

THEOCALCIN

Estimulante miocárdico y diurético

Theocalcin-Fenobarbital

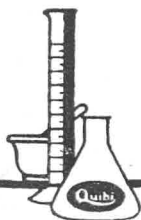
Sedante circulatorio, antiespasmódico y diurético.

Theocalcin-Yoduro de Potasio

Diurético, estimulante miocárdico y vaso-dilatador



es pureza por su
excelente dotación
y sus controles máximos!



INSTITUTO



LIMITADA

BOGOTA

COLOMBIA

Señores Médicos:

El Laboratorio CUP S. A.

(Dr. César Uribe Piedrahita. Director Científico)

tiene el gusto de poner
a órdenes de Ustedes
su Nuevo Producto:

TANENTEROL

(Licencia No. 8003 Min. Hig.)

(Tanato de albúmina y factores del complejo vitamínico B.)

Estados inflamatorios no específicos de las
mucosas del canal gastrointestinal.

Tubos de 20 Tabletas

*

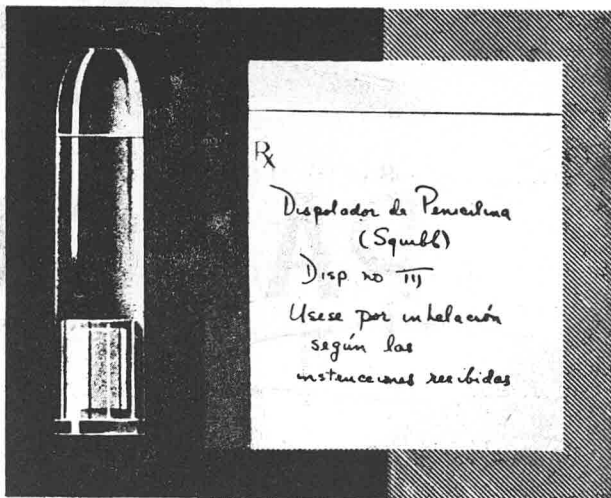
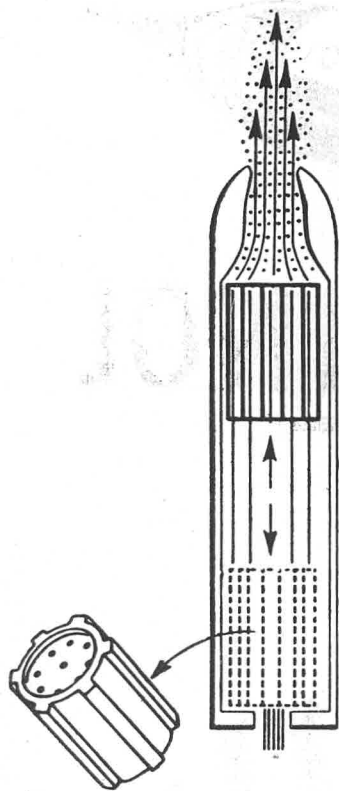
Muestras a disposición de los Señores Médicos.



¡Nuevo! para la terapia por inhalación de polvo de penicilina

DISPOLADOR DE PENICILINA

Inhalador de penicilina micropulverizada SQUIBB (descartable) conteniendo 100.000 unidades de penicilina sódica cristalina



Descartable Después de inhalar la dosis el paciente puede deshechar el Dispolador.

Fácil de usar Cada Dispolador es una unidad terapéutica completa. El paciente no tiene el problema de tener que montar sus piezas.

Eficaz Puede usarse por vía oral o nasal. Concentración máxima de penicilina en un área determinada. Absorción más lenta para obtener una acción tópica más prolongada.

Económico No es necesario comprar otra medicación.

Cada Dispolador contiene 100.000 unidades de penicilina G sódica micropulverizada, que representa la dosis de penicilina usada por la mayoría de los investigadores para un solo tratamiento. Cajas de 1

