

Revista de Revistas

Urología

NEHAR (G.): Tumores de la Vaginal. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, p. 5, número 1, T. XXXV, enero 1933.

Empieza el autor por hacer hincapié en los obstáculos que se encuentran para hacer su estudio, debido a que son raros, muchos son antiguos e imprecisos y los descritos en publicaciones recientes no llevan una completa demostración. Pasa a describir su historia y después de citar las diversas clasificaciones que de ellas se han hecho sigue la anatómica dividiéndolas en seis clases: lipomas, fibromas, quistes, tumores mixtos, sarcomas y epitelomas; distingue sus caracteres comunes y expone los distintos factores etiológicos que a su favor se han invocado: traumatismos, inflamaciones crónicas, etc., todías muy discutibles.

Describe su localización siempre escrotal, ya que no se ha descrito ninguna inguinal precisa; su talla hasta el volumen de un huevo; los pequeños pluriglandulares, los mayores únicos; su forma en general oval o redonda más o menos lobular; su consistencia dura y solo en el sarcoma puede ser pseudo-fluctuante.

Describe cada tipo de los seis existentes, cuya histología es la que su nombre indica; hace resaltar la extrema rareza de los quistes y lipomas, la benignidad del fibroma de la vaginal de evolución lenta epididimaria por su localización generalmente, coincidiendo con hidroceles y que en algún caso podrían degenerar en un tumor maligno constituyendo un fibro-sarcoma y recidiando. Los tumores mixtos serían verdaderos teratomas en la mayor parte de los casos; se ha descrito osteocondromas, leimiomas, rabdomiomas, etc.; su origen parece ser extravaginal.

El sarcoma es el más frecuente de los tumores de la vaginal; hay unos 20 casos descritos; se ven en jóvenes de gran talla, a veces bilaterales y histológicamente son fibrosarcomas y mixosarcomas.

Los epitelomas son rarísimos, y para el autor deben clasificarse entre ellos, tumores mal llamados hasta ahora sarcomas; algunos casos descritos como tales un examen histológico ha

demonstrado que se trataba epitelomas de tipo papilífero unos y adenomatoso otros.

A continuación cita un caso visto por él de endoteloma que añade a 4 ya descritos. Describe las dos formas microscópicas que presenta: papilífera basal y pseudolinfangiomatosa; son tumores malignos y sólo dan metastasis ganglionares.

Salvo excepciones, los tumores de la vaginal constituyen sorpresas operatorias y a más de las dificultades de diagnóstico que presenta por las lesiones que le acompañan y enmascaran: hidroceles, hernias, etc., hay que separarlas de los tumores del cordón y del escroto. Hasta en la intervención falla a veces el diagnóstico, siendo sólo la histología lo que permite separarlas de los falsos tumores de la vaginal, cuyo origen es ajeno a ella.

El tratamiento dependerá de la posibilidad de diagnóstico, siendo en caso de duda lo más prudente proceder a la castración alta. El autor describe a continuación las teorías embriológicas que permitirían explicar la histogénesis de los distintos tumores descritos.

WALKER (K. M.): Las secuelas de la prostatectomía. *The Brit. Med. Journal*, p. 196, número 3.734. Julio 1932.

El autor estudia las principales secuelas de la operación y el método de evitarlas. Lo que sucede más a menudo es la ausencia de cicatrización de la herida abdominal, debida a distintas causas que detalla.

Persistencia de septicidad del medio por coágulos, restos de membranas, nódulos glandulares semidesprendidos, etc. Hay que practicar lavages y si es preciso extraer reinterviniendo los restos infectados.

Obstrucción postoperatoria: Si es reciente, dilatación del canal. Si es tardía, hay que pensar en un foco de degeneración maligna.

Adherencias entre vejiga y la herida debidas a la desaparición del sostén de grasa, sobre todo en los casos en que ha sido abierta la cavidad de Retzius, en que la vejiga se adhiere a la cara posterior del pubis. En estos casos se anes-

tesia ligeramente la enferma o bien con anestesia local se disecan los bordes de la vejiga y se suturan cerrando después la piel, dejándose una sonda permanente. Pueden darse otras complicaciones, como son la micción dolorosa, frecuente, la formación de cálculos, etc. Hay que buscar la causa con el cistoscopio, hacer lavajes, quitar los cálculos, etc., hasta dejar al enfermo en las mejores condiciones.

Cirugía

GABRIEL (R.): Sobre una causa de secuelas hepáticas después de las intervenciones sobre la vejiga biliar. Sensibilización del hígado. Reacciones hepáticas de origen endocrino. *La Presse Medicale*. 1 marzo 1933. P. 331.

Después de detallar sus observaciones el autor llega a las conclusiones siguientes: hay un hecho cierto y es que mujeres operadas de colecistitis patentes a menudo litiásicas después de intervenidas y de liberado el obstáculo de sus vías biliares extrahepáticas presentan cólicos hepáticos repetidos análogos a los de antes de ser intervenidas.

Parece ser que la función ovárica ejerce cierta influencia en ciertos casos sobre los fenómenos hepáticos recidivantes.

Llama también la atención la coexistencia de accidentes del tipo de los de sensibilización unidos íntimamente a las crisis hepáticas.

Estas revelarían un terreno especial y explicarían el porqué de las recidivas. Por fin vemos el síndrome del cólico aparecer en un litiásico y el mismo sino encontrarse este enfermo cuando sus trayectos hepáticos son de nuevo normales.

Esto hace pensar que el cólico hepático no sea de origen vesicular sino que su causa se encuentre en el hígado.

Esto hace preguntar al autor si este cuadro no traduciría el sufrimiento de la glándula hepática cuyo funcionamiento está alterado por la vesícula biliar. Esta reacción hepática no sería posible sin una previa sensibilización y receptibilidad del terreno. Así se comprenderá el porqué ciertas litiasis evolucionan con escasa sintomatología mientras otras provocan cólicos hepáticos repetidos y graves.

Al dar esta hipótesis el autor elimina ya los

casos de infección aguda o subaguda de la vesícula en los que la afección es comparable a la apendicitis; así como los casos en que existe una angiecolitis o una cirrosis secundaria.

En resumen: una gran parte de los síndromes vesiculares responden a una reacción del hígado ante una disfunción vesicular en un organismo previamente sensibilizado.

Este en ciertos casos por suerte poco frecuentes puede sensibilizarse para otra causa y reproducir el síndrome después de una operación que dan al enfermo todas las probabilidades de curación.

