15 de ellos se trataba de mujeres genítalmente sanas o que presentaban dismenorrea, uretritis gonocócica no complicada o procesos análogos: en 11 la estabilidad coloidal quedó inmutable durante la menstruación; en 4 casos (30 %) comprobóse una floclación evidente *sub menstruatione*, demostrativa de disminución de la estabilidad coloidal. En un caso investigado de nuevo a la siguiente menstruación la floclación aumentó extraordinariamente, coincidiendo con un ligero catarro de las vías aéreas superiores; bastó una ligerísima infección para modificar durante el mensturo la estabilidad de los coloides del plasma; desaparecida la regla volvió a ser aquella normal.

El segundo grupo comprendía 39 mujeres que padecían procesos flogósicos del tramo genital alto. En 25 de ellos = 64 %, observóse una influencia marcada de la menstruación sobre la estructura del plasma. En algunos casos el trastorno coloidal antecedió varios días a la aparición de las reglas. La investigación de la velocidad de sedimentación globular, practicada simultáneamente, dió en el primer grupo de mujeres, genítalmente sanas, una aceleración moderada durante la menstruación. En el segundo grupo no pudo comprobarse un paralelismo marcado entre la intensidad de aparición de ambas reacciones.

Las adquisiciones acerca de la influencia de la menstruación sobre la disminución de la estabilidad de los coloides sanguíneos parecen tener importancia para la explicación de determinados procesos biológicos, como la alergia, la autoinmunidad y los signos premonitorios todavía no bien precisados de disposición para la enfermedad. (*Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie*, Bd. LXXIV, núm. 3).

J. VANRELL.