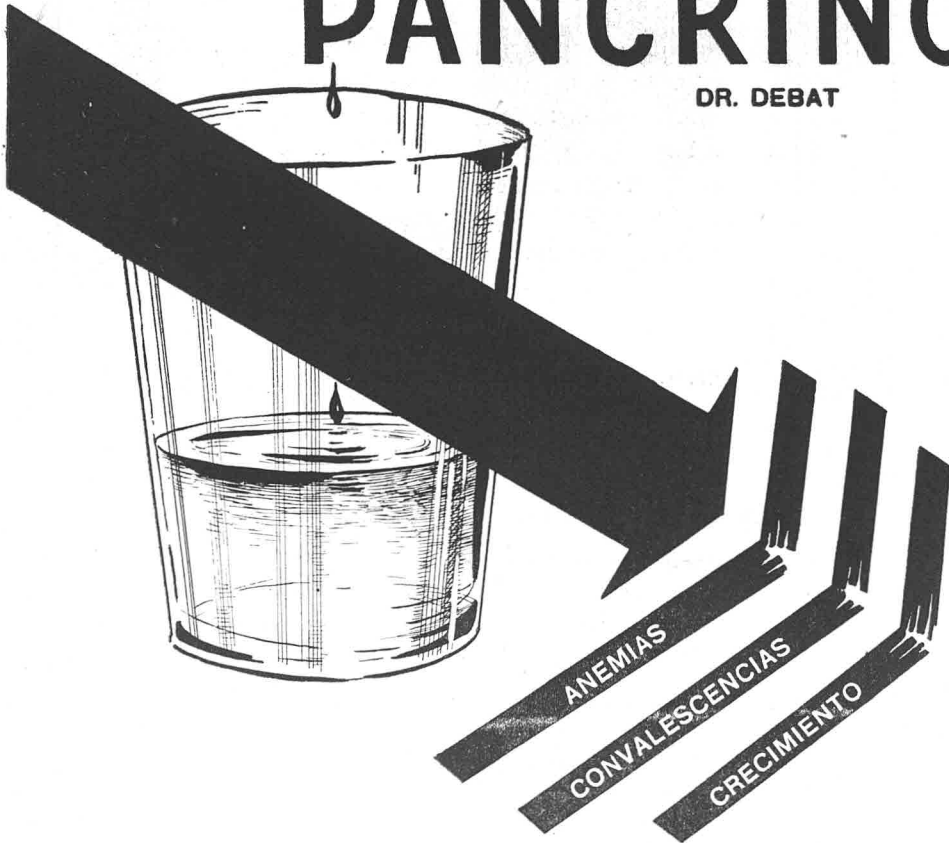
SQUIBB

A LA VANGUARDIA EN LA INVESTIGACION Y MANUFACTURA DE LA PENICILINA



PANCRINOL

DR. DEBAT



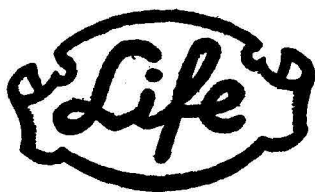
Distribuidores: BERNARD PAULY & VENTURA LTDA.

Bogotá Ap. NaL. 649

Barranquilla Ap. NaL. 616

Medellín Ap. NaL. 2061

Cali Ap. NaL. 615



GRADUALINA

Novísimo solvente para la Penicilina y la Estreptomicina
(AMPOLLAS DE 3 c. c.)

VENTAJAS QUE OFRECE:

- 1) Solvente acuoso de la penicilina, para administración única cada 24 horas.
- 2) Libera lentamente el antibiótico.
- 3) No produce los inconvenientes de enquistamiento de la Penicilina vehiculizada en aceite y cera.
- 4) No presenta fenómenos alérgicos.
- 5) Es menos dolorosa por no contener aceite y cera.
- 6) Es fácil practicar la solución y la absorción en la jeringa.
- 7) No requiere de jeringa y agujas secas y nunca obstruye la aguja.
- 8) No determina la reacción a cuerpos extraños, como lo hacen otras formas de penicilina.
- 9) Después de 24 horas conserva en la sangre niveles útiles del antibiótico.
- 10) Para mantener estos niveles sólo se necesita inyectar 200.000 U. O. de cualquier penicilina corriente.
- 11) La solución se hace tan fácilmente como en el agua o el suero salado isotónico.
- 12) Sólo se necesita 1 ampolla de 3 c.c. de Gradualina para vehiculizar hasta 300.000 U. de penicilina, y 5 c.c. para 500.000 U.

LABORATORIOS «LIFE»

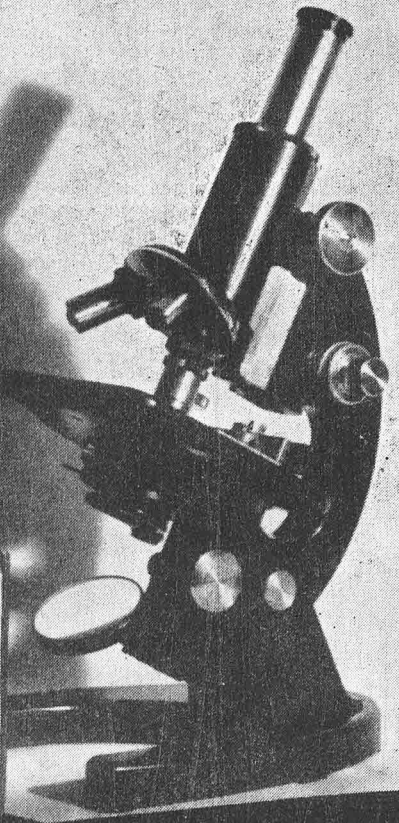
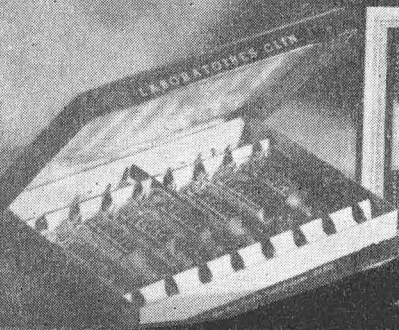
Sucursal para Colombia

