

La Crónica Médica

AÑO XXXV — LIMA, MAYO de 1918 — N.º 659



CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

HEMIPLEGIA POR ARTERITIS CEREBRAL SIFILITICA

Lección clínica

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA

El viernes de la semana antepasada, se leyó la historia del enfermo que ocupa la cama N.º 7 de esta sala.

Creo que para ustedes puede tener algún interés práctico, el estudio de este caso, pues su etiología compleja y la intervención en el cuadro clínico de algunos fenómenos particulares, dan motivo para entrar en una animada disertación cuyos alcances son indudablemente provechosos.

Se trata de un hombre de 43 años de edad, natural de Moquegua, de profesión agricultor, casado. Ingresó en el hospital el 10 de este mes y por primera vez, pues nunca ha padecido de enfermedades que requiriesen una asistencia seria. Sin embargo, su actual dolencia, data de hace seis meses y ha recurrido al consejo de profesionales.

La causa que ha determinado su entrada al hospital en la actualidad, es una afección del sistema nervioso.

Sus padres han muerto; la madre víctima de una «neumonía» y el padre que sostenía una pulpería, de un «ataque cerebral». Ha tenido dos hermanos, de lo cual uno vive.

Si hemos de confiar en sus referencias, parece que desde su niñez ha sido muy sano, y salvo el «sarampión» y el «paludismo» que el menciona, no ha sufrido otra enfermedad, hasta la edad de 23 años en que contrajo un *chancro* cuya naturaleza ignora, pero que motivó la inflamación de los ganglios inguinales. Por lo demás esa lesión ulcerosa no ha dejado huellas.

A los 30 años, este hombre se casó y ha tenido ocho hijos, de los cuales viven seis que se han desarrollado en las más perfectas condiciones. Pero en el curso de su historia, confiesa un hecho que aunque vago en sus consecuencias ostensibles, vale la pena no omitir y es que como radicaba en el campo, trabó relaciones con una mujer que según el corrillo del lugar llevaba el anatema de *sifilitica* y agrega este sujeto que posteriormente a las aludidas rela-

ciones, su esposa fué víctima de sucesivos abortos. Si este hecho como ustedes deben comprender, estuviera vinculado a un accidente concreto, en la esfera de las lesiones infectantes específicas, tendría una importancia clínica decisiva; desgraciadamente no es así, de manera que sobre él no podemos ni debemos fundar juicios aprovechables en la actual interpretación de sus lesiones.

Volviendo a nuestro sujeto, debemos subrayar la circunstancia de que su vida ha sido bastante agitada. Enrolado en el ejército desde muy muchacho, se entregaba con frecuencia al uso desenfrenado del *alcohol* que bebía hasta aniquilar todas sus facultades y este hábito deplorable lo ha perseguido aún fuera de las armas, pues habiéndose destinado como mayordomo de una hacienda, no perdió sus antiguas y periódicas costumbres.

Los fenómenos que han precedido a su actual dolencia, no los describe de manera satisfactoria. Sin embargo, cuenta que los primeros trastornos sentidos consistían en una debilidad funcional de la *vejiga* y del *recto* que iban acentuándose de día en día. Después notó que *no podía ver* bien, que los párpados se *descolgaban* y que el ojo tampoco podía mirar *hacia abajo*; al mismo tiempo comenzó a sentir *dolores y temblores* en las piernas, a punto que la marcha se le hacía difícil y que algunas maniobras, como la de montar a caballo, tenía que realizarlas con ayuda ajena. Refiere además que sintió algunos *vértigos* que él atribuye a la *solitaria* que conserva, lo mismo que zumbidos al oído y temblores en todo el cuerpo.

El día que lo examinamos, recuerdan ustedes, presentaba su cara un aspecto especial. Había y existe aún hoy una *parálisis incompleta* del lado izquierdo; el surco naso-labial está *casi borrado* de ese lado y las facciones algo tersas, pero los bucinadores funcionan bastante bien. Cuando habla, la desigual contracción de los músculos se pronuncia marcadamente del lado derecho, de manera que tuerce la boca en ese sentido y hace perfectamente apreciable la parálisis. La lengua no está desviada, no hay tampoco nada en el velo del paladar, ni en la úvula.

Se nota de una manera evidente, una gran disminución en la fuerza del miembro superior izquierdo que está reducida a la mitad de su valor, comparada con la del derecho.

El reflejo patelar del lado izquierdo está muy *exagerado*.

Las pupilas son desiguales, más dilatada la derecha que la izquierda.

El Dr. DAMMERT ha tenido la bondad de hacer un examen de los ojos de este enfermo y he aquí sus resultados.

Parece que el primer síntoma que se presentó fué una *diplopia* y un *ptosis*, incompleto de ambos párpados, con los ojos dirigidos *hacia arriba*, de manera que para ver se ve obligado a echar la cabeza *hacia atrás*.

La agudeza visual de ambos ojos está *disminuída*. Hay *pare-sia* de la acomodación.

Las pupilas reaccionan a la luz y algo a la convergencia.

Fondo del ojo normal en ambos.

El Dr. DAMMERT dice que como este enfermo ha sido *electri-zado* por un oculista, es necesario dejar pasar algunos días para *examinarlo nuevamente*.

La marcha de este sujeto, el día que lo examinamos, era bastante buena, sin trastorno apreciable. No había signo de Romberg.

La sensibilidad en sus diversas formas, no está alterada.

Su estado mental no deja tampoco nada que desear. No ha tenido delirios ni cambios en su carácter.

La orina no presenta alteraciones. La reacción de WASSERMANN ha sido *positiva* y el examen del líquido céfalo-raquídeo ha demostrado el *predominio de linfocitos*.

Por todo lo que acabamos de exponer, se vé que en este enfermo, los fenómenos que se imponen a la simple vista, son los que resaltan en el examen de la cara: hay en efecto una *parálisis facial* del lado izquierdo con trastornos oculares, consistentes en *cilda incompleta* de los párpados y desigualdad de las pupilas; fácil es desde el primer momento comprender que dichos trastornos no derivan de la parálisis facial, pues a ser así deberíamos encontrar el párpado izquierdo levantado y en la imposibilidad, mayor o menor, de cubrir el globo del ojo y aquí sucede justamente lo contrario. De lo cual se infiere que la parálisis facial de este hombre, *no es de origen* periférico, hecho que por otro lado lo demuestra la gran disminución de la fuerza en el brazo izquierdo y el exagerado reflejo patelar del miembro inferior correspondiente, lo que quiere decir que la parálisis facial del lado izquierdo, es solo la manifestación claramente ostensible de una *hemiplegia total izquierda* que tanto en el brazo como en la pierna no ha llegado a perfeccionarse y que solo se descubre por el dinamómetro en el primero y por el reflejo saltatorio en la segunda. Importa agregar a estos elementos clínicos, ya bien expresivos de por sí, la descompostura funcional del *recto* y de la *vejiga* que parecen haberse presentado con oportunidad casi inicial, en el cuadro de los fenómenos que estudiamos. Una tal asociación que asume, como ven ustedes, una vasta y *sistemática* apariencia, nos autoriza para pensar en el *origen central* de las lesiones y él se encuentra por encima de la médula, es decir, en el *encéfalo* mismo. Este concepto se fortifica en forma decisiva, si ustedes saben que este hombre ha sufrido en días pasados, en el servicio, pequeños ataques *epileptiformes*, localizados en la cara y acompañados de sensaciones *vertiginosas*, vértigos que por lo demás han sido ya registrados en la relación de su anamnesia y cuya importancia, en este caso, no puede pasar inadvertida.

Si todo quedara reducido a este síndrome, no sería difícil llegar a una proximación localizadora de las lesiones; pero desgraciadamente no es así. En efecto, los trastornos oculares de que hemos hecho mención son *dobles* y esta duplicidad si no malogra la índole del proceso generador, sí desconcierta la *unidad* de las lesiones anatómicas y su concentración en determinado parage cerebral.

De manera pues, que lo que queda demostrado, es que este enfermo sufre una *hemiplegia* incompleta del lado izquierdo de *origen cerebral*

Però dejemos, señores, por un momento, este importante asunto y traslademonos al campo de la *etiología* cuya compleja

historia, en este caso, es preciso desmenuzar y fijar los elementos de su participación, en las lesiones que vamos estudiando.

Desde luego, existe en este enfermo una *tenia saginata*, que guarda hace ya tiempo y cuya presencia, como todos sabemos, suele engendrar los más variados trastornos reflejos, algunos de alta consideración. Sin embargo, por más que nos esforzemos en atribuirlos a ella, no podríamos convencernos de que la *hemiplegia* persistente aunque atenuada, sea una derivación. Semejante hipótesis, peca por exagerada y circunstancial y no puede tener estabilidad efectiva, habiendo, en este enfermo, otras causas más eficaces y más ordinarias, en la generación de los accidentes cerebrales que hemos analizado. A lo más podríamos creer que los *vértigos* y aún los pequeños ataques *epileptiformes* que le han sobrevenido estuvieran, forzando siempre la explicación, bajo la dependencia de este parásito, pero de ninguna manera los demás fenómenos que deben estimarse como la revelación inequívoca de alteraciones sustanciales de los centros. Por consiguiente, pues, la presencia de la tenia, en este hombre no tiene más importancia que la de un epifenómeno, cuya desaparición, bajo la influencia de la droga administrada, no va seguramente, a modificar el estado de las lesiones centrales.