PUTTI (V.): Análisis de la tríada radiosintomática de los estados de preluxación. *La Chirurgia degli organi di movimento*, p. 453, V. XVII, F. 5, diciembre 1932.

El autor estudia estos síntomas y llega a las deducciones siguientes: 1.º El síntoma radiográfico más precoz de la preluxación es un grado de oblicuidad de la ceja supracotiloidea variable en intensidad que en los casos en que es muy manifiesta basta por sí sola para justificar el diagnóstico de preluxación.

2.º La ectopia de la extremidad femoral superior no podrá nunca en manera alguna ser apreciada hasta después de 20 días a partir del nacimiento.

3.º Del retardo de aparición y de la hipoplasia del núcleo cefálico (fenómenos ambos de un alto valor diagnóstico) no podrá hacerse caso hasta pasados 3 ó 4 meses.

De esta bien establecida gerarquía de los fenómenos anatómicos y de posibles analogías, el autor hace deducciones provisionales con respecto al problema causal.

1.ª Los estados de preluxación analizados llevan al convencimiento, una vez más, de la pluralidad patogenética de las luxaciones.

2.ª Un hecho cierto se desprende de los exámenes realizados y es la variabilidad de inclinación del techo de la cotiloides, la causa o las causas que hacen superar el límite incierto de la normalidad deben ser para-fisiológicas y que en cantidad mínima alteren el fundamento de la eumorfia.

3.ª En contra a la naturaleza de las causas no podemos por ahora separarlas de la vieja concepción localista. A pesar de la precisión de

la biología del desarrollo; a pesar de los dilatados horizontes que va alcanzando la teoría de la herencia, nosotros hoy aún nos sentimos inclinados a atribuir este particularísimo fenómeno a principios locales.

Mientras otras teorías más vastas no nos den otro camino, nosotros consideraremos la luxación como efecto de un estímulo plástico exógeno o endógeno de origen puramente local.

LA PHRENICECTOMIE, por L. BERARD, F. DUMAREST DESJACQUES. — Un volumen de 114 páginas con 19 figuras y 17 láminas fuera de texto y de esquemas. — Masson et Cie.

Numerosas son las publicaciones aparecidas durante los diez últimos años en el mundo entero que tratan de la frenicectomía; el empleo de esta técnica pronto se generalizó en el tratamiento de ciertas formas de tuberculosis pulmonar.

Después de una experiencia de más 700 casos, los autores aprecian el justo valor de la frenicectomía en el tratamiento de las afecciones del pulmón, según explican en los capítulos II y III (bases anatómicas, bases fisiológicas de la frenicectomía).

En los capítulos IV, V y VI, técnica, incidentes, accidentes, complicaciones. Discuten también el valor de la alcoholización, del aplastamiento del nervio, describiendo técnicas y accidentes.

Sin pretender disminuir el valor de la frenicectomía, los autores consideran que se deben precisar las indicaciones y que no se debe juzgar la intervención según algunos casos aislados seguidos durante poco tiempo. (Cap. VIII, indicaciones.)

Los autores se ponen en guardia sobre la rapidez con que se obtiene una curación.

Si la frenicectomía ofrece sobre el neumotórax la ventaja de que se pueden seguir los efectos sin estar supeditado a esperar largo tiempo, no se puede llegar en la frenicectomía como en el neumotórax, a la curación clínica antes de un período de tres años, y aun más.

En la jerarquía de los recursos terapéuticos de que disponemos, el tratamiento general guarda siempre el primer lugar. (Cap. VIII, indicaciones y resultados.)

División de la obra:

I. Historia.

II. Bases anatómicas de la frenicectomía.

III. Bases fisiológicas de la frenicectomía.

IV. La técnica y los accidentes de la frenicectomía.

V. Incidentes, accidentes y complicaciones.

VI. Cuidados consiguientes: La cura operatoria.

VII. Modo de acción de la frenicectomía.

VIII. Indicaciones.

IX. Resultados.

Como todas las publicaciones de casa Masson, la impresión esmeradísima y las radiografías muy bien presentadas.

J. SALARICH

M. BASTOS ANSART: Contribución al estudio del ulcus gastroduodenal. *Los Progresos de la Clínica*. Abril 1933, pp. 222. T. XLI. N.º 4.

Después de exponer sucintamente las más importantes experiencias y las técnicas a que han dado lugar, detalla las por el realizadas en dos series de perros; en la primera, en unión de J. D'HARCOURT I MAZA, para estudiar el jugo gástrico puro en un estómago sin alimentos y con el paso duodenal cerrado ha practicado en cuatro perros la alimentación ficticia mediante esafagotomía con cierre parcial de píloro por medio de sutura longitudinal sero-serosa. En la segunda, practica en seis perros la operación de Man, típica en unos y con ligeras variantes en el resto. De las experiencias practicadas deduce las siguientes conclusiones:

1. Las lesiones que preceden al ulcus parecen ser debidas a la acción del jugo hiperactivo sobre la mucosa. Todos los artificios para obtener jugo puro producen en la mucosa una acción de defensa, activación del reflejo duodenal e hiperproducción de moco. Algunos de estos recursos nos han conducido en las citadas experiencias a los efectos sobre la secreción generalmente aceptados.

Para que aquellas intervenciones experimentales determinen gastritis ulcerosas es preciso que se asocien a trastornos del tránsito gástrico o del reflujo duodenal.

2.ª Está fuera de duda el papel protector de las secreciones alcalinas sobre la mucosa gástrica y duodenal.

3.ª La estancación del quimo en el estómago puede determinar gastritis, antecedente obligado del ulcus, una de cuyas formas se da en las gas-

troenterostomías y en las resecciones a lo Billroth II.

4.º La operatoria experimental confirma la capacidad curativa del estómago e intestinos y refuerza la confianza en las anastomosis para demostrar también una serie de lesiones atribuibles a las condiciones antifisiológicas creadas por la operación que explican las complicaciones tardías de las operaciones gástricas, hoy incluidas en un cuadro bastante más amplio que el de la úlcera péptica yeyunal.

T. DE MARTEL, J. GUILLAUME y J. P. NET-RAIMOND: La Ventriculografía; técnica, resultados e indicaciones. *La Presse Médicale*. 24 mayo 1933, p. 834.