Calle 18, No. 13-11 BOGOTA Apartado Aéreo 4406

Teléfono No. 12369



DEFICIENCIAS ORGANICAS PRE - TUBERCULOSIS



suave (sua-ve)

es

la

palabra

Suave es la palabra que describe la acción de 'Agarol'*—laxante suave, bien tolerado y que proporciona tres cualidades esenciales a la evacuación en los estreñidos; humedad, lubricación y estímulo moderado. La humedad se retiene en el bolo fecal por medio de un gel de agar acuoso e hidrófilo. La lubricación es producida por un aceite mineral altamente emulsionado y gomas coloidales indigestibles comparables a la mucina. Se obtiene una suave estimulación peristáltica por medio de su contenido en fenoltaleína blanca, pura, F. E. U.

PRESENTACION: 'Agarol'* se ofrece en frascos de 177 cc. y 413 cc.



'agarol'*



*Marca Registrada



WILLIAM R. WARNER & CO., INC. • 113 West 18th Street • New York 11, N. Y.

ENERGETENES BYLA

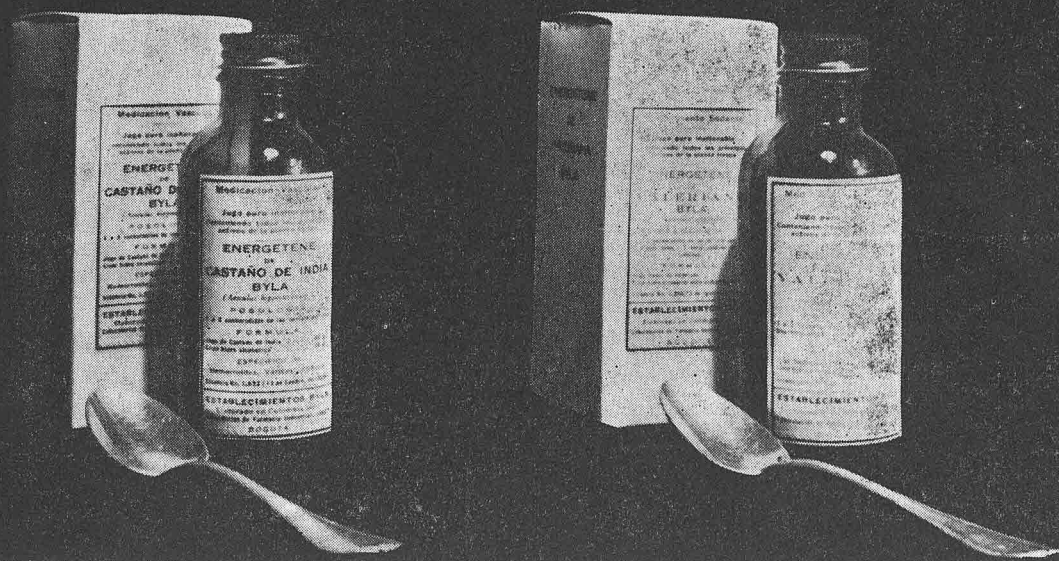
EXTRACTOS DE PLANTAS FRESCAS

ENERGETENE DE
CASTAÑO DE INDIA

MEDICACION VASCULAR

ENERGETENE DE
VALERIANA

MEDICACION SEDANTE



DISTRIBUIDORES: PANNIER & PREVOSTEAU

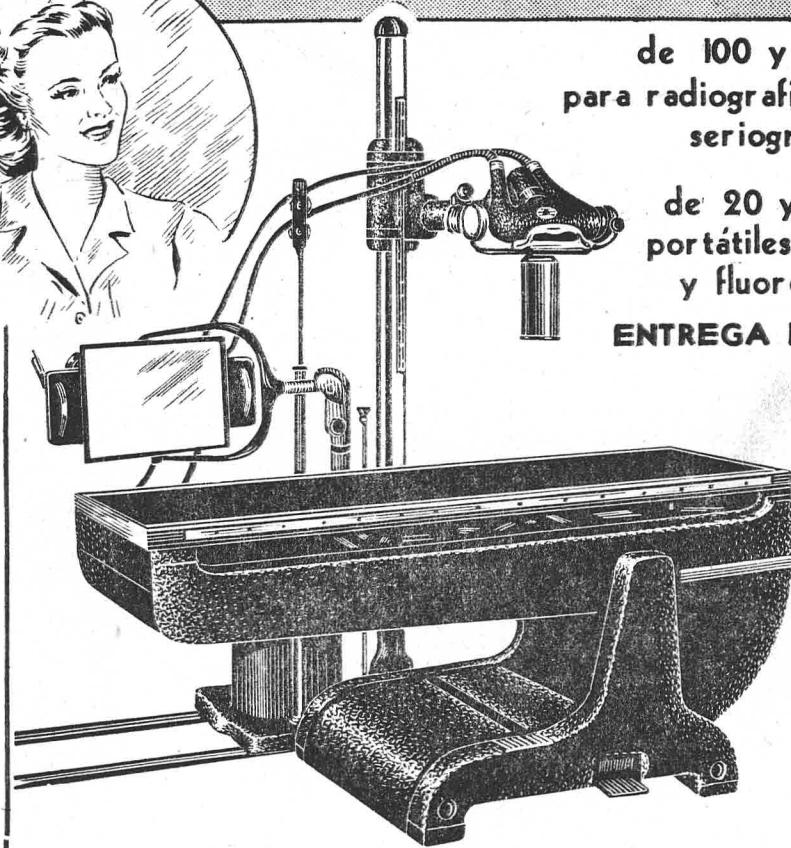
BOGOTA
BARRANQUILLA



APARATOS DE RAYOS X

PHILIPS

DE CIRCUITO AUTOMATIZADO



de 100 y 200 mA
para radiografía, fluoroscopia,
seriografía y

de 20 y 50 mA
portátiles móviles
y fluoroscopios

ENTREGA INMEDIATA



PHILIPS COLOMBIANA S. A.
DEPARTAMENTO ELECTROMEDICO

TRANSVERSAL 17 No. 24-44
TELEFONOS. 51-85 Y 57-35
APARTADO AEREO. 42-82

SALA DE DEMOSTRACION
CARRERA 9a. No. 13-57, 2o. PISO
TELEFONO. 43-40

BOGOTA

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XVIII

Bogotá, Noviembre de 1949

Número 5

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad.

Secretario de la Dirección. Doctor Rafael Carrizosa Argaez.

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Luis Enrique Castro.

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel.

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Prensas de la Universidad Nacional de Colombia.

CONTENIDO:

	<i>Pág.</i>
I MEDICINA FUNCIONAL Y MEDICINA PSICO-SOMATICA, por el doctor Robert Wallis, (Nueva York)	383
II LAS PRIMERAS TREPANACIONES DEL CRANEO EN COLOMBIA, por el doctor Alfonso Bonilla Naar	400
III REHABILITACION DE LA VOZ DESPUES DE LA LARINGECTOMIA TOTAL, por el doctor Carlos Cleves C.	405
IV REVISTA DE REVISTAS, por The Lancet	416