Pero hay, en este enfermo, otro dos elementos etiológicos cuya concurrencia se suma y se refuerza, para producir las alteraciones existentes; son: el *alcoholismo* y la *sífilis*. Aunque la alteración inicial en esta última, se presenta borrosa e imprecisa, no podemos dejar de inclinarnos ante la existencia de la *linfocitosis* demostrada por el examen del líquido céfalo-raquídeo y la reacción de WASSERMANN *positiva*. Estos dos datos, si son categóricos, como debemos pensarlo, son razones de convicción, en la materia, que no dejan lugar a dudas.

Ahora bien el *alcohol* y la *sífilis*, cuando hacen labor conjunta, determinan principalmente alteraciones *arteriales* cuya centralización *cerebral* o *medular* es frecuentísima.

Preciso es decir, sin embargo, que en este enfermo, no hay hasta este momento por lo menos, lesiones *cardíacas* apreciables, cosa que no debe extrañarles, si se tiene en cuenta las perdilecciones que el alcohol y particularmente la *sífilis*, manifiestan por determinados departamentos arteriales. Por otro lado, es preciso, no olvidar que la *sífilis* puede tocar y hondamente la irrigación arterial del corazón mismo, las arterias *coronarias*, sin que durante la vida, se traduzcan sus lesiones por fenómenos clínicos aparentes.

Estas nociones, como ya se puede sospechar, nos conducen a la idea, de que nuestro enfermo sufre una *arteritis sífilítica cerebral*, habiendo determinado una *trombosis* o una *hemorragia no muy vasta*. Pero esta última resultante anatomo-patológica, que yo no hago más que insinuar, es de interpretación mucho más difícil de lo que parece a primera vista, porque si la *hemiplegia facial*, unida a los demás signos atenuados que se descubren en el brazo y en la pierna del mismo lado, estuviera acompañada por los trastornos oculares exclusivos del ojo *izquierdo*, podríamos aceptar que existe una lesión en *foco*; pero el asunto que complica la situación es que los trastornos oculares son *dobles* y esto hace pensar, como es ló-

gico suponerlo, que aceptando como muy probable la lesión focal que ha determinado la hemiplegia, hay lesiones más extensas más diseminadas, de origen cortical que explicarían dichos trastornos oculares dobles. Además es necesario no pasar inadvertida la salvedad hecha por el Dr. DAMMERT, relativa a la electrización ocular, practicada en este hombre por un especialista cuya influencia ha podido perdurar. De todo lo cual se infiere que debemos todavía esperar el trascurso del tiempo, para establecer mejor nuestras ideas y fijar de una manera definitiva la localización precisa de las lesiones.

La aparición de los pequeños ataques *epileptiformes*, en este enfermo, es frecuente, en todos los casos en que existen alteraciones corticales, ya sea trombóticas o hemorrágicas y esta circunstancia es un buen argumento para creer que, en este caso, hay lesiones de la corteza cerebral que parecen muy probables.

Resumiendo pues, nuestra opinión, de carácter genérico, por el momento, nosotros aceptamos que en nuestro enfermo hay una *arteritis primitiva cerebral*, de origen *sifilítico*, principalmente, sin que podamos hasta este momento definir con precisión la naturaleza íntima de las lesiones que ella ha producido en la sustancia nerviosa y cuya localización en parte unilateral, del lado derecho, no es exclusiva.

El pronóstico de este enfermo es muy reservado, en atención a que estas *arteritis*, aunque sean *sifilíticas*, cuando se hallan diseminadas, particularmente en los centros nerviosos, son muy rebeldes, por decir lo menos y reclaman un tratamiento largo y metódico que debe durar en buenas cuentas, toda la vida.

Este tratamiento no puede ser otro que el específico y a él está sometido nuestro enfermo, desde que ingresó en el servicio.

SOBRE UNAS ANOMALIAS OBSERVADAS EN EL MUSCULO PECTORAL MAYOR

POR JUAN C. DIANDERAS.

En el curso de nuestros estudios de anatomía Topográfica, hemos encontrado ciertas anomalías morfológicas en el músculo pectoral mayor, que damos a conocer en vista de su rareza, y convencidos de la necesidad de divulgar este hallazgo de disección, porque ya han pasado los tiempos en los que se las consideraba sin importancia, o como curiosidades anatómicas sin interés.

Estas ideas erróneas, hicieron que FARJAVAY (*Traité d'Anatomie Chirurgicale*.—París 1852) tratando de combatir las dijera que «la Anatomía Quirúrgica no toma sino poca consideración al estudio de las anomalías musculares» y que esta opinión determinara una mayor preocupación por estos estudios que bien pronto tomaron gran importancia, gracias a que la Anatomía Comparada dió luz meridiana en el conocimiento de su valor morfológico.

En la actualidad, es incalculable su importancia desde el punto de vista de la Cirugía práctica (TESTUT) y es tan necesario conocer las anomalías que, algunos cirujanos han vacilado en el curso de una operación, casualmente por desconocerlas; tal es el caso de MALGAIGNE cuando se halló en presencia del arco axilar de LANGER al practicar la ligadura de la arteria axilar.

Entre las anomalías que tienen alguna similitud morfológica con la que vamos a describir, señalaremos las siguientes:

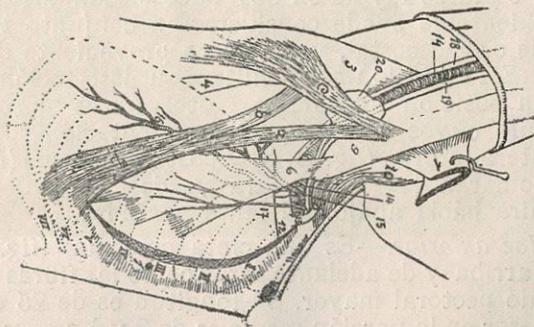
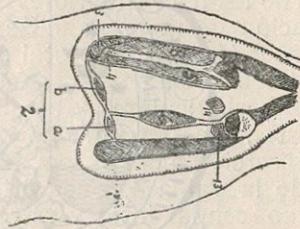
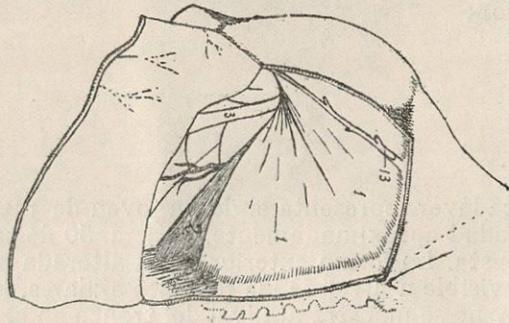
BEAUNIS-BOUCHARD (*Nouveaux éléments d' Anatomie Descriptive et d' Embriologie*.—París 1893) cita entre las anomalías del dorsal ancho: «haces costales terminales unidos al tendón del pectoral mayor o menor (arco axilar de Langer) Haz desprendido del borde inferior del dorsal ancho, pasa sobre el paquete vâsculo nervioso y se inserta al lado del pectoral mayor sobre el labio anterior de la corredera bicipital La expansión fibrosa que envía a la aponeurosis axilar recibe un haz del pectoral mayor.» Entre las anomalías del pectoral mayor cita las siguientes: «De su borde inferior se desprenden haces que van con el pectoral menor a unirse a la apófisis coracoides Haces que van a «la aponeurosis del coracobraquial»

TESTUT (*Tratado de Anatomía Descriptiva*) cita algunos músculos que parecen representantes de los haces musculares que motivan este artículo, entre ellos el arco axilar de Langer (1846) constante en el gato, el cual puede también constituir formas incompletas y terminarse « en la aponeurosis que cubre el biceps o en la

«que cubre el coracobraquial». Entre las variedades del pectoral mayor indica que pueden insertarse «los haces supernumerarios por fuera en la aponeurosis del brazo (músculo costo aponeurótico)».

El cadáver representa el de un joven de raza india de 14 a 18 años de edad aproximadamente, de 1 m. 50 de talla y de constitución robusta. La forma exterior no es alterada por ninguna modificación visible a nivel de las regiones axilares, lugares de las anomalías, y no se muestra al nivel del tronco en general la más mínima cicatriz. Las anomalías son bilaterales.—Después de haber quitado la piel y el tejido celular de la base y de la pared anterior de la axila derecha (la cual nos servirá de tipo) y prolongando esta disección hasta el nivel de los haces de inserción del músculo pectoral mayor en la región esternal, ninguna anomalía se observa; quitada la aponeurosis superficial del pectoral mayor puede notarse al nivel de los haces inferiores del pectoral mayor un intersticio de separación de la masa muscular en dos haces, independientes en su inserción condro-costal en el lado izquierdo, y reunidos en el lado derecho. La porción superior (fig A 1) tiene su origen en las inserciones claviculares y condrocostales hasta el nivel del 4º cartílago costal, y la porción inferior (fig. A 2) que es el haz anómalo tiene su inserción en el 5º cartílago costal y alcanza el nivel del 6º. Aislando la vaina aponeurótica del pectoral mayor, quitando el tejido celular inter y retropectoral después de la sección de la porción superior del pectoral mayor y dislocamiento de sus segmentos como para dejar ver sus inserciones, (fig B) se tiene a la vista un conjunto anómalo, constituido esencialmente por dos haces: Un haz que corresponde a la porción inferior del pectoral mayor (fig. B 2) y el otro haz que corresponde al dorsal ancho (fig. B, c). El de la porción pectoral después de 10 cm. de su origen costal se divide en dos haces secundarios (fig. B a b). Por consiguiente se puede considerar en conjunto tres haces: dos de ellos de origen costal, y el tercero proveniente del músculo dorsal ancho. Esta división nos facilitará su descripción.—Colocada la axila en posición anatómica, estos haces musculares forman un triángulo cuyos lados según su orientación son: anterior (fig. B a), postero interno (fig. B, b) y póstero externo (fig. B, c) nombres que tomarán los haces para su descripción. Forman un plano que mira hacia abajo, adelante y afuera.