Los autores exponen los resultados obtenidos después de su larga experiencia en el diagnóstico de los tumores cerebrales en la ventriculografía; el método empleado por ellos es la inyección directa de aire en el ventrículo por punción del mismo.

Coloca al enfermo en posición sentado, apoya la cabeza en el soporte empleado para las intervenciones craneales. Describe detalladamente la técnica haciendo resaltar los detalles siguientes: perfecta simetría respecto del plano sagital de los dos orificios de trépano, efectuar la punción a 3 cm. por encima de la arcada orbitaria, teniendo la aguja casi paralela al plano sagital, un poco oblicua hacia fuera; la introduce en un tapón que coloca en el agujero de trépano, sustituyéndola una vez ha atravesado la duramadre por una aguja con bisel y con abertura lateral que sigue la vía ya indicada. Hace una punción idéntica al lado opuesto: el del supuesto tumor, y es importantísimo que la dirección sea rigurosamente simétrica a la primera. Mide la presión en los ventrículos con un manómetro de aire. Evacuado el líquido, inyecta aire en el ventrículo sano con el enfermo horizontal para introducir las agujas en punta declive hasta que aparecen burbujas en el otro ventrículo; para obtener el tercer ventrículo hay que inyectar hasta una ligera hiperpresión.

A continuación estudia el aspecto de las cavidades ventriculares en las cuatro posiciones radiológicas fundamentales: occipucio sobre placa, frente sobre placa, perfil derecho e izquierdo, y detalla las deformaciones ventriculares en los

tumores frontales, parieto-temporales, occipitales, de la silla turca y de la fosa cerebral posterior.

Detalla las indicaciones de la ventriculografía, especialmente en los tumores de aquellas regiones cuya sintomatología es escasa o puede inducirnos a error; en los tumores de la región rolándica a pesar de su clara sintomatología para localizar la lesión y para distinguirla de ciertas neoformaciones de la hoz que dan a veces una irritación bilateral de los lóbulos paracentrales.

En ciertos tumores parietales con síndrome amiotrófico sin estasis papilar de interpretación delicada.

En ciertos meningiomas de la pequeña ala del esfenoides.

En la localización de tumores tempo-occipitales con dificultades de apreciación de su afixia y de su hemianopsia.

En ciertos tumores de la región suprahipofisaria que rebasan la silla turca y por fin hasta en algunos tumores de fosa posterior en que no se aprecian los habituales síntomas o algunos de ellos que en la mayoría de los casos no permiten llegar a un diagnóstico exacto.

Han practicado en tres años más de 300 ventriculografías con cuatro muertes, no han tenido accidentes en enfermos no afectados de tumor cerebral y en todos los casos han obtenido datos que han facilitado el diagnóstico.

DANNA (J.): Algunos principios envueltos en la patología y tratamiento de los empiemas torácicos, especialmente por el método de la aspiración periódica o evacuación con reemplazamiento de aire sin drenaje. Ventajas que según él tiene. *Sugery Gin. and Obst.*, p. 294, v. LVI, n.º 2A. 15 febrero 1933. Ph. D., F. A., C. S., New Orleans, Louisiana.

El autor expone las de este método: Puede ser utilizado como preliminar de cualquier otro sin ningún perjuicio; puede usarse cuando otros métodos han fracasado, como en dos de los casos descritos. No deja cicatriz ni deformidad alguna; el paciente no está constantemente bañado en pus, es de fácil realización, el enfermo puede dejar la cama más pronto, con él se evita el peligro de los abscesos que para Boy son imposibles en una pleura no traumatizada. Ahorra el gasto de varias curaciones, existiendo con él pocas proba-

bilidades de un empiema crónico, el trauma es escaso, los residuos de adherencias pulmonares son insignificantes. Es un excelente método si se emplea con las debidas precauciones y con él se obtienen resultados tan seguros y una baja de mortalidad exactamente que con los otros métodos. Tiene un interés especial en los casos en que se sospeche o haga coincidencia una tuberculosis pulmonar. Contra este método puede ser dicho: No debe ser usado en imprevistas infecciones opresivas de la pleura como método de urgencia, pues podríamos provocar la ruptura de abscesos; hay el peligro de la tensión y pneumotórax; es posible la infección de la pared del pecho, habiendo visto un caso de un absceso superficial. Durante los intervalos de las punciones existe una formación de pus que da fiebre y malestar uno o dos días solamente antes de la nueva punción, estando bien el enfermo el resto del tiempo. Requiere el contacto frecuente del cirujano, paciencia y exámenes frecuentes, sobre todo radiológicos.

HOTSHKIN (A. D.): Los signos clínicos de la trombosis de las venas mesentéricas y de la vena porta en la apendicitis. *Archiv für Klinische Chirurgie*, p. 758, t. CLXXI, f. 4. Sepbre. 1932.

Expone el autor 10 casos para, valiéndose de ellos, mirar de precisar los síntomas de esta complicación. Es bastante rara, inferior a 1 % y es por lo tanto de difícil diagnóstico, que sólo excepcionalmente llega a hacerse. Es, pues, muy importante insistir en la intensidad de corta duración de crisis de dolor violento que bien pronto o son sustituidas por una agravación del estado general del enfermo, con escalofríos, fiebre remitente, vientre timpanizado e ictericia.

La mortalidad es muy elevada, pues alcanza el 50 a 80 % y no permite, por lo tanto, dar más que un muy severo pronóstico. El mejor tratamiento es el profiláctico o sea el diagnóstico y tratamiento precoz de las apendicitis. El método de Braun o sea la ligadura de la vena fleo-colica no es más que un método de ayuda contra la flebitis y no da ninguna seguridad para limitar la trombosis. La curación no es cosa imposible, pero es tan rara que no nos permite al hacer un pronóstico tenerla en cuenta.

Medicina

GLARR (J.): Tratamiento del edema cardíaco y renal. — New Orleans. *Med. anal. Surg. Journal*, p. 723. Abril 1930.

El tratamiento del edema cardíaco está basado en numerosas explicaciones técnicas y experiencias clínicas. El edema cardíaco se presenta en el período tardío y desesperado de las cardiopatías. El tratamiento del edema nefrítico se funda en una satisfactoria base técnica. El mecanismo y patogénesis del edema nefrítico es mejor comprendido pensando que nuestros procedimientos clínicos son tentativas y que en cada caso debemos observar el problema, sacando de ellos datos para después hacernos una idea global de la enfermedad.