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina
Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerle a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr.

Dirección.....

Ciudad Dpto.

Doctor:

Este modelo de
Mascarilla de Presión Positiva
le suministra el máximo de
Comodidad a su Enfermo.



Servicio de Oxigenoterapia
de la

FABRICA NACIONAL DE OXIGENO

Calle 23, No. 4-91

Teléfonos: 11-305 y 21-195

Este Servicio Es
P E R M A N E N T E

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XVIII

Bogotá, Noviembre de 1949

Número 5

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Arguez

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Dr. Gustavo Angel Villegas

Administrador, Alvaro Rozo Sanmiguel

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres editoriales de la Universidad Nacional

MEDICINA FUNCIONAL Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Por el doctor Robert Wallis (Nueva York)

Conforme a la etimología, la medicina psicósomática trata de las relaciones del espíritu con el cuerpo y viceversa, pero el estudio de la medicina funcional encierra un término más comprensivo, y así en esta conferencia, ensayaremos probar y demostrar que la psicología y la fisiología y también, algunas veces, la patología de origen interno, constituyen una expresión única de un mismo proceso del dinamismo vital.

Sabemos por la historia, que la medicina ha pasado a través de diferentes épocas; una época anatómica, una época anatomo-patológica, una época bacteriológica, una época química y metabólica, en otras palabras, una época fisiológica. Hoy, si se completa esa última parte y si se vuelve, como en los tiempos hipocráticos, a la psicología, es porque con la influencia de las nuevas técnicas de investigación psicoanalítica, llevadas a cabo por Freud, y más recientemente por Young, podemos hacernos cargo del papel tremendo que juega, no so-

lamente el consciente, sino también el inconsciente en la producción, en el desarrollo y en la persistencia de los síntomas. Kreschter ha demostrado que al comienzo de la vida, en el período temprano de la evolución no hay diferencia, en instante dado, entre la expresión voluntaria y la expresión afectiva; ha demostrado también que después esa estructura permanece, aunque no aparente en el consciente, como una realidad potencialmente activa en el inconsciente.