Haz anterior.—Es una cinta muscular (fig. B, a) dirigida de abajo arriba y de adelante atrás como las fibras más inferiores del músculo pectoral mayor. Su longitud es de 25 cm., su anchura y su espesor en la porción media es de 2 y $\frac{1}{2}$ cm. y de $\frac{1}{2}$ cm. respectivamente. Comparado con el de la axila izquierda se halla menos desarrollado.



LEYENDA 1.—Porción principal del pectoral mayor. 2.—Porción anómala del pectoral mayor, a su haz anterior, b su haz posterior. 3.—Dorsal ancho, con e el haz posterior externo. 4.—Redondo mayor. 5.—Subescapular. 6.—Pectoral menor. 7.—Supraescapular. 8.—Infrascapular. 9.—Biceps y coraco-raquial. 10.—Deltoídes. 11.—Subclavio. 12.—Vena axilar. 13.—Vena cefálica. 14.—Arteria axilar. 15.—Arteria de la porción anómala del pectoral mayor. 16.—Arteria mamaria externa. 17.—Nervio del pectoral mayor. 18.—Nervio cubital. 19.—Nervio mediano. 20.—Ganglio aumentado de volumen.

Abajo se inserta en el 5°. cartílago costal y la articulación condrocostal correspondiente, entrecruzándose con las digitaciones del recto mayor del abdomen; es una inserción fija. Su inserción superior, después de unirse con las fibras del haz postero-externo, se verifica en la aponeurosis coracobraquial entre los planos de inserción de los músculos pectoral mayor y menor, por fibras músculo-tendinosas. La extensión de la inserción es de 2 cm., y sigue la dirección de una línea dirigida hácia abajo y atrás en un plano antero-posterior. La distancia que separa del borde inferior del pectoral mayor en el hueco axilar, y del pectoral menor en su inserción coracoidea es de 3 cm. y 2 cm, respectivamente, quiere decir que se halla más próximo a la apófisis coracoidea, que al borde inferior del pectoral mayor.

De sus dos caras, la póstero-superior corresponde al 4°. espacio intercostal y recibe una arteria especial que nace de la axilar (fig. B 15). La cara antero-inferior en su porción torácica está en relación con el tejido celular y la piel; a medida que se asciende va ocultándose por las fibras inferiores de la porción muscular superior del pectoral mayor (a la vez que realiza esta cinta muscular un ligero movimiento de torsión, de tal manera que en la axila adopta casi la disposición de un plano horizontal) hasta que desaparece por completo y forma con dicho músculo un canal abierto hácia abajo (fig. C). A nivel del hueco de la axila forma parte de éste y está en relación con la piel y el tejido celular correspondiente.

El borde superior o anterior fusionado en su porción torácica con el borde inferior de la porción superior del pectoral mayor, se hace independiente a 5 cm., en tanto que en la axila izquierda hay independencia desde su inserción costal y por su situación parece constituir una porción anómala del pectoral menor; asciende para ocultarse detrás del pectoral mayor, guarda relación de contacto con el borde inferior del pectoral menor, se separa poco a poco de este borde, luego se aproxima a la cara posterior del pectoral mayor para formar el canal indicado que mira hácia abajo.—El borde inferior que también puede llamarse posterior, esquemático es una porción de 10 cm. de longitud a partir de su origen costal por la fusión del haz anterior con el póstero interno, se dirige hácia arriba y atrás, recibe la inserción del ligamento de Gerdy, y antes de su inserción braquial se coloca sobre la cara superior del haz póstero-externo.

Haz póstero interno.—Es un haz muscular aplanado de arriba abajo (fig. B, b) de 21 cm. de longitud y de $1\frac{1}{2}$ cm. de ancho. En la axila izquierda esta última dimensión queda reducida a $\frac{1}{2}$ cm. Unido en su origen al haz anterior en una extensión de 10 cm., al dirigirse hácia atrás y afuera se separa poco a poco formando un ángulo agudo con dicho haz anterior, abierto hácia afuera, hasta alcanzar el haz póstero-externo.

Su inserción inferior tiene lugar a nivel del 5°. espacio intercostal y del borde superior del 6°. cartílago costal en la cara profunda de la aponeurosis del recto mayor del abdomen. Esta inserción aponeurótica puede considerarse como una inserción móvil del grupo pectoral anómalo. Su inserción superior tiene lugar sobre

la cara superior del haz póstero-externo y cerca de su base, mediante un entrecruzamiento de fibras.

La cara superior corresponde al espacio retropectoral donde se encuentran ganglios aumentados de volúmen. La inferior al tejido celular y piel del hueco axilar.

El borde anterior al separarse del borde posterior del haz anterior forma un ángulo agudo, y se dirige hácia arriba, afuera y atrás hasta encontrar el haz póstero-externo.—El borde posterior tiene la misma dirección que el borde anterior; a nivel de su porción abdómino-torácica, ocupa un mismo plano frontal con el borde anterior y al nivel de la axila ocupa un plano más posterior, adoptando esta cinta muscular una disposición francamente horizontal.

La situación de este haz en medio de las formaciones musculares que forman los límites de la base de la axila, representa la de una diagonal que une el ángulo ántero-interno con el póstero-interno.

Haz póstero-externo.—El dorsal ancho (fig. B 3 c), a 6 cm. antes de su inserción en el húmero, deja partir de entre sus fibras de origen costal un haz conoide, aplanado de arriba abajo, cuyo vértice después de haber perforado la aponeurosis que envuelve al dorsal, se introduce en la cavidad axilar y se inserta en compañía del haz anterior en la aponeurosis coracobraquial. Su longitud es de 5 cm., ofrece por consiguiente para su descripción, base, vértice, caras y bordes.

La base corresponde al borde inferior del dorsal ancho, en el momento de su torsión para colocarse delante del redondo mayor. Tiene una forma ovalada cuyo eje mayor está en dirección de las fibras del dorsal ancho que tiene sus inserciones normales. El vértice recibe por su cara superior el haz anterior para fusionarse e insertarse juntos en la aponeurosis del coraco-braquial. En la axila izquierda este vértice recibe al haz anterior por su cara inferior.

Su cara superior corresponde al espacio retropectoral; en la proximidad de la base recibe el haz póstero-interno. Su cara inferior se halla cubierta por el tejido celular y la piel de la bóveda axilar.

Su borde interno no ofrece nada de particular. Su borde externo está separado del paquete vasculo nervioso y de los músculos del brazo por un ganglio voluminoso (fig B 20) y el tejido celular que los rodea.

Vasos y nervios.—A) Porción muscular pectoral.—Se ha encontrado una arteria especial (fig. B 15) para los dos haces anterior y póstero-interno. Esta arteria nace de la arteria axilar al mismo nivel de origen de la arteria mamaria externa (fig. B 16), pasa entre las dos ramas de origen del nervio mediano, atraviesa el espacio célulo-ganglionar de la cavidad retro-pectoral, se dirige hácia abajo y adelante, perfora el ligamento de Gerdy cerca de su inserción en el pectoral menor y penetra por su cara superior en el haz anterior antes de su separación del haz póstero-interno. En la axila izquierda estos haces antes de separarse reciben una colateral de la arteria mamaria externa al nivel del 4º. espacio intercos-

tal referida en la línea medio-clavicular.—Ramos nerviosos procedentes del nervio del pectoral mayor (fig. B 17) se dirigen hacia el borde inferior del pectoral mayor y es posible que parte de éstos nervios hayan penetrado en los haces anómalos con el objeto de mantener una sinergia funcional.

B) Porción muscular dorsal.—Respecto a los vasos y nervios del haz póstero-externo, probablemente son los mismos que los del dorsal ancho del cual son una dependencia.

Aponeurosis.—En una sección ántero-posterior (fig. C) al nivel de la parte media de la clavícula, siguiendo el eje de la cavidad axilar, nos ofrece una disposición aponeurótica especial. Partiendo del borde inferior del músculo pectoral mayor asciende para formar la hoja posterior de su vaina aponeurótica; a 2 cm, aproximadamente se refleja horizontalmente, abraza en un desdoblamiento a los haces pectorales anómalos y llega al borde anterior e inferior del dorsal ancho donde se desdobla para formar su aponeurosis de envoltura a dicho músculo.—El borde inferior del ligamento de Gerdy se une con esta aponeurosis al nivel del borde posterior del haz anterior.

En una sección latero-lateral, siguiendo el eje de la cavidad axilar, se observa lo siguiente: A partir de su inserción en la aponeurosis del serrato mayor, se dirige hacia afuera desdoblándose para envainar a los haces musculares anómalos de origen pectoral y una vez que llega al haz de origen en el dorsal ancho, recorre todas sus caras y le forma una vaina completa. La aponeurosis se detiene allí y representa su término de extensión. Esta disposición anatómica permite que el tejido celular retropectoral se halle en comunicación amplia con el tejido celular subcutáneo de las regiones vecinas.