El más reciente desarrollo de los estudios sobre el edema según Hoff es característico en este sentido.

El siglo pasado fué para la Medicina el de la localización de las enfermedades, el del "sedes morbi". Hoy día, nosotros, en el edema tenemos ante nuestros ojos un problema que no puede satisfactoriamente ser expuesto a través del examen de una causa local, y ni la causa renal o extrarrenal, ni los disturbios de permeabilidad vascular, ni la llamada preparación de los tejidos para el edema puede ser reconocida como explicación del edema general ni del simplemente renal. Corazón, riñones, presión sanguínea, presión osmótica, paredes de los vasos e inhibición de los tejidos deben mirarse como factores que intervienen en una sola función.

Nuestra atención, en cuanto a tratamiento, se dirige, pues, de las enfermedades locales al organismo entero.

HANS STERZ y HANS SCHLUNGHANN: Contribución clínica a la patología de la coagulación sanguínea. *Klinische Wochenschrift*, t. XII, n.º 5, 4 febrero 1933.

Los autores exponen la observación ya conocida de que en los ictericos las intervenciones dan lugar a hemorragias por anomalías de la coagulación atribuidas hasta ahora a una diátesis hemorrágica.

Hacen observar S. y S. que las diátesis hemorrágicas no deben confundirse con una insu-

ficiencia del poder de coagulación de la sangre. En los casos de ictericos por ellos observados el retardo de la coagulación ha precedido siempre la aparición de la diátesis hemorrágica, cuyo grado se ha mantenido paralelo a aquélla. Este retardo ha sido estudiado en una serie de enfermos por el método de Bürker.

Estas investigaciones han sido hechas en 63 enfermos sufriendo distintas fases de ictericia. En 52 casos había retardo de la coagulación; en 11 sujetos la coagulación era normal; se trataba cuatro veces de ictericia catarral, cuatro de colelitiasis y tres de ictericia con descompensación cardíaca.

Se ha comprobado también que en todos los que presentaban una aceleración de la sedimentación había una prolongación del tiempo de coagulación.

En casos de fiebre infecciosa el paralelismo citado se pierde.

Hay que admitir que la causa del retardo de la coagulación es, en las ictericias como en otras enfermedades, debido a una alteración de una función hepática, función que aun no está bien determinada pero que no tiene ninguna relación con la ictericia como tal.

En los individuos con labilidad de sistema vegetativo, el tiempo de coagulación está muy disminuído.

E. SAMEK: La oclusión de la vena cava superior. — *Archivio di Patologia e Clinica Medica*. V. XII. F. IV. Febr. 1933, p. 349.

La oclusión de la vena cava superior no es tan rara como se cree generalmente. Los casos con sintomatología parcial e inicial pasan a menudo desapercibidos, no sin grave perjuicio algunas veces, ya que un diagnóstico hecho a tiempo podría asegurar un tratamiento eficaz, sobre todo en las flebitis luéticas.

Por otra parte, observar a tiempo la sintomatología vascular c. s. significa a menudo recelar afecciones hasta entonces ignoradas: mediastinitis, aneurismas, tumores.

El autor estudia en detalle la etiología y la anatomía patológica de la oclusión de la vena cava superior y describe cuatro observaciones personales, y basándose en ellas y en el examen crítico de todos los casos recogidos hasta ahora en la literatura, analiza la sintomatología, estu-

diando en ella ciertos elementos particularmente; edema (derrames pleurales), circulación colateral, en sus relaciones con el lugar de la obstrucción. Teniendo en cuenta las posibilidades técnicas para, basándose en el estudio comparativo de los casos cuya circulación colateral ha sido suficientemente demostrada en la disección, deduce algunos datos de probabilidad que siendo aplicados pueden dar una buena orientación.

En los casos de edema intenso los síntomas de oclusión de la vena cava superior interesan la embocadura de la v. azigos, aunque la c. colateral ya sea suficiente para esta vía anastomótica; ésta se da cuando coexiste un desarrollo sucesivo de la c. colateral superficial tóraco-abdominal (bilateral o media).

Cuando los síntomas de oclusión de la vena cava superior son más ligeros, el edema menos persistente y menos extenso, la circulación colateral complementaria no se desarrolla o lo hace poco, entonces al cabo de un tiempo puede afirmarse con probabilidades grandes de acertar que la c. colateral se ha establecido, especialmente la profunda, y que la circulación de la azigos es suficiente.

Las relaciones entre el corazón y la circulación colateral han sido hasta ahora poco estudiadas; pero como ésta exige un aumento del trabajo cardíaco, no es improbable el desarrollo de una cardiopatía.

El autor expone los medios de exploración clínica y radiológica para controlar la oclusión de la vena cava superior; sus caracteres diagnósticos diferenciales, su pronóstico y su terapéutica.

En sí misma, la oclusión de la vena cava superior no es incompatible con la vida; la suerte del enfermo depende de su enfermedad básica y de la posibilidad de que se establezca una suficiente circulación colateral.

Acaba el trabajo una larga bibliografía.

W. P. GARDNER: *El síndrome ciático*. M. D. *Minnesota Medicine*. P. 36, enero 1933. V. XVI.

Después de un detenido estudio de este síndrome, de su variada etiología y de su tratamiento paliativo o definitivo, llega a las siguientes conclusiones:

El complejo síntoma llamado ciático no es una entidad nosológica sino que forma parte de un síndrome del nervio ciático.

Este síndrome puede obedecer a las siguientes causas:

- a) Ser secundario a una compresión o a una enfermedad general.
- b) Obedecer a una neuritis de ciático.
- c) A una miositis o fibro-miositis.
- b) A una neurodocitis.

El tratamiento racional requiere un estudio de cada caso para poder incluirlo en la citada clasificación si es posible y entonces someter al paciente a la terapéutica oportuna.

Este es el sistema más rápido de llegar a un éxito terapéutico, salvo en los casos en que sólo nos sea dable emplear un método paliativo que calme la sintomatología dolorosa.

GARCIA TRIVIÑO: Un caso de sarcoma de pulmón. *Sociedad Española de Fisiología*. Sesión del día 9 de febrero de 1933.