Se sabe también, que fisiológicamente y patológicamente, la salud es un equilibrio; no hay diferencia e independencia entre el cuerpo y el espíritu. Si la salud es un equilibrio, como lo dijo Cannon, la enfermedad es una tentativa de neo-equilibrio, un compromiso por así decirlo, una adaptación, una compensación, pero generalmente una compensación que sobrepasa su objeto. Es decir, que con frecuencia hay una sobre-compensación. El organismo entero es el campo de batalla de esos conflictos que vamos a estudiar; pero el organismo pagará siempre el precio de la batalla, en cansancio, en excitación, en depresión, en ciclos alterados. Cada victoria, será una victoria a la Pyrrhus. Entre los síntomas que se deben tratar, el médico siempre procura saber cómo se han constituido esos síntomas y cómo empeoran después; es decir, cómo evolucionaron en su institución y constitución. En efecto, podemos ver cada vez más que no hay oposición entre la medicina funcional y la medicina orgánica; entre un dolor y una lesión existen todos los intermedios y todas las transiciones posibles. Hasta ahora, fue por eliminación y por ausencia de fenómenos orgánicos que el médico procuraba descubrir si los síntomas que presentaba un paciente eran funcionales, nerviosos o psíquicos. Hoy se sabe bien, como lo afirman English y Weiss, profesores en la universidad de Temple, que las perturbaciones funcionales y orgánicas pueden coexistir, coincidir; se sabe asimismo, que la perturbación funcional puede conducir a la perturbación orgánica; la una no excluye a la otra en la investigación diagnóstica y en la consideración terapéutica. En fin, no es por eliminación solamente que se debe estudiar la perturbación funcional, sino por medio de una investigación positiva y sistemática de la alteración de las funciones o de la personalidad.

En el aspecto clínico, un hecho tiene valor por su ambiente, y algunas veces por lo que era en ese ambiente; ese hecho pasado constituye a veces, el elemento provocador, aún si ese factor de causalidad no actuara más en la actualidad de la observación. Veremos más tarde, muchos ejemplos de impotencia producidos por fenómenos de la infan-

cia; palpitaciones emotivas debidas a perturbaciones acaecidas veinte años atrás. ¿Y por qué? Es porque perpetuamente condicionamos nuestros reflejos y nuestros síntomas y porque la asociación de ideas, la costumbre, la memoria, dan más fuerza al acondicionamiento de esos reflejos por una repetición sintomática, por una reinteración de angustia o de esperanza y finalmente, por la asociación sucesiva de reflejos acondicionados y de reflejos incondicionales. Es así que los síntomas se marcan formándose un círculo vicioso psicossomático. Los órganos reaccionan el espíritu habla por medio de los síntomas psíquicos. El hecho de esperar un síntoma produce una tensión. El hecho de buscar una distensión es también un elemento provocador y de repetición. Se produce un verdadero círculo vicioso entre la función y la distensión, entre la esperanza y la provocación. Es decir que el estudio del terreno donde actúa la persona, el estudio de su ambiente, tienen tanta importancia como el estudio de la enfermedad. El estudio de la personalidad del enfermo es un elemento indispensable para interpretar bien la enfermedad y no exagero al decir que la personalidad del enfermo tiene efecto en la enfermedad, en sus características, en su particularidad, y hasta en su personalidad.

Veremos cuán rara es una persona normal; una persona normal dirigida tan sólo por sus necesidades, por sus emociones e instintos normales sin demasiadas inhibiciones, represiones o miedo. ¿Cuáles son los elementos que permiten reconocer una personalidad normal? Según el doctor Eduard Glover de Londres, son cuatro los elementos principales que permiten reconocer una personalidad normal:

1. El hecho de que el individuo esté libre de síntomas físicos o psíquicos.
2. El hecho de que no está inhibido por conflictos mentales.
3. El hecho de que tenga una capacidad normal de trabajo y rendimiento.
4. El hecho de que esa persona sea capaz de amar a alguna otra que no sea ella misma.

Nos parece necesario agregar un quinto elemento: el sentido de proporciones, el sentido de la jerarquía de los valores, en una palabra, una auto-crítica suficiente. Esos cinco elementos nos permiten juzgar la normalidad.

En otra conferencia hemos demostrado que si se estudia el desarrollo de los instintos, se pueden reducir a dos los motivos o móviles físicos y psíquicos, los elementos que producen la permanencia de esta personalidad psicossomática. El primero es la urgencia, y el otro, es la

angustia ligada a la satisfacción o a la insatisfacción de esa urgencia, de esa necesidad. Satisfacer las necesidades orgánicas y psíquicas para mantener esa personalidad en su equilibrio psicosomático y luego el miedo de no tener éxito o de no permanecer en ese equilibrio. Esos son los dos motores y sus variaciones bastan para explicar el equilibrio psicosomático y su dinamismo. Cuando no se mantiene ese equilibrio o aún cuando sólo se tiene miedo de perderlo, hay una fuga en la enfermedad física o en la neurosis, aún si elimináramos de esta conferencia la psicosis en la que también hay una ausencia de auto-crítica y del contacto con la realidad.