Los problemas que hubiera planteado al Cirujano, el hallazgo de esta anomalía son varios. Si se hubiera tratado de una ligadura de la arteria axilar, por ejemplo, o alguna práctica operatoria sobre el paquete vásculo-nervioso, habríase encontrado el cirujano en presencia de los haces anterior y póstero-interno y teniendo en cuenta la situación y dirección de sus fibras no habría vacilado mucho, pero en cuanto al haz póstero-externo podría haberle hecho pensar en el córaço-braquial, el músculo de referencia para la ligadura de la arteria axilar, pero, como dijo MALGAIGNE en presencia del arco axilar de Langer, «la oblicuidad de sus fibras» habríale bastado para salvar el inconveniente.

INTERPRETACION PSICOANALITICA DEL MECANISMO DE LAS NEUROSIS Y DE LAS PSICOSIS FUNCIONALES.

POR EL DR. HONORIO F. DELGADO

En el presente artículo queremos indicar los puntos cardinales de la explicación psicoanalítica de la etiopatogenia de las neurosis y de aquellas psicosis que de ella son tributarias. Las primeras son en absoluto psicógenas, en tanto que en las segundas hay que considerar, además de los factores psicológicos, que probablemente en veces son dominantes, otros factores somatógenos, que son los que únicamente estudia la psiquiatría tradicional. Verdad es que en rigor la *fons et origo* de todos los disturbios psicopáticos que interesan al psicoanálisis es somática, es la alteración de la función biológica de la sexualidad. El papel de la predisposición hereditaria, aunque algo reducido a beneficio de las aventuras infantiles, no ha sido desechado, y su esencia es para el psicoanálisis la transmisión de la constitución psicosexual imperfecta.

La diversidad de la sintomatología y de la evolución de las distintas entidades nosologicopsiquiátricas pasibles de la hermenéutica freudiana—que tiende al tipo único—es debida a la pruradidad de vías y medios que la psiquis puede emplear para la solución del problema vital del equilibrio de sus fuerzas en incesante interacción. «La subconsciencia, dice FREUD, no habla solamente un dialecto. El sentimiento que, por ejemplo, expresa una histérica por medio de *vómitos*, se manifestará en una paciente de obsesión por severas medidas de precaución contra el *contagio* y provocará en una parafrénica la acusación o al menos la sospecha de que se está dispuesto a *envenenarla*. Lo que se manifiesta aquí de manera tan diversa es el deseo de *fecundación*, rechazado en la subconsciencia, y la resistencia opuesta por la enferma a este deseo». (1)

FREUD distingue en las neurosis dos grupos: 1º. Neurosis actuales (neurosis de ansiedad o de angustia, y neurastenia); 2º. Psiconeurosis de defensa (histeria y neurosis compulsivas: obsesiones, fobias y dudas). La epilepsia ha sido también estudiada por los psicoanalistas y, aunque se ha podido interpretar como psicológicos muchos de sus síntomas, se ha visto la dificultad de independizarlos de las manifestaciones puramente fisiológicas, que parecen dominantes.

(1) FREUD, *Das Interesse an der Psa*, II, Teil, «Scientia», XIV, XXXII, p. 371.

Las psicosis que estudia preferentemente la nueva disciplina son la paranoia y la demencia precoz, que FREUD reúne en un grupo común, bajo la etiqueta de *parafrenia*; además, se aplica a la psicosis alucinatoria y a la psicosis maniaco-depresiva. En la veloz revisión que vamos a hacer del mecanismo de cada una de estas formas, seguiremos el mismo orden en que acabamos de enumerarlas.

Las *neurosis actuales*, como su nombre lo implica, son causadas por la perturbación actual, presente, de las funciones sexuales, cuya esencia es la no satisfacción, o la satisfacción incompleta o no natural del acto genital.

La *neurosis de ansiedad* es de una sintomatología proteiforme pero que tiene de básico: un aumento de la irritabilidad general; un estado constante de expectación ansiosa, que a veces se hace paroxístico y que puede presentarse solo o unido a la idea de peligro de muerte, o a fenómenos parestésicos, o, en fin, a alteraciones de las funciones más variadas de la vida vegetativa (motivando desde diarrea hasta pseudo-angina de pecho); temores nocturnos, vértigos, fobias, dudas, etc. son a menudo otros tantos ingredientes del cuadro clínico de la neurosis de ansiedad.

Hay una causa constante y única en la etiopatogenia de esta enfermedad, aunque sean numerosas y algo distintas las circunstancias que le dan margen, como en las vírgenes maduras, cuando recién adquieren noticias concretas de la cuestión sexual, en las recién casadas que tienen una primera fase de anestesia genital, en las mujeres cuyo esposo sufre de impotencia, o de *ejaculatio precox* o en aquellas cuyo esposo practica *coitus interruptus* o *reservatus*, en las viudas y en los abstinentes de ambos sexos (1), en las que sufren de acentuación del deseo sexual al iniciarse la menopausia; en los hombres que experimentan excitaciones sexuales frustradas, en los que practican *coitus interruptus*, al principio del *senium* (como en la mujer al principio de la menopausia). El *surmenage* físico y moral entra también en la etiología de esta afección.

La alteración de la vida sexual que origina la neurosis de ansiedad consiste en la acumulación de la excitación que no se elimina completamente, como sucede con el coito normal, y cuya energía remanente se emplea de manera anormal. El acúmulo es de orden orgánico, pues subjetivamente el paciente cree, no solamente satisfacer todo el deseo, sino que también su apetición sexual disminuye grandemente. Hay pues una desadaptación psíquica al libido.

Ahora, con respecto al mecanismo íntimo de la génesis del sentimiento de ansiedad, de angustia, que tipifica a esta neurosis, es lógico inferior que es análogo al del sentimiento normal de temor; pero en tanto que éste es transitorio, porque su causa es un peligro exterior y pasajero, aquel es constante por tener una causa interior persistente. «La psiquis cae en la emoción de temor

(1) Se deroga, pues, el apotegma de CHARLES FERÉ: «No hay patología de la abstinencia». — FERÉ, *L'Instinct Sexuel*, 3a. Ed., Paris, 1913.

cuando se percibe ella misma incapaz para afrontar por medio de reacciones adecuadas un trabajo que del exterior se le impone (peligros); cae en la neurosis de ansiedad cuando se halla incapaz por sí misma para igualar la excitación (sexual) originada de manera endógena. La psiquis, por consiguiente, se comporta como si se proyectase esta excitación al exterior. El sistema nervioso reacciona en la neurosis contra un manantial interior de excitación, justamente como lo hace con la efectividad correspondiente contra uno semejante exterior». (1).

Con harta frecuencia la neurosis de ansiedad se relaciona con la neurastenia, sucediéndole, y particularmente con la histeria, con la que puede coexistir, dando lugar a una forma híbrida.

La *neurastenia*—salvo los casos de otro origen somático reconocido—tiene como causa inmediata la masturbación o las poluciones frecuentes; es decir, los modos de la satisfacción de la necesidades eróticas de manera inadecuada, por una fijación del libido en la fase de autoerotismo.

El pasaje de la neurastenia a la neurosis de ansiedad tiene lugar cuando el masturbador neurasténico reprime su vicio. Este es el caso en que la neurosis de ansiedad presenta el síndrome hipocondría.

Las *psiconeurosis de defensa* tienen un mecanismo menos sencillo, dependen de la historia del libido del sujeto: son en buena parte productos de su pasado remoto, más que de su presente. La base de la psiconeurosis no es en todos los casos sólo un traumatismo psicosexual infantil, como creyó primeramente FREUD, pues, como la experiencia ha enseñado después, tan frecuentes son los *shoks* sexuales, las seducciones, en la infancia, que casi no hay persona que no haya sido su víctima; responde sí a un *infantilismo de la sexualidad*, y la modalidad de psiconeurosis es condicionada, por lo menos en gran parte, por las vicisitudes de la experiencia sexual de la niñez.

La *histeria* es, como los sueños, la *mise en scene* de tendencias eróticas subconscientes, refrenadas por la censura. «Quien puede interpretar el lenguaje de la histeria, ha dicho FREUD, puede comprender que la neurosis sólo trafica con la sexualidad reprimida». (2). El ataque de histeria es, pues, la expresión mímica del conflicto entre el deseo y la causa que le impide su satisfacción; sus manifestaciones crónicas, como son las parálisis, contracturas, anestias, y la innumerable serie de trastornos funcionales que se le conoce, no son sino reacciones simbólicas resultantes de la misma lucha, «metáforas orgánicas», como acertadamente las llama TRIGANT BURROW. (3).

El proceso en virtud del cual el símbolo se encarna, se hace

(1) FREUD, *On the Right to Separate from Neurasthenia a Definite Symptom-complex as «Anxiety Neurosis»*, «Selected Papers on Hysteria and Other Psychoneuroses», 2a. Ed., New York, 1912, p. 151.

(2) FREUD, *My Views on the Role of Sexuality in the Etiology of the Neurosis*, «Selected Papers», p. 192.

(3) BURROW, *The Philology of Hysteria*, «Journal of American Medical Association», LXVI, 11, 1916, p. 786.

somático, FREUD lo denomina *conversión*. La conversión es una vía favorable a las necesidades de la economía mental, pues por ella se da solución al problema, consiguiéndose la eliminación de la energía emocional de los complejos reprimidos hacia la inervación periférica. (1)

En las histéricas es particularmente frecuente otro fenómeno: el de los ensueños durante la vigilia, que alcanzan su máxima intensidad en el delirio onírico; son la realización fantástica de deseos sexuales prohibidos, verdadera masturbación en la esfera de las imágenes.