Se trata de una joven de 21 años, que unos cuantos meses antes comenzó a sentir grandes molestias y dolores en la articulación de la rodilla derecha, con progresiva inflamación de la misma, que en vista de que iban en aumento las molestias y agudos dolores, como asimismo la inflamación e impotencia funcional de la articulación indicada, consultó con un especialista de huesos y articulaciones que diagnosticó sarcoma de rodilla, efectuando una amputación alta del miembro y confirmando el diagnóstico por el examen anatomopatológico de la tumoración. Dos meses después de realizada la intervención comenzó la enferma a sentir molestias en el hemitórax derecho, con algo de tos, disnea y expectoración mucopurulenta; las molestias se fueron acentuando en forma de dolor agudo localizado en el lado derecho del tórax, irradiándose a cuello y brazo derecho y al cabo de algún tiempo empezó a tener también dolor en el hemitórax izquierdo aunque con menor intensidad. Por otra parte aumentaron la tos, la opresión torácica y la expectoración y más tarde comenzó a presentar algunas hemoptisis de pequeña intensidad, que se repetían de vez en cuando. La enferma fué vista por un compañero que diagnosticó después de hecha una radiografía la existencia de un quiste hidatídico pulmonar, aconsejando se hicieran las reacciones e investigaciones precisas. Otro compañero que la vió a los dos días se mantuvo reservado al no poder ver la radio-

grafía que se había extraviado el día anterior. Poco después vino a nosotros la enferma, que se encontraba en estado lastimoso a causa de los intensos dolores, de la tos persistente y acentuada, etc. Sus antecedentes carecían de interés, a excepción de la intervención anteriormente mencionada. Cuando la vimos presentaba el cuadro siguiente: tos, expectoración mucopurulenta que a veces se transforma en hemoptoica, disnea de esfuerzo y de reposo; dolores torácicos intensos que se irradian a cuello y brazo derecho; adelgazamiento de 9 kilos en 5 meses, ligera febrícula que nunca pasó de 37,5; inapetencia; ligero estreñimiento; falta período desde hace 6 meses. Por inspección: anemia intensa de piel y mucosas, ligero abultamiento en fosa supraclavicular derecha. Por palpación se percibía empastamiento edematoso a dicho nivel, que se extendía algo a parte lateral del cuello; ganglios infartados en esa región, como igualmente en hueco axilar del mismo lado; en el lado izquierdo se observan también algunos ganglios infartados en cuello, axila y fosa supraclavicular, pero más discretos que en el lado opuesto. La palpación en el lado derecho resultaba algo dolorosa. Por percusión, matidez completa en vértice y región infraclavicular derecha hasta tercera costilla; sigue una zona de sonoridad clara hasta la sexta costilla y nuevamente vuelve a apreciarse matidez; en el lado izquierdo nada anormal por percusión. Por auscultación, abolición de murmullo en las zonas de matidez percutoria, y en el resto del pulmón inspiración ruda, supletoria, con algunos roncus y sibilancias sobreañadidos. Nada anormal de corazón. En la radiografía se ve una sombra voluminosa, francamente delimitada y redondeada en vértice y zona infraclavicular derecha; más abajo, una serie de pequeñas sombras también con tendencia a la forma redondeada, y además se ve la sombra típica de un derrame pleurítico en la parte baja; en el lado izquierdo algunas sombras diseminadas análogas a las del lado opuesto; en ambos lados ensanchamiento destacado de zonas hiliares.

Con un fin diagnóstico se hizo punción exploradora, cosa que no hacemos nunca en las pleuresías, y resultó de naturaleza francamente hemorrágica, lo que es bastante frecuente en los casos de neoplasia.

Aunque por la existencia anterior del sarcoma de rodilla, por el rápido adelgazamiento y aspecto anémico y pajizo de la enferma, por la

presencia de adenopatías, por los dolores, por la imagen radiográfica, todo hacía pensar en una metástasis sarcomatosa pulmonar, quisimos desvanecer toda duda. Las pruebas hechas en el sentido de quiste hidatídico resultaron negativas. También fueron negativas las investigaciones en el sentido de tuberculosis. Nos afianzamos en la naturaleza sarcomatosa del proceso con esos elementos de juicio y este diagnóstico le vimos confirmado cuando por fenómenos casi asfícticos con intenso tiraje respiratorio fué vista por un laringólogo que hizo un examen broncoscópico pudiendo recoger un pequeño trozo casi esfacelado, en el que se comprobó anatomopatológicamente la naturaleza sarcomatosa del tumor.

Se refiere a la frecuencia mayor de las invasiónes metastásicas de pulmón en los casos de sarcoma que en los casos de cáncer, lo que cree no debe extrañarnos si se recuerda que las metástasis del sarcoma se verifican casi exclusivamente por vía sanguínea.

Quiere llamar la atención con esta nota clínica acerca de las imágenes redondeadas que en la radiografía pueden presentar los sarcomas de pulmón en muchos casos, lo que puede ser interpretado como quistes hidatídicos.

A continuación manifiesta que ha tenido ocasión de ver recientemente algunas radiografías presentadas en distintas publicaciones y Academias en las que no se ha convencido por la existencia de sombras redondeadas de que se tratara de quistes hidatídicos pulmonares. Subraya la importancia que tiene la intervención de esas sombras redondeadas, considerando que se debe estudiar perfectamente a esos enfermos. Llama la atención acerca de la conveniencia de recurrir siempre que se pueda al examen broncoscópico en todo caso en que radiográfica y clínicamente se sospeche la existencia de una neoplasia pulmonar, pues muchas veces el examen broncoscópico permite extraer un trozo de la tumoración para su examen histopatológico.

Dr. NAVARRO BLASCO. — Considera que fuera de los casos en que se hace biopsia o autopsia no se puede llegar a diferenciar de manera absoluta ni clínica ni radiológicamente un proceso maligno de naturaleza sarcomatosa de otro de naturaleza cancerosa. Parece ser que el sarcoma primitivo de pulmón es un proceso de observación mucho más rara que el cáncer primitivo del pulmón. No ha observado más que un caso de