No es exagerado decir que toda persona puede ser en algunos períodos de su existencia un candidato a la neurosis, y que hay una transición insensible entre la neurosis auténtica y la tendencia a la neurosis. Si tenemos una posibilidad de poseer esa tendencia es debido probablemente, a una reacción de defensa. Sobre todo si no se olvida que una gran parte de nuestra vida se basa en el dominio del inconsciente, hecho que conocemos desde la investigación psicoanalítica. Por definición, no tenemos conciencia de nuestro inconsciente, sin embargo ejerce una acción constante que puede ser mayor que la de nuestro consciente. Este hecho aparece evidente durante el sueño en que el inconsciente es el factor dominante y aún durante la vigilia más allá de nuestra consciencia, el inconsciente actúa constantemente para determinar nuestras actitudes y nuestros actos en la vida. La memoria del inconsciente es muy superior a la del consciente, y es por ello que Kubie pudo afirmar: "la vida real de un paciente es una variedad de telón donde, de manera permanente, el pasado proyecta sus obras".

Es necesario estudiar, cómo a través de los diversos aparatos, y cómo a través del tiempo, el organismo responderá, se expresará, se exteriorizará y finalmente, se defenderá. Defenderse o tratar de defenderse por medio de un síntoma, no sería necesariamente la traducción de una enfermedad, pero que al contrario, podría producir o inducir la enfermedad. En efecto, veremos de manera constante y frecuente, cómo una emoción produce un espasmo, una hipersecreción, un dolor, que si persiste, si se lo desdénia, si no es contrarrestado, traerá consigo una lesión.

Estudiaremos primero, las perturbaciones digestivas de origen psicosomático. Si elegimos primero el aparato digestivo, es porque ontogénicamente y filogenéticamente es el más viejo de todos. Además porque la memoria orgánica y psíquica se ha fijado en el aparato digestivo desde el comienzo de la vida. El infante no tiene otra manera

de traducir sus emociones que a través del tubo digestivo, y si más adelante, cuando el niño llega a adulto, el tubo digestivo será un elemento en el que se concentren todas las emociones, y es debido a que las emociones, las pulsiones, la ira, el miedo infantil, se expresaron antes por el tubo digestivo. Y así, en cada lenguaje del mundo encontraremos expresiones que ligan al tubo digestivo con esas emociones; se dice corrientemente que no se puede comer o tragar a una persona o cosa, que no se las puede digerir o asimilar, y se dirá además que una persona o cosa nos dá la diarrea, y es verdad. Es un hecho trivial el decir que una emoción o un miedo pueden inducir una diarrea. Un estudiante que se presenta a exámenes, puede tener espasmos digestivos dolorosos, acompañados de hipersecreción y de una necesidad súbita de evacuar. Es un miedo no justificado producido por fenómenos ciertamente psicológicos; en otros casos es un soldado en el campo de batalla que, aún sin estar herido, al oír detonaciones puede sentir fenómenos digestivos producidos esta vez por un miedo justificado; el valor consiste precisamente en sobrepasar esa reacción orgánica. Estos son dos ejemplos de reacciones digestivas inducidas, una por un miedo injustificado, la otra por un miedo justificado, pero en ambos casos, es una reacción psicósomática en dos realidades del momento. Algunas veces se puede encontrar reacciones psicósomáticas digestiva a través de una ficción, aún si sabemos que se trata sólo de una ficción. Quiero hacer alusión a las reacciones psicósomáticas que nos es dado sentir en el teatro o en el cine, y eso no obstante de saber que el actor en el teatro o en las películas no está en peligro; a pesar de ello tenemos como un nudo en la garganta, sentimos un espasmo gástrico, una tendencia a la náusea, y a veces, la emoción digestiva viene acompañada de lágrimas, lo que significa otro fenómeno psicósomático. Todo esto proviene de una identificación de nosotros con el héroe de la acción; puede que esa identificación sea una identificación, no con nuestro presente, sino con lo que fuimos en el pasado; entre el presente y el pasado no hay diferencia, no existen desasociaciones para el inconsciente. En otras palabras, la identificación se efectúa con un pasado inactual, con carácter de presente, lo que explica la perturbación y la reacción psicósomática del momento.