El accidente necesario en la evolución del libido para la producción de las neurosis es una *fijación* de sus formas primarias, por haber sido impedida la sublimación de todos sus componentes por la intervención prematura y en demasía de la represión; por lo cual viene la neurosis a constituir el «negativo» de la perversión.

Si bien la sexualidad infantil es el contenido necesario del cuadro mórbido, necesaria es también una motivación actual para que se realice su eclosión. «El conflicto patogénico—dice enfáticamente JUNG—existe solamente en el momento presente». (2) La causa actual, que puede ser una de tantas situaciones críticas frecuentes en el curso de la vida—no forzosamente sexual—, produce la regresión del libido, reanimando los complejos de la infancia olvidados, de los cuales el principal es el Edipo.

La tendencia a la imitación corporal, la mitoplastía, se debe a la necesidad que tiene la subconciencia de expresar simbólicamente su contenido: en este caso, por medio de la imitación de determinados síntomas que convienen al histérico, porque satisfacen—como imagen desplazada—sus deseos, llegan a identificarse con la persona que los sufre.

Las *neurosis compulsivas*, que corresponden a las piscastenias de la psiquiatría oficial, difieren de la histeria en que los traumas sexuales, en vez de ser seducciones de la infancia en que el paciente ha sido pasivo, como en ésta, por el contrario, ha sido activo y con goce. La obsesión es un reproche exagerado de la censura a una tendencia agresiva de la sexualidad perversa de la infancia; los elementos psicológicos, tanto de la reminiscencia reprimida, como de la defensa, se hallan sustituidos, de modo que tienen la apariencia de una lucha contra un motivo banal; sufren, en una palabra, una transmutación de valores psicológicos, análoga a la del contenido de los sueños: FREUD conceptúa, pues, que es «doblemente alterado el contenido de la obsesión si se le compara al contenido del acto compulsivo de la infancia. En primer lugar, algo actual reemplaza a la experiencia pasada, y en segundo, lo sexual es sustituido por una experiencia no sexual análoga». (3)

(1) ALBERT SALMON cree dilucidar «el punto mas misterioso» de la teoría de FREUD, la conversión: Segun este autor, «las imágenes quinéticas constituirían el elemento intermediario entre la emoción y el acto histérico, que atrayendo toda la energía nerviosa dinámica, engendra un desequilibrio de la misma quinestesia.»—SALMON, *The Mechanism of Hysterical Phenomena. Sketch of a Psycho—Physiological Theory of Hysteria*, «The Journal of Mental Science», LXII, 257, 1916, p. 393 y 384.

(2) JUNG, *The Theory of Psychoanalysis*, New York, 1915, p. 81.

(3) FREUD, *Further Observations on the Defense—Neuropsychozes*, «Selected Papers», p. 161.

El sentimiento que acompaña a la obsesión, y que se desplaza de la verdadera causa, puede ser un simple desplacer cuando sólo el recuerdo deprimido alcanza el umbral de la conciencia, pero cuando lo que arriba es un sustituto del reproche, entonces se obtenta un estado emocional penoso de vergüenza, de temor de ser descubierto el secreto, o de ser castigado, etc.

Sucede también que con frecuencia no quedan las cosas en este estado de equilibrio, sino que el ego se protege, en virtud de un proceso de *defensa secundaria*, contra los primeros síntomas, tratando de impedir su acceso a la conciencia, lo que constituye las fobias, y también lleva a las impulsiones.

La emoción penosa en las ideas fijas está, en el fondo, justificada, pues, no nace de la idea banal que ostenta, sino de lo verdaderamente reprimido, de aquello que por sustitución y desplazamiento se oculta al ojo de la conciencia.

La duda está condicionada por el ascenso de la antinomia interior hasta la conciencia; y su generalización, por un proceso de transferencia, constituye la locura de la duda.

Los estudios realizados en la *epilepsia esencial* desde el nuevo punto de vista, han permitido constatar una estabilización de la sexualidad infantil autoerótica y polimorfamente perversa. «No converge a un fin único: la aproximación sexual, sino que persigue múltiples fines». (1). La fijación e intensificación de la mezcla caótica de los componentes libidinosos, no sólo se manifiesta, de manera precoz, muy sensible a múltiples estímulos, y particularmente marcada durante los ataques, sino que no sufre el proceso de sublimación, lo que hace difícil la educación moral de las víctimas de esta neurosis.

El ataque epiléptico, o sus equivalentes, representa una reacción, psicobiológica, gracias a la cual el libido, entrando en regresión, que rehabilita mecanismos primordiales de placer—aún los usados durante la vida intrauterina— evita el conflicto con la realidad, a la cual no puede adaptarse. La existencia de motivos psicológicos en el determinismo del ataque, ha sido puesto en evidencia por las investigaciones de L. PIERCE CLARK, que, practicando el psicoanálisis, logra prolongar el lapso de tranquilidad entre un ataque y otro. (2)

El análisis de algunas psicosis ha permitido a la nueva escuela afirmar que encarnan un proceso psicológico, que puede engendrar alteraciones cerebrales, o evolucionar *pari passu* con ellas. «Sobre la base de una predisposición, cuya naturaleza nos es desconocida al presente—dice JUNG—, se produce una función psicológica no adaptable, que puede conducir a manifiestos desórdenes mentales; esto puede determinar secundariamente la degeneración orgánica con su séquito de síntomas». (3)

(1) MORICHAU-BEAUCHANT, *Les troubles de l'instinct sexuel chez les épileptiques*, «Journal Medical Français», III, 4, 1912, p. 161.

(2) CLARK.—*The Psychological and Therapeutic Value of Studying Mental Content During and Following Epileptic Attacks*, «New York Medical Journal», CVI, 15, 1917, p. 677—682.

(3) JUNG, *The Content of the Psychoses*, «Collected Papers», p. 313.

La *paranoia* ha resultado ser la organización psicológica de defensa disimulada contra la homosexualidad deficientemente reprimida. En efecto, examinando la historia del libido de los paranoicos, se ha comprobado que la ambisexualidad infantil no ha mutado francamente hacia la heterosexualidad, sino que, por el contrario, el componente homosexual se ha fijado, y que, después de una inhibición más o menos eficaz, ha venido una fase de ruptura de la represión, con regresión del libido, que ha causado el estallido de la psicosis. Además de este mecanismo, interviene en la formación del sistema delirante el llamado de *proyección*, en virtud del cual atribuye el individuo a otros sujetos, y en general al mundo exterior, los complejos que residen dentro de su propia subconsciencia, literalmente, o más o menos transmutados.

La censura reacciona contra la tendencia homosexual subconsciente, no anulándola, sino oponiéndole una formación supercompensadora, diametralmente opuesta: «el *sentimiento* de amor se torna en la *sensación* de su opuesto» (1); la atracción por otro se convierte en odio contra él: el individuo adapta entonces todas sus ideas y su conducta a este nuevo equilibrio, de donde viene toda la sistematización del delirio. El mecanismo profundo que preside a la transmutación de la idea intolerable en la idea paranoica, varía en el detalle con cada una de las formas de las psicosis; así tenemos que en la persecutoria, la idea profunda «amo al hombre», por acción de la censura, se convierte en «no le amo»: «le odio»; la que a su vez, por proyección, se transforma en «me odia», con su corolario: «soy perseguido por él». (2) En la forma expansiva o delirio de grandeza: «le amo»—«no le amo»: «me amo a mí mismo»: «todo el mundo me ama»: «soy una persona superior». En la forma erótica: «le amo»—«no le amo a él, amo a ella»—«ella me ama». En la forma mística: «le amo»—«amo a dios»—«me ama: soy su elegido». En el delirio de celos: «le amo»—«no le amo»—«ella le ama». Esto es en el supuesto que se trate de un hombre; los mismos eslabonamientos—*mutatis mutandis*—en el caso de una mujer.

Cuando la tendencia homosexual es desconocida por la conciencia, y el esfuerzo de inhibición fracasa, se pueden producir, en terreno *ad hoc*, y con o sin sistematización, «reacciones compensatorias, manifestándose en cualquiera de las graduaciones que van del *carácter paranoico* a un estado paranoico actual» (3). Cuando la tendencia homosexual es absolutamente subconsciente y su intensificación amaga una irrupción en la conciencia, entonces se realiza una paranoia típica. En este mismo caso de ser desconocida la perversión latente por la conciencia, si reacciona ésta por medio de simbolismos y hay más marcada regresión al autoerotismo, con abandono del interés por el objeto exterior de los deseos, se presenta el caso de demencia precoz de forma paranoica.

Respecto a la lógica del delirio y a la naturaleza del pensa-

(1) FERENCZI, *On the Part played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia*, «Contributions», p. 132.

(2) «La Observación», dice un experimentado psicoanalista, «no deja duda de que el perseguido fué una vez amado y respetado.»—BRILL, *Psychoanalysis*, p. 197.

(3) SHOCKLEY, FRANCIS M., *Homosexuality in Genesis of Paranoid Conditions*, «The Psychoanalytic Review», I, 4, 1914, p. 437.

miento paranoide, pacientes estudios exegéticos han demostrado ser de técnica infantil; siendo rico el simbolismo, y transparentando el esfuerzo de racionalizar el contenido endopsíquico a través de la creación de sistemas del mundo de tipo arcaico.