sarcoma primitivo del pulmón en un sujeto de 50 años, sin antecedentes de interés, que en el año 1926 sintió un intenso dolor en el costado derecho que duró un mes, desapareció y se repitió algunos meses después, continuando con intermitencias, con tos y esputos de sangre; en febrero de 1928 tenía poca tos con expectoración sanguínea en ocasiones, había adelgazado 12 kilos, tenía disnea intensa, dolor fijo e intenso; 24 respiraciones y 90 pulsaciones por minuto. Por percusión daba matidez y abolición de murmullo y vibraciones en hemitórax derecho en su cara posterior, desde un poco por debajo de la espina de la escápula, prolongándose con matidez hepática. La sombra no era móvil con la respiración; quedaba libre el seno costo-diafragmático derecho. Análisis de esputo negativo con respecto a bacilos de Koch, con albúmino-reacción positiva; inoculación a cobaya negativa. Pensó primero en un quiste hidatídico gigante. Weimberg, Wasserman, Meinicke, negativos; Cassoni fuertemente positivo. Leucocitos, 7.200 con 8 eosinófilos por 100. Ninguna otra cosa digna de mención. Continuó empeorando, desapareció de mi consulta y supe que le practicaron un neumotórax, haciéndole 6 punciones, desconociendo con qué finalidad. Seis meses después le hicieron una resección costal sin llegar a la tumoración y por fin intervino un operador encontrando un tumor, del cual se extrajo un trozo y el médico de cabecera me comunicó que el análisis de ese trozo había dado como resultado que se trataba de un sarcoma. Murió en mayo de 1929, a los tres años de haber comenzado su proceso. En este caso son característicos los tres síntomas: disnea intensa, dolor intenso y expectoración sanguínea continuada. No se presentaron ganglios ni la expectoración característica de los procesos malignos. El Cassoni intensamente positivo en un caso en que la biopsia ha venido a confirmar la naturaleza de la tumoración nos demuestra lo que ya hemos dicho en la sesión anterior, que el Cassoni es positivo en el 50 por 100 de los casos de los procesos sarcomatosos.

Dr. UBEDA SARACHAGA. — Cree que el Cassoni es positivo en mayor número de casos de tumoraciones malignas. Se refiere a una enferma con un proceso crónico de hígado, que para unos padece un quiste hidatídico, para otros un cáncer y para otros una inflamación crónica de hígado, lo que demuestra que esas reacciones de sangre

no deben ser tan definitivas por sí solas para poder dar el apellido exacto a un proceso cualquiera. A continuación muestra una radiografía que le ha enviado el Dr. ORTIZ DE LANZAGORTA correspondiente a una enferma, apreciándose la existencia de dos masas redondeadas, una en cada base, con un proceso pleural en ambos lados; se trata de dos quistes hidatídicos, uno de ellos que ha sido operado posteriormente. En cambio, viendo únicamente la radiografía podría tratarse lo mismo de un proceso tumoral que de cualquier otra cosa. Esto confirma la necesidad de reunir en estos casos todos los datos que se pueda para que podamos llegar al diagnóstico.

DR. CREUS. — Refiere un caso que vió en 1914, cuando acababa de licenciarse, correspondiente a un señor de 62 años, al que habían visto todas las eminencias de España e incluso se había enviado la radiografía a KOCHER; presentaba una tumoración del tamaño de una toronja en el lado derecho de hilio pulmonar; había sido diagnosticado de sarcoma hacía dos años y cuando yo le vi tenía unos dolores enormes, hasta el punto de que se le ponían 7 gramos diarios de morfina; tenía hemoptisis abundantes; edemas que le llegaban hasta la cintura y llevaba en aquel momento siete días sin poderse acostar. Pensó que al cabo de dos años con aquel proceso sarcomatoso debiera haber muerto ya, y pensando qué podría ser se le ocurrió pensar en la sífilis; a pesar de que no había antecedente ninguno y el Wassermann había resultado negativo, comoquiera que el enfermo estaba completamente desahuciado se me ocurrió probar con un tratamiento específico y empezaron a disminuir las hemoptisis, disminuyeron los edemas, y al mes de tratamiento se encontraba sin disnea y sin edemas; entonces se hizo una nueva radiografía y se vió que aquel tumor del tamaño de una naranja se había desgajado y se había convertido en una porción de nódulos diferentes disseminados; aquello había empezado a ceder; poco después murió el enfermo pero fué de una cosa accidental. Este caso demuestra que muchas veces con Wassermann negativo puede existir una sífilis, por lo que creo que en muchas ocasiones no estaría de más instituir un tratamiento específico en estos casos de tanto duda en cuanto al diagnóstico, siendo posible que en ocasiones se obtuviera el resultado que en este enfermo.

Dr. NOGUERA TOLEDO.—Se refiere al pretendido antagonismo entre las células pulmonares y el tubérculo sífiloma, que ha resultado era un mito. A continuación hace referencia a los trabajos que se han efectuado sobre las ratas con el fin de investigar la afinidad de la célula pulmonar para reaccionar de una manera proliferativa en todos los casos de tipo infeccioso, habiéndose demostrado que puede existir una evolución tumoral independientemente de una evolución infecciosa. El hecho de que en el caso del Dr. CREUS se hubiese obtenido esa respuesta favorable mediante el tratamiento específico, no nos inclina a pensar, en el sentido de Gaspari, sino en la gran frecuencia con que se encuentra la sífilis en la humanidad, lo que es motivo de que un individuo que tiene una tendencia proliferativa en su tejido pulmonar tenga al mismo tiempo una mayor sensibilidad a las influencias que la infección sífilítica o tuberculosa pueda determinar y de ahí que del tratamiento asociado tuberculoso o sífilítico pueda influenciarse la evolución de esas lesiones tumorales. Hace referencia a unos trabajos de experimentación verificados por él durante tres años, que presentará en la próxima sesión, que han demostrado cómo el pulmón tiene una verdadera sensibilización a todas las lesiones de tipo hiperqueratinizante que se producen en el gato por el alquitrán. Esto nos hace recordar que con un control de autopsias bastante detallado, muchas de las radiografías que andan por ahí como correspondientes a casos de cáncer primitivo de pulmón resultarían no ser sino metástasis, y recuerdo un caso publicado de un muchacho con linfosarcoma primitivo de pulmón, que murió por un sarcoma de hígado que había evolucionado un poco tardíamente, y el hecho de que hubiera muerto a consecuencia de un sarcoma de hígado después del tratamiento radioterápico de su afección primitiva pulmonar nos inclina a pensar si la evolución del proceso pulmonar se efectuara a partir del mediastino o del pulmón o a partir del hígado. Las investigaciones de GASPARI (y otros autores nos inclinan más bien a pensar que el pulmón reaccionaría produciendo estas lesiones tumorales como órgano de mayor sensibilización.