Llegamos ahora a los síntomas más precisos; síntomas que se pueden observar tanto en el hospital como en el consultorio. Si tomamos cien pacientes que vienen a consultar una perturbación digestiva, podremos encontrar el 85 por 100, sin exageración, que presentan tan sólo perturbaciones funcionales. Son únicamente 15 por 100 los que

tienen lesiones orgánicas, úlceras en el estómago, cáncer del estómago, cáncer del intestino, tuberculosis del intestino, etc. Los 65 por 100 restantes, frecuentemente sufren más que los pacientes con lesiones orgánicas. No presentan lesiones en la radiografía ni tampoco síntomas físicos, pero sufren más, de dolores, de espasmos, de calambres, de distensión por gases, de irritaciones, de hipersecreciones, etc; consideremos con más precisión a los pacientes con manifestaciones gástricas. Nada puede explicar físicamente sus perturbaciones; no hay una sistematización de los alimentos que no les conviene. Algunos días pueden digerir todo y otros no puede digerir nada. En los días y en los momentos buenos, la radioscopia y el examen no muestran espasmos, no hay hipersecreción; por el contrario en los días malos, o en las horas malas, hay espasmo, hipersecreción, dolor, sensibilidad del plexus solar, sin razón aparente. Si se trata a ese enfermo con desdén, tales fenómenos, de temporarios e intermitentes pasan a ser más permanentes y el paciente se convierte en un candidato que tendrá más tarde una úlcera y quizá un cáncer; en todo caso es necesario oliviarlos. Es necesario aliviarlos físicamente con belladona, gardenal, bromuro, bismuto, kanolino, etc., pero ésto no basta; es necesario buscar antes del síntoma, la causa de tal síntoma. No hay duda de que cuando se estudia la personalidad de los gastrópatas, se encuentra en la gran mayoría de los casos, por no decir en la totalidad de ellos, una falta de ajustamiento a la vida sentimental y a la vida sexual; falta de ajustamiento que puede retroceder hacia la infancia, la adolescencia o existir en la vida presente. En la vida presente los pacientes, con frecuencia viven de nuevo las dificultades de la época pretérita de su infancia o de su adolescencia. Aquí otra vez, vivir o volver a vivir una dificultad, es lo mismo desde el punto de vista de la realidad patológica y sintomática. Algunos autores llegan a decir que son las dificultades de ajustamiento sexual o sentimental las que producen la úlcera en el estómago o en el duodeno: presentadas en esta forma, esas afirmaciones son exageradas, pero no es exagerado decir que son dichas dificultades de ajustamiento sentimental o sexual las que en la inmensa mayoría de los casos, producen el espasmo y la hipersecreción, los que a su vez, en algunos terrenos preparados, pueden producir la úlcera.

Es necesario ilustrar con un ejemplo: Recuerdo que una joven de 20 años que verdaderamente tenía todos los síntomas de úlcera del estómago, menos las complicaciones, las hemorragias y la perforación. Tenía acidez e irritación, en la misma forma en que se encuentran en las úlceras del píloro, con náuseas, con una sensación de mareo, vómito, espasmos y, naturalmente, enflaquecía porque no toleraba nada;

píloro y a pesar de la ausencia de una imagen de úlcera, la sintomatología clínica y radiológica estaba por completo en favor de una úlcera; como las medicinas no surtían efecto, se tomó la determinación de operarla. Recuerdo muy bien en este caso, porque yo fui cómplice de esa mala decisión en principio. No obstante como era una muchacha de 20 años que antes estaba en perfectas condiciones y carecía de antecedentes patológicos, recuerdo que antes de adoptar enteramente esa decisión y a punto de salir, le pregunté en forma súbita lo siguiente: ¿"Desde cuándo está usted enamorada, y desde cuándo no es feliz"? De improviso la joven se echó a llorar y me dijo que tenía un novio demasiado joven para casarse con ella con la aprobación de sus padres, quienes querían posponer su matrimonio por el término de dos años. Hé aquí la causa de esa neurastenia, de aquí esa huelga de hambre, de aquí todos esos síntomas clínicos y radiológicos, y debido a ello también la ineficacia de las medicinas. El papel del médico era el de servir de embajador entre la enferma y sus padres. Las mismas medicinas que no tuvieron efecto ninguno, algunos días antes, empezaron a producirlo en cuanto la situación sentimental y familiar se hubo establecido; inmediatamente, y al cabo de tres semanas, la enferma aumentó 3 o 4 kls. los dolores desaparecían milagrosamente. Naturalmente, podría citar miles de casos semejantes, pero sería demasiado extenso para los límites de esta conferencia; ese caso es absolutamente típico; nunca ni la misma enferma pudo darse cuenta de la relación que había entre su inapetencia y su espasmo gástrico; no podía confesar esa relación porque implicaba su yo sexual, su yo sentimental, su yo amoroso, y más simplemente, su amor propio, que prohibía esa confesión. Para conseguir su confesión y para su realización era necesario darle un tratamiento de choque moral con el fin de sobrepasar la defensa de la paciente contra sí misma y contra el médico. Para inducir al mismo tiempo la confesión y la curación, era necesario volverse el aliado del paciente, el paciente de su yo, y el embajador de su yo para alcanzar un éxito al mismo tiempo diplomático y terapéutico.