La *demenia precoz* tiene su génesis en la aparición en la vida del individuo de una dificultad tal que agudiza el antagonismo entre la represión y la subconsciencia, crisis que termina con el triunfo del contenido de ésta; lo cual se traduce, psicológicamente, por la interiorización de la actividad mental, con desinterés más o menos completo—cuyo grado es el factor principal en el condicionamiento del tipo de la dolencia—con desinterés más o menos completo de todas las cosas del mundo exterior: a este fenómeno JUNG—que ha sido el primero y más aventajado investigador de esta psicosis, a la que ha consagrado una obra ya célebre (1)—a este fenómeno JUNG denomina *introversión*. El paciente, aunque exteriormente no parezca, tiene una vida espiritual muy activa, en la que domina el *principio del placer*; como en el sueño, en ella se realizan los deseos del individuo, con la creación de un mundo ficticio.

Toda la sintomatología de la demencia precoz es el fruto de una actividad mental positiva, de tendencias determinantes llenas de finalidad personal. El mismo negativismo tiene su razón de ser: «todo lo que queda al negativismo katótonico, dice JUNG, es el contraste intencional, que es la resistencia», la cual «siempre surge ante un desarrollo sexual peculiar». (2)

El predominio de la vida interior en el demente precoz, con desadaptación a la realidad, que BLEULER llama *autismo*, sumerge al individuo en su pasado: el potente complejo causante del estado morboso hunde la personalidad en su libido infantil. KARL ABRAHAM sostiene que «la particularidad psicosexual de la demencia precoz consiste en el retorno del individuo afecto al autoerotismo. Los síntomas de la enfermedad son una forma de actividad sexual autoerótica». (3, 4)

En el grupo de las *neuropsicosis de defensa*, coloca FREUD, al lado de la histeria y las neurosis compulsivas, una entidad mórbida que es el tipo de la reacción psicótica de defensa: es la *psicosis alucinatoria o confusión alucinatoria*, gracias a cuya formación patológica el individuo logra evitar una realidad penosa hasta el extremo de ser incompatible con la vida consciente. El hecho se realiza por medio de una compensación ficticia que tiene como consecuencia subjetiva eclipsar el complejo penoso, dando al individuo la seguridad de que la idea intolerable nunca había existido.

(1) JUNG, *Ueber die Psychologie der Dementia Praecox*, Halle, 1907.

(2) JUNG, *A Criticism of Bleuler's 'Theory of Schizophrenic Negativism'*, «Collected Papers», p. 202 y 205.

(3) ABRAHAM, *Die Psycho-sexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia Praecox*, «Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie». 1908. (JAMES C. HASSALL, *Role of sexual Complex in Dementia Praecox*, «The Psychoanalytic Review». 11, 3, 1915, p. 265.)

(4) El examen de las demás doctrinas de la etiopatogenia de la demencia precoz lo hemos hecho, en colaboración con CARLOS A. BAMBAREN, en el artículo: *Génesis y tratamiento de la demencia precoz*, «La Semana Médica» (Buenos Aires), XXIII, 38, 1916.

FREUD resume la explicación psicológica de esta psicosis en las palabras siguientes: «El ego se desmiembra de la idea insoportable, pero como está unida inseparablemente al mismo tiempo con una parte de la realidad, el ego mientras que verifica esta ejecución también él mismo se aparta total o parcialmente de la realidad. La última es la condición bajo la cual la vivacidad alucinatoria es conferida a ideas particulares, y por esto, después de muy afortunada defensa, la persona se halla, ella misma, en una confusión alucinatoria». (1)

La *psicosis maniacodepresiva*, cuyo contenido psicológico sólo es posible explorar en determinadas condiciones—particularmente en los períodos de eupsiquia, que dejan entre uno y otro los ataques—, es debida a la obliteración de la actividad consciente por la hegemonía de la subconsciente, que entra en juego para realizar ficticiamente anhelos incompatibles con la realidad: es, pues, la solución de un conflicto insostenible en otras condiciones.

Para la mejor inteligencia del asunto, y aunque no queríamos descender a los casos concretos, citaremos lo que dice en resumen R. REED de un caso analizado por él: Una mujer soltera de 55 años, de carácter retraído y excéntrico, con una fuerte fijación emocional primero sobre su padre y después sobre su madre; sufrió mucho a consecuencia de la muerte de ésta; padeció desde entonces hasta algunos meses después de profunda depresión, caracterizada por desasociago, insomnio, ciertas ideas vagas de persecución y alucinaciones del oído. Durante la fase de excitación de su psicosis, sus pensamientos retornaron a un antojo amoroso olvidado o escasamente recordado desde más de 20 años. Con este recuerdo como núcleo, construyó una fantasía bien sistematizada de realización de deseos, que implicaba un cambio en su apariencia personal: riqueza, la vuelta a la vida de sus padres, el matrimonio de su hermana, buena posición de sus sobrinos, unión en matrimonio con el objeto de sus tempranos afectos, su advenimiento a la presidencia de la República, viajes, alta posición e hijos». (2)

(1) FREUD, *The Defense Neuro-psychoses*, «Selected papers», p. 131.

(2) REED, *A Manic-Depressive Episode Representing a Frank Wish-Realization Construction*, «The Psychoanalytic Review», 1, 2, 1915.

ASOCIACION DE INTERNOS DE LOS HOSPITALES

Sesión celebrada el 25 de marzo de 1918.

PRESIDENCIA DEL SR. A. SANCHEZ MORENO

UN CASO DE PUSTULA MALIGNA TRATADO POR LA TINTURA DE IODO A DOSIS MASIVA.—El Señor JOSE LINARES dijo lo siguiente:

La enferma M. F. natural de Huancavelica, radicada en una hacienda del valle de Lima, dedicada a las labores de agricultura y de 25 años de edad, ingresó el 2 de marzo de 1918, al Hospital «Santa Ana», ocupando la cama N.º 10 del servicio del profesor EDUARDO BELLO.

Ofrecía la paciente el siguiente cuadro clínico.

Edema de la cara, especialmente en el lado izquierdo, donde ostentaba una pústula, rodeada de una escara negrusca que estaba circundada por una corona de vesículas de color amarillo. El edema no estaba limitado, pues, llegaba a invadir el cuello, de manera que la enferma ofrecía un aspecto bastante horripilante, pues, la tumefacción deformaba de manera notable la fisonomía, en la que casi no se podían percibir los ojos, a consecuencia de que los párpados estaban también edematosos.

Analizando el aspecto del edema, se presentaba duro, de color rojo, ofreciendo los caracteres del edema maligno.

La enferma refirió que hacía cuatro días que apareció en su mejilla izquierda un granito y sensación pruriginosa que la obligó a rascarse; que al día siguiente la tumefacción era considerable y que se añadió cefalalgia intensa, escalofríos, estreñimiento y fiebre.

Dada la evolución del proceso morbozo y los datos clínicos se hizo el diagnóstico de carbunco.

El tratamiento que se puso en practica fué el siguiente: incisión con el termocauterio en el centro de la pústula, previa anestesia por el cloroetilo e inyecciones subdérmicas, en los alrededores, de ácido fénico al 1 %. La temperatura era de 38º4. y como el estado general inspiraba cuidados se aplicó aceite alcanforado por vía hipodérmica.

Al día siguiente, no obstante continuar con el uso de las inyecciones de ácido fénico, el estado general empeoró, la fiebre ascendió a 39º5, el pulso aumentó de frecuencia, el edema invadió el cuello comenzando a llegar al torax; se instaló cierta inquietud y subdelirio

En estas condiciones llegó al día 4 de marzo, donde, dado el peligro que significaba el estado de la enferma, se resolvió inyectar en la periferia de la zona necrosada, tintura de iodo llegándose a la enorme dosis de 55 cc.

Las inyecciones se hicieron como las que se practican para la anestesia local. En efecto, se hizo la aplicación en toda la profundidad y en la superficie, efectuando la infiltración al rededor del foco carbonoso y en la periferia de manera de formar una barrera que detuviera la invasión, que hasta ahora, marchaba hacia adelante a despecho de los tratamientos instituidos.

El día 5 la temperatura descendió a 37°6, el estado general mejoró y el sensorio se despejó.

El 6 la temperatura solo llegó a 37° continuando el buen estado general, iniciado el día anterior.

En los dos días siguientes, se presentó temperatura de 39°, pero sin repercusión sobre el estado general.

El tejido necrosado se desprendió días después y la enferma entró en convalecencia que no ha sido perturbada.

No obstante los temores que se abrigaban, la enferma no ha presentado, el menor signo de intoxicación iódica, ofreciéndonos el presente caso una brillante observación de tolerancia para el yodo y demostrándose la acción benéfica que tiene esta sustancia sobre la pústula maligna.

Sesión celebrada el 7 de Abril de 1918.

PRESIDENCIA DEL Sr. BENJAMIN ASPILLAGA.

UN CASO DE DISENTERIA BALANTIDIANA.—El Señor J. H. NEGRON, expuso lo siguiente: Las observaciones de balantidiasis intestinal publicadas entre nosotros, no son numerosas, pues solo existen las de M. J. FERNANDEZ (1904), de RAMON E. RIBEYRO y CARLOS A. BAMBAREN (1913) y de EDMUNDO ESCOMEL (1915), que, indudablemente, no pueden hacer pensar en la rareza de su localización en el intestino del hombre, sino en lo poco frecuentes que son, entre nosotros, los análisis coprológicos, único medio de investigación que muchas veces dilucida un diagnóstico mas o menos incierto.