Dr. GARCÍA TRIVIÑO. † Promete presentar un caso de una señora operada hace dos años de un carcinoma de útero que presenta unas sombras de aspecto tumoral en una radiografía y que en

un golpe de tos ha expulsado unos cuantos trozos macroscópicos que se han de analizar. En la primera de las dos radiografías que tiene esta enferma cualquiera diría que se trataba de dos quistes hidatídicos, sombras que en la segunda radiografía aparecen fundidas.

UBEDA SARACHAGA: Gran derrame pleural consecutivo a tumor pulmonar mediastínico. *Sociedad Española de Fisiología*. Sesión del día 9 de febrero de 1933.

V. C., 43 años, jornalero, sin antecedentes especiales. — Hace dos meses empezó a notar dolor en el pecho detrás del esternón, con ahogos que han ido en aumento, sin fiebre, sin expectoración; no podía echarse en la cama y tenía que estar sentado. Se presenta pálido, angustioso, cuello redondeado, fosa supraesternal desaparecida, gran disnea, tiraje, venas del cuello muy marcadas en el lado derecho, venas varicosas en hemitórax derecho y abdomen del mismo lado, espacios intercostales borrados, tórax en inspiración forzada, respiración abdominal, vibraciones abolidas en este lado con percusión mate y algo de "skodismo" en la línea media por delante y por detrás, soplo tubario y roce pleural en esta región; en el resto, desaparición del murmullo.

Con la zona de matidez y abolición del murmullo vesicular unido a la radiografía que se obtuvo a su ingreso se podría haber juzgado acertado el diagnóstico de gran derrame pleural libre; pero la observación de los fenómenos de compresión venosa hizo pensar en que la causa de este estancamiento no podía ser en modo alguno una masa líquida de acción difusa, sino alguna causa local mediastínica de naturaleza seguramente tumoral por la marcha del proceso y por el dolor que desde un principio había aquejado el enfermo, aun faltando la clásica expectoración más o menos sanguinolenta, pues este síntoma es debido a la localización del proceso que asienta en las proximidades de bronquios en el parénquima pulmonar, en tanto que en un proceso mediastínico que no invada el pulmón no tiene por qué presentarse la expectoración sanguinolenta a no ser que se produzca por estasis pulmonar consiguiente a la compresión de la vena pulmonar. Indudablemente en ese enfermo la posición de la tumoración debía ser exclusivamente en mediastino. La causa del derrame tenía que

ser mediastínica tanto por los fenómenos de compresión venosa y por la circulación superficial, cuanto por los trastornos de deglución.

La compresión de este enfermo tiene algo interesante, por lo que voy a detenerme un momento en sus particularidades. La compresión de cava superior da, según LIAN y BARON, exageración de circulación en los dos tercios superiores del tórax, región escapular y cuello. CHIRAY distingue la compresión de la gran ácigos y de la cava por encima de aquella en que la circulación torácica no es excesiva porque la circulación se establece por las anastomosis de los plexos raquidianos y las venas intercostales de una parte y la gran ácigos de otra. D'OULMONT da gran valor a la permeabilidad de la ácigos como vía de derivación profunda y admite dos tipos de circulación cava-cava: la circulación cava-cava azigótica, en la que la gran vía anastomótica profunda entre los dos sistemas se conserva y se caracteriza por un desenvolvimiento de las venas superficiales de la cava superior con desarrollo de circulación venosa torácica, y la circulación cava anazigótica, en la que la gran vía anastomótica profunda no está libre y la circulación se hace por las vías superficiales y se desenvuelve a la vez por el tórax y abdomen, marcando las venas torácicas, epigástricas y abdominales. GILBERT y VILLARET describen tres tipos de circulación tóraco-abdominal: hipertensión portal pura; obstrucción aislada de cava inferior; hipertensión de cava y obstrucción de porta. Bien se ve que ninguno de los cuadros de compresión se adapta al del enfermo que refiere, por lo que si bien es indiscutible un síndrome de mediastino ya no lo es tanto su localización. No había compresión de venas pulmonares pues faltaban los esputos hemorrágicos; la compresión de cava superior era parcial, puesto que no había cianosis ni epistaxis ni gran edema. En cambio había síndrome de compresión de ácigos, si bien puede discutirse la causa del derrame en tan gran cantidad, pensando que el proceso pleural sea la causa del mismo, puesto que hecha la punción la sombra radiográfica que ocupaba todo ese hemitórax no varió en nada, indicando esto por lo menos un gran engrosamiento de la pleura, y habiendo un proceso tumoral tan violento nada más lógico que pensar en la invasión de la pleura. El escaso desarrollo venoso y la ausencia casi de edema excluye la tromboflebitis y acentúa la presunción de exudado temporal.

Después de hecha la segunda radiografía supe- que se le había hecho una radiografía antes de ingresar en el Hospital, que se pudo proporcionar, y en ella se aprecia la existencia de un proceso tumoral difuso que afecta al mediastino, dejando libres todos los vasos del cuello.

Hace notar que el líquido extraído en dos punciones no era hemorrágico, en contra de lo que suele encontrarse en los casos de tumoraciones, de modo que la ausencia de derrame sanguinolento no excluye la posibilidad de un tumor ni tampoco el encontrar un derrame hemorrágico permite afirmar la existencia de un tumor, pues ha visto un caso en el que se extrajo líquido hemorrágico en varias punciones y en el que no existía ninguna tumoración de pulmón. Otro detalle particular de este caso es la falta de expectoración. Cree que la expectoración con sangre depende de la variedad del tumor y de su localización, teniendo importancia fundamental la existencia o no de compresión de la pulmonar. Considera, en cambio, como síntoma indiscutible el dolor.

Dado el resultado del examen de sangre en este caso que fué de 21.400 leucocitos, con 98 neutrófilos, 1 gran mononuclear y 1 monocito, piensa que debe corresponder a un granuloma maligno.

FITTIPALDI (C.): Las glándulas de secreción interna en la cirrosis hepática. *Pathologica*, p. 244, v. XXV, n.º 498. 15 abril 1933.

Del estudio anatomopatológico de las glándulas de secreción interna en la cirrosis hepática resulta que mientras en unas (paratiroides, epifisis) las modificaciones estructurales se encuentran raramente y en otras (hipófisis) son poco definidas (suprarrenales) o poco evidentes, en el páncreas, testículo y tiroides se encuentran casi constantemente lesiones de tipo involutivo.

Como consecuencia de estas alteraciones histológicas y de ciertas consideraciones etiológicas y patogénicas el autor cree que estas lesiones a veces representan fenómenos involutivos seniles y serían debidos a causas comunes de cirrosis, esto es, a factores infectivos o tóxicos exógenos o endógenos. Cree que las lesiones se deben a la interdependencia que existe entre ciertas glándulas endocrinas entre sí y en ciertos casos a una anómala constitución caracterizada por una mayor labilidad del mesenquima y de sus derivados.

Ginecología

DELPORTE (F.) y CAHEN (J.): Contribución al estudio del tratamiento radio-quirúrgico de los epitelomas de la vulva y de la uretra. *Journal de Chirurgie*, p. 861, t. XLI, n.º 6. Junio 1933.

Estudian los autores 25 casos de epitelomas de la vulva y de la uretra, y de su experiencia deducen conclusiones terapéuticas. Después de hacer la historia del tratamiento de este proceso, pasan a describir los linfáticos de la vulva afectos en la mayoría de casos.

El tratamiento de estos tumores es radioquirúrgico y consta de varios tiempos:

1.º Una irradiación simultánea de la lesión inicial y de las regiones linfáticas inguino-cru- rales, pudiendo ésta preceder a la del tumor pri- mitivo.

2.º Una vulvotomía total, previa fusión de la tumoración y preferentemente cuando la cicatrización de la lesión vulvar esté acabada.

3.º La ablación de los ganglios de cada lado si éstos parecen estar invadidos antes del trata- miento, cosa difícil de apreciar, por lo que es mejor hacerlo sistemáticamente.

Describe la técnica de radiación y la operato- ria y pasa a examinar los resultados obtenidos, dividiendo los enfermos en 4 grupos según el tratamiento:

1.º Seis casos tratados solamente con aplica- ción de agujas de rádiom en el tumor, que mueren antes del año, exépto uno que cura y recidi- va a los dos años y medio.

2.º Ocho casos tratados con aplicación de agu- jas en el tumor y radio o curioterapia de las re- giones ganglionares: 6 curaciones, 1 mejoría, 1 fracaso. 1 solo caso curado después de 7 años; los demás evolucionaron entre 6 y 18 meses.

3.º Seis casos tratados por aplicación de agu- jas en el tumor, radio o curioterapia de los gan- glios, vulvotomía total y ablación ganglionar. Curación local en todos los casos; las curaciones obtenidas son de 4, 8 y 9 años; otro enfermo su- fre una recidiva a los 6 años, de evolución rá- pida.

4.º Cinco casos de epiteloma periuretral con desaparición del tumor en todos con el trata- miento indicado. De ellos 1 muere al poco tiempo a los 80 a., los otros 4 están curados desde 1, 7, 6 y 7 años, respectivamente.

En resumen de 25 casos, 7 curaciones duraderas, lo que es un gran progreso al lado de los resultados obtenidos por los otros tratamientos.

LEON (J.) y DIRADOURIAN (J.): *La Semana Médica*. Buenos Aires, 9-2-33, p. 465.

Las variaciones del tono uterino

La histerodinamografía exterior permite a estos autores apreciar las variaciones que sobrevienen en partos fisiológicos y patológicos y a raíz de la administración de diversos medicamentos (anestésicos, antiespasmódicos, occitócicos).

El dispositivo del Dr. Benoit está adecuado a estos estudios por la pureza de las curvas de la dinámica uterina que con él se obtienen quedando eliminados todos los movimientos respiratorios de la enferma.

Para ver si la abcisa del tono sube por encima o desciende por abajo (hiper o hipotonía) de la abcisa del tono óptimo lo mejor es trazar con la pluma inscriptora del tambor de Marey una línea horizontal por el punto que de acuerdo con la clínica se considere normal.

El artificio de Mahon tiene el mismo objeto y consiste en dejar que el cilindro en el que se hace el trazado, sobrepase ligeramente su punto de partida al terminar la vuelta esta manera tiene el inconveniente de permitir tan sólo la comparación de los extremos del gráfico y la superposición de las curvas dificulta su interpretación.

La abertura de la válvula contigua al tambor de Marey permite recoger una línea horizontal más alta que la abcisa del tono normal que simula una hipertonia pero se ve que esta línea sólo presenta tremulaciones insignificantes.

Los autores consideran que la curva de Fabre que Vignes interpretó como un estado de hipertonia y que Mahon atribuye a un defecto en la transmisión neumática; es en realidad la prueba de una elevación del tono ya que la tan discutida horizontal se halla interrumpida por una serie de contracciones que no hubieran sido registradas si hubiera habido algún escape en el dispositivo.

R. MULLERHEIM: *Zentralblatt für Gynäkologie*. T. LVI, n.º 39. 24 sep. 1932. *La ligadura de los vasos uterinos en el curso de hemorragias graves en el parto.*

El procedimiento aplicado por el autor en 2 casos de hemorragia uterina grave provocada por el desgarramiento del cuello que alcanzaba el paramétrico durante un parto demasiado rápido, según el mismo sólo debe emplearse en casos excepcionales.

Consiste en ligar los vasos uterinos a través de la pared lateral de la vagina; pasando a tientas un hilo grueso dirigido por una gran aguja curva. Como se trataba en ambos casos de dos enfermos en estado desesperado el autor no se preocupa del uréter. Esta maniobra de último recurso le valió dos éxitos; acaba el autor reconociendo que es preciso no acelerar los partos para no haber de llegar a la utilización de estos recursos.

Fisiología

NINNI (C.): La desviación del complemento en la tuberculosis con el antígeno metílico tuberculoso activado por el fenol-alcohol. *Pathologica*, p. 75, a. XXV, n.º 496. Febr. 1933.

El autor demuestra que el antígeno metílico de Beguet y Negrie diluido en una solución fisiológica de fenol-alcohol al 10-8 %, es poco más o menos 3 veces más activo si se emplea inmediatamente después de prepararla y 6 veces más activo si se emplea 1 hora después.

Con este antígeno fenolado se descubre la tuberculosis hasta en los sueros tuberculosos que contienen escasa cantidad de anticuerpos tuberculosos.

antígeno metílico fenolado; cuando no son tuberculosos. El autor basándose en la diferente acción del fenol-alcohol según que obre directamente sobre el suero o indirectamente por intermedio de los lipoides; cree que el fenol-alcohol posee una afinidad más enérgica para los lipoides que para las proteínas de los sueros (específicas o no) y que en todos los casos su mecanismo de acción es directa.