Nuestra observación es la siguiente: J. H. de 12 años de edad, natural de Tarma, de ocupación doméstica, ingresó al hospital «Santa Ana» el 14 de febrero del presente año, ocupando la cama N.º 22 de la Sala «San Vicente».

Refiere entre los datos, que pueden tener importancia en relación con el proceso morboso que aqueja, que ha padecido en otras oportunidades de diarreas, pero que cuando vino, hace dos años de Tarma, no sufría enfermedad alguna. Fué sólo el 7 de febrero que comenzó á experimentar cefalalgia, fiebre y vómitos, los que dada su persistencia la obligaron a ingresar al Hospital.

A su ingreso, se observó hiperpirexia, 40°2, pulso rápido y pequeño. La medicación quínica, aplicada desde el primer día hizo que la apirexia no tardara mucho en presentarse

Encontrándose convalesciente, presentó diarreas glerosas, que después de un purgante salino, ofrecieron el carácter disentérico.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

En este estado, antes de decidir la medicación, se solicitó una investigación coprológica, que reveló la presencia de *Balantidium coli*.

Como consecuencia de este hallazgo microscópico, nos encontramos frente a un caso del síndrome disintérico, que ofrece la mas grande dificultad de curar, pues, todos los autores, ESCOMEL entre ellos, confiesan la ineficacia de las terapéuticas empleadas. Por tal motivo, y como via de ensayo, instituímos la aplicación de la emetina, sin conseguir beneficios apreciables ya que la enferma continuaba con sus deposiciones aumentadas en número, y conteniendo el *balantidium coli*.

Ensayamos después los enemas de permanganato de potasio en solución al 1 por 4,000 pero con idéntico resultado.

En estas circunstancias nuestro colega, y amigo CARLOS A. BAMBAREN, nos insinuó la conveniencia de emplear el azul de metileno, usando solución al 1 por 100 y debemos declarar que, después de su empleo, que comenzó el 11 de marzo, la enferma ha visto desaparecer el síndrome disintérico que la atormentaba y lo que es mas concluyente, el Laboratorio no ha podido encontrar el protozoo en las heces, no obstante los repetidos exámenes que se han realizado.

El tratamiento ha consistido en dos enemas diarios de 300 grs. cada uno, de solución de azul de metileno al 1 % y dieta mas o menos seleccionada.

Conociendo las afirmaciones de muchos autores de que las protozoosis intestinales originan eosinofilia hemática, procuramos comprobarla, pero el resultado de la fórmula leucocitaria fué el siguiente:

Leucocitos.....	6,600
Polinucleares neutrófilos.....	55%
„ eosinofilos.....	0%
Mononucleares grandes y medianos ...	22%
Linfocitos	13%

Como se vé por lo expuesto, los resultados conseguidos con el empleo del azul de metileno en este caso de disentería balantidiana no pueden ser mas alentadores, y no titubeamos en recomendar a nuestros colegas, su empleo en casos semejantes.

El señor CRUZADO manifestó que durante su internado en la servicio del prof. JULIAN ARCE en el Hospital «Dos de Mayo» había observado cuatro casos de balantidiosis intestinal con síndrome enterítico.

El señor BAMBAREN aprovechó la oportunidad para hacer resaltar la importancia de la investigación coprológica y poner de manifiesto la necesidad de investigar los índices parasitarios intestinales entre nosotros, cosa que han emprendido, SILVIO PARODI, J BORZONE y WIDAKOVICH en Buenos Aires.

La «Asociación» en vista de estas razones acordó dirigirse a la Facultad de Medicina para pedirle que dote a todas las clínicas médicas de microscopios, útiles que ya existen en algunos servicios clínicos de la Facultad.

PROGRAMA DEL LABORATORIO DE PLASMOGENIA DE LA HABANA

Nuestro distinguido amigo, el entusiasta investigador cubano ISRAEL CASTELLANOS, cuyas observaciones de Antropología Criminal le han valido justificado renombre, ha emprendido, con denodado empeño, el estudio de la Plasmogenia, que, después de los trabajos de HERRERA, LEDUC, los MARY y otros muchos, ha constituido un sólido cuerpo de doctrina y una vasta disciplina científica.

En el primer número del «*Boletín del Laboratorio de Plasmogenia de la Habana*» aparece el siguiente programa que por conceptuarlo de grandísimo interés científico, ya que deslinda en buena cuenta los límites de esta nueva ciencia, lo trascribimos a continuación.

«La consecución de un plan por modesto que sea, exige siempre un programa, es decir, la determinación previa de lo que se piensa hacer. Por ésto, las comunidades, los centros de cultura, como las publicaciones, generales o científicas, al constituirse se ven constreñidas a explicar el objeto que persiguen. El *Laboratorio de Plasmogenia de la Habana*, al fundarse no puede prescindir de dar vida legítima a un periódico para que sea el vehículo de sus ideas y adquisiciones biológicas. Es mas, se dota de una publicación modesta para enunciar sus propósitos, fijar sus límites y establecer con precisión su especialización científica.»

«El *Laboratorio de Plasmogenia de la Habana* se constituye con el objeto exclusivamente de propagar la nueva disciplina biológica creada por el sabio mexicano Alfonso L. Herrera. Y tiene especial interés en advertir que las investigaciones clínicas no le competen, ni caen dentro de su vastísimo campo de acción.»

«El *Laboratorio de Plasmogenia de la Habana* se concretará a reproducir formas artificiales, simples y complejas, estructuras orgánicas por medio de reactivos y afrontará todos los trabajos experimentales relacionados con la génesis, con la fisiología, con el desenvolvimiento, con la transformación de los seres unicelulares, orgánicos o inorgánicos, naturales o sintéticos, y todo lo relativo a la dinámica de los fenómenos vitales, considerados como dependientes de los determinismos físico-químicos. El resultado de sus investigaciones experimentales serán dados a conocer por el *Boletín*, órgano del *Laboratorio de Plasmogenia de la Habana*.»

«La Dirección del *Laboratorio* no se limitará solamente a dar conocimiento de los trabajos experimentales que se realicen en el mismo, sino que consagrará las páginas necesarias del *Boletín* a la vulgarización de la plasmogenia abstracta. Además, se ocupará de indicar las aplicaciones a la medicina, a la agricultura, a la higiene etc., de la plasmogenia pura. Comprende, pues, nuestro *Programa* todo el elenco de la biología sintética.»

«Los dominios científicos del *Laboratorio de Plasmogenia de la Habana* están perfectamente deslindados: desde el punto de vista técnico, como desde el punto de vista de la filosofía biológica, disfruta de una independencia completa. Los Laboratorios clínicos, químicos y bromatológicos, existentes en esta capital o en el interior de nuestro territorio, tienen un campo de acción enteramente distinto al nuestro: el *análisis* es su sujeto, mientras que el de nosotros es la *síntesis*. Hacemos hincapié en el límite de nuestras atribuciones, porque el *Laboratorio de Plasmogenia de la Habana* no se constituye para violar terrenos profesionales, ni para tomar un puesto que no le corresponde, sino para extender los conocimientos generales de una ciencia nueva que tiene entusiastas cultivadores en el viejo y nuevo continente.»

«Adeptos del nuevo credo, nos proponemos trabajar por él, no solamente como plasmogenistas, sino como amantes de la Ciencia, del Progreso y de la Verdad. Los postulados de la biología sintética encuentran en la Dirección del *Laboratorio* un ardoroso defensor, y ella se encuentra presta a entablar discusión sobre todo lo relativo a las doctrinas y experimentos de la plasmogenia, siempre que la discusión sea fecunda o cortés.»

.....
 «Nuestro *Programa*, pues, es una formal promesa de trabajo, de elaboración científica y seria. No pretendemos que sea bueno; pero sí sostenemos que será honrado. Dos causas poderosas nos saturan el ánimo de optimismo y de fé: una de ellas es que estamos guiados por excelentes propósitos, y la otra, que nos encontramos en plena juventud, en el periodo en que el entusiasmo es sincero e incabable. Y ese caudal, el mas grande que poseemos, lo colocamos modestamente al servicio de la Ciencia, del Progreso y de la Patria.»

PRENSA MEDICA AMERICANA

(De nuestros canjes)

ESTADOS UNIDOS

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. (Marzo 1918).

1. J. A. BLAKER.—«*Tratamiento de las fracturas de las extremidades por medios de suspensión y tracción*». Se describe un aparato, sencillo e ingenioso, para suspender de diversa manera la extremidad fracturada, que contiene un sistema de poleas que permiten hacer la tracción en dirección conveniente por medio de pesas. Trata de las fracturas del tercio superior, medio e inferior del húmero, del tratamiento post-operatorio, de las resecciones de la cabeza humeral

y del codo, de las diversas fracturas del antebrazo, de las variadas fracturas del fémur, de la tibia y peroné, y de los huesos del tarso y metatarso. Las ventajas de este método consisten en la mejor circulación en la extremidad fracturada, en la facilidad con que la lesión puede ser examinada diariamente y en la comodidad para el enfermo.

2. E. G. BECK.—*Tratamiento radical de los abscesos del pulmon y de la osteomielitis crónica por el método de deslizamiento de la piel, sin empleo de suturas.*

3. F. SMITHIES.—«*La función del estómago después de la gastroenterostomía*» Tomando como base el estudio de 8.826 enfermos de afecciones digestivas de los cuales 274 fueron gastroenterostomizados, el A. lleva a cabo muy interesantes observaciones. Trata de las anomalías de digestión subjetivas, de la sintomas de dispepsia, de la peristaltia abdominal visible, del dolor abdominal; hace observaciones sobre el tamaño y capacidad del estómago, emplea comidas de prueba para el estudio de la secreción gástrica, de la quimificación, de la presencia de bilis y de sangre, encontrando una notable disminución del ácido clorhídrico libre en 81 % de los casos; hace análisis de las materias fecales y expone los resultados de numerosos exámenes radiológicos.

4. S. P. REIMANN y J. A. H. MAGOUN.—«*Colesterina contenida en la sangre de los enfermos de litiasis biliar*». Llegan los autores a las siguientes conclusiones: en la colelitiasis, la hipercolesterinemia no es constante; muchas afecciones pueden alterar la proporción de colessterina en la sangre; por consiguiente la hipercolesterinemia no tiene significación alguna en el diagnóstico diferencial de la litiasis biliar.

5. H. B. DELATOUR.—«*Acodamiento del asa sigmoidea*» Describe esta anomalía como causa de constipación habitual y ocasionalmente de obstrucción intestinal. Presenta cinco casos acompañados de radiografías.

6. J. F. BINNIE.—«*Neoplasma maligno del cuerpo tiroides con metastasis en el intestino y en los huesos.*»

7. J. B. MONTOYA Y FLORES.—«*El cáncer en la clínica quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios.*»

8. J. A. WOLFER. «*Infiltración urinaria*» El A. llega a las conclusiones siguientes: La extravasación de orina aséptica puede no producir reacción manifiesta durante cierto tiempo que puede prolongarse hasta cuatro semanas, y después ocasionar una septicemia fulminante. La orina es generalmente séptica en los casos de infiltración debida a una estenosis de las vías urinarias. En muchos casos, la causa de la infiltración es una ruptura de la uretra inflamada. El tratamiento aconsejado para los casos de orina aséptica es suturar el

lugar de la perforación, drenando además los tejidos infiltrados; cuando la orina está infectada se debe hacer la cistostomía suprapubiana, amplias incisiones en los lugares edematosos y subsiguiente dilatación gradual de las estrecheces uretrales.

9. J. J. BUCHANAN. «*Peritonitis producida por salida de bilis, sin manifiesta perforación del aparato biliar*».

10. J. O. POLAK y O. H. HEFFTER.—«*Estudio clínico de la presión arterial y de la hemoglobina en casos de schok, hemorragia y dilatación cardíaca post-operatoria*»

11. R. LEVISOHN. «*Estudios clínicos y experimentales sobre la estenosis pilórica congénita*».

12. H. NEUHOF. «*Trasplatación de aponeurosis para corregir defectos laterales en las grandes arterias*».

13. A. J. NGULASY. «*El tratamiento del puerperio; endometritis decidual polipoide*». Esta afección es la causa más común de septicemia puerperal. El tratamiento consiste en la pronta extracción de la placenta enferma, con lo cual se elimina una importante causa de muerte para la madre.

14. A. ME GLANNAN. «*El uso del suero de Bull en el tratamiento de heridas infectadas con bacilos aerogenes capsulatus de WELCH*».

NACIONALES

Anales de la Facultad de Medicina.—Marzo-Abril 1918.

1) ERNESTO ODRIOZOLA.—«*Sobre un caso de tabes*».—Interesante historia clínica que corresponde a un enfermo de esta entidad, que ofreció una fractura fragmentaria espontánea del hueso iliaco. Además presentaba parálisis oculares y reacción de WASSERMANN positiva. Tres años después ha podido examinarse, y se ha comprobado que los síntomas de su tabes han progresado considerablemente.

2) RICARDO PAZOS VARELA.—«*Anuria completa post-operatoria por nefrectomía en un riñón único*».—Enferma de 16 años que diagnosticada de tuberculosis renal, fué sometida a la nefrectomía, después de cateterizar solamente un ureter, pues, el otro fué imposible encontrarlo. Como la anuria se prolongó por más de 48 horas, no obstante la practica de las maniobras conocidas por despertar el funcionamiento renal inhibido, se intentó cateterizar el ureter, pero no se le encontró; en esta circunstancia se pensó en un caso de riñón único, cosa que confirmó la exploración quirúrgica a las 60 horas de la operación. Falleció a los 12 días de nefrectomizada.

3) JULIAN ARCE.—«*Lecciones sobre la verruga peruana o enfer-*

medad de Carrión».—En esta lección el profesor de Medicina Tropical estudia de manera acabada la verruga benigna o eruptiva. Describe con lujo de detalles, los caracteres de la erupción verrucosa y sugiere la idea de que la localización preferente y especial del brote verrucoso en las regiones mas expuestas y accesibles a los agentes exteriores, se debe a condiciones particulares de biología y destino futuro del agente patogeno, es decir, a su supervivencia. Al ocuparse de la Anatomía Patológica, indica los estudios del Dr. D. МАСКЕНЕ quien ha confirmado en sus líneas generales los trabajos de los experimentadores extranjeros; revisa el asunto de la erupción de verrugas internas y sostiene que no hay pruebas histológicas concluyentes sobre su existencia, pero que el caso descrito por el Dr. Campodónico es suficientemente probatorio, aún en ausencia de comprobación microscópica. El trabajo está abundantemente ilustrado, con fotografías originales.

4) MANUEL A. VELASQUEZ.—«*Dosaje de la urea por la ureasa*».—Trata del análisis cuantitativo de la urea por el empleo de un fermento hidrolizador, la *ureasa*. El empleo de este procedimiento tiene la ventaja de que transforma totalmente la urea en carbonato de amoniaco. La técnica es aplicable para el dosaje de la urea en la sangre.

5) HERMILIO VALDIZAN.—«*Locos de la Colonia*».—El profesor de Enfermedades Mentales y del Sistema Nervioso publica el capítulo primero de una obra que llevará este título; en él estudia las neurosis: histeria y epilepsia.

Gracias a su profundo conocimiento de la literatura de los Cronistas de Indias, exhuma algunos personajes que le permiten hacer diagnósticos psiquiátricos *a posteriori*. Las narraciones clínicas que ofrece son muy sugestivas y por mas de un concepto interesantes; pero no son pasibles de que hagamos el mas mínimo esbozo.

6) HONORIO F. DELGADO.—«*El Psicoanálisis*». (Continuará).

BIBLIOGRAFIA

LOS NEGROS ESCLAVOS por FERNANDO ORTIZ, *Profesor en la Universidad de la Habana*.—Habana 1917.

El conocido publicista cubano, que hoy empuña el estandarte de la erudición en su patria, ha tenido la amabilidad de enviarnos su importante volumen «Los Negros esclavos». El es la segunda edición de la primera parte de la obra publicada en 1906 con el título de «Hampa Afrocubana», y que hoy dada las colosales dimensiones que le ha dado, constituye un volumen de más de 500 páginas.

No hay duda que es por demás interesante el estudio de este

componente étnico de la sociedad de Cuba, y el autor gracias a su profunda versación en estas cuestiones, nos hace una relación científica de la mala vida cubana, en lo que se refiere a la raza negra.

En la imposibilidad de dar una somera idea que abarque fielmente el contenido de esta bella obra, mencionaremos los grandes asuntos de que trata: Introducción al estudio de la mala vida cubana.—Los negros afrocubanos.—La psicología de los afrocubanos.—Historia de la esclavitud afrocubana.—La trata negrera.—Llegada de esclavos a Cuba.—El trabajo del esclavo rural afrocubano.—La vida del esclavo rural.—Los castigos a los esclavos. Las enfermedades del esclavo rural.—La muerte del esclavo rural. El esclavo urbano.—Los emancipados.—Condición jurídica del esclavo afrocubano.—La rebeldía de los esclavos.—Insurrecciones negras en Cuba.

Como puede deducirse de esta simple enumeración de las materias, el libro del Dr. ORTIZ es un estudio de etnografía que interesa a los pueblos que dependieron de la corona española, por cuanto en casi todos ellos vino la inmigración de esta raza de color, que trajo consigo los escasos valores culturales que poseía, sufrió las consecuencias del cambio de medio y legó los frutos de su rudimentaria condición sociológica.

Reciba el eminente profesor de la Universidad de la Habana nuestro agradecimiento por su generoso envío y la admiración por su labor científica, que ha merecido los más calurosos aplausos de los estudiosos del viejo y del nuevo mundo.—C. A. B.

**EFICACIA E INOCUIDAD DEL NEO-SALVARSAN (1914)
APLICADO POR VIA RECTAL**, por el Dr. LUIS DEL PORTILLO.
Madrid 1917.

El autor defiende en este interesante opúsculo de 134 páginas, la prioridad que le corresponde en la aplicación del salvarsan por vía rectal, pues ha sido el que publicó el primero trabajo experimental y clínico sobre la aplicación del salvarsán por esta vía. Estudia después las ventajas prácticas de la vía rectal para administrar el neo-salvarsán en el tratamiento de la sífilis; describe la técnica por él seguida y expone 41 observaciones en las que ha aplicado la terapia erhliana por esta vía, consiguiendo éxito satisfactorios y escapando a las complicaciones que algunas veces se presentan después de las inyecciones intravenosas de neo-salvarsán sobre todo a la insuficiencia suprarrenal súbita.