Lo que afirmamos para el estómago y el duodeno, podemos repetirlo más enfáticamente para el resto del tubo digestivo. Se sabe que las colitis, y en particular las colitis mucosas o mucosas membranosas son debidas, casi siempre, a fenómenos psíquicos. Se sabe también que se las puede calmar, más con los elementos que tienen una acción sobre el sistema nervioso, que con una dieta. El elemento psíquico y el elemento orgánico están de tal manera mezclados que algunas veces es necesario curar al mismo tiempo los fenómenos gástricos indirectos.

Por ejemplo, una de las causas más frecuentes de la colitis muco-membranosa, es la ausencia de secreción del jugo gástrico, lo cual no es de origen físico, sino psíquico como antes lo habíamos dicho: la inhibición psíquica emotiva induce una achylia gástrica. ¿Cuáles son los fenómenos que la desarrollan? Esto sucede debido a que no siendo los alimentos bastante digeridos en el estómago, cuando llegan al intestino no pueden ser atacados por los jugos digestivos, y los alimentos constituyen entonces un irritante para ese intestino; de esa manera se puede comprender que un síntoma en apariencia puramente físico-químico, puede haber sido producido por una inhibición psíquica con acción indirecta. El síntoma es del colon, la inhibición es mental y la transición intermediaria orgánica es gástrica. Por ello muy frecuentemente, confortando al enfermo que sufre de colitis mucosa membranosa, es que se puede dejar de lado el régimen o dieta para reeducar la secreción gástrica y la del colon; pero naturalmente es necesario ayudar al tratamiento psíquico con medicinas, antes de la comida un poco de belladonna, es decir una mezcla de balladonna y de gardenal; durante la comida un poco de jugo gástrico o de ácido hidroclicórico; después de la comida un poco de bizmuto o de Kaolino. El hecho de que sea necesario dar estas medicinas en un orden no indiferente, no quiere significar que el fenómeno no sea psíquico; el tratamiento debe ser mixto ya que la sintomatología es mixta.

Lo que dijimos de la colitis, podemos decirlo también de las constipaciones; sabemos hoy que la educación de la evacuación digestiva es importante en la formación de la personalidad del niño en la época anal, es decir, entre las edades de uno y tres años. Como lo afirman los autores americanos, las materias fecales constituyen el primer "stock", el primer valor que el infante puede trocar al mundo exterior; sabemos y hoy es clásico, que si el infante está rodeado de amor, trata de complacer a su madre dando los excrementos para permanecer limpio. Sabemos además, que muchas constipaciones y muchas avaricias en la vida ulterior, o al contrario, muchas generosidades y diarreas en edad adulta se originan de complejos de la época infantil, de la época de formación y regulación digestiva, a la edad de dos o tres años; cuando se analiza adultos con el tratamiento psicoanalítico para otras razones, surgen muy frecuentemente, inhibiciones inconscientes que producen constipaciones por medio de un espasmo de origen psíquico.

Si consideramos ahora las perturbaciones del aparato cardio-vascular, es natural que veamos que el corazón, después del tubo digestivo, es el órgano que refleja más voluntariamente las emociones. Según

los individuos, y según las circunstancias, el corazón responde más que el tubo digestivo a las emociones. Se sabe por la historia de los lenguajes, que desde la antigüedad el corazón interviene en la traducción de la vida emotiva de origen psíquico y cerebral. Se dice en todos los lenguajes del mundo que falta el corazón para hacer una cosa; se dice también que el corazón derrama sangre a la idea o a la vista de tal persona o de tal objeto. Se dice que el corazón está atormentado; se dice también que una idea nos destroza el corazón, que el corazón se para o palpita en frente de un hecho, de un acontecimiento. Todas esas expresiones dan al corazón, o a través de él, la traducción de una idea, de una emoción, de un conflicto. Todos los cardiólogos saben que la mayoría de los pacientes que vienen al consultorio, sufren de perturbaciones funcionales sin lesiones orgánicas o que no sobrepasaron a tales lesiones. ¿Qué son en esencia esas perturbaciones funcionales del corazón? Consideraremos solamente dos de ellas; las palpitaciones y los dolores. De las palpitaciones digamos solamente esto: pueden ser palpitaciones regulares o irregulares, lo importante es que se las perciba. Normalmente, puede o no sentirse al corazón. Cuando el corazón golpea rápidamente, regular o irregularmente, se trata de un caso anormal; es anormal y es importante. Es importante aún a pesar de toda apreciación de detalle electro-cardiográfico con lesión o sin ella; el hecho de que el corazón golpea rápidamente es importante para su mecánica y si la velocidad aumentada del corazón es producida por una emoción, es lo mismo que el cansancio del corazón que hubiera sido producido por una enfermedad orgánica valvular o por una perturbación del ritmo. Por ejemplo, un paciente cuyo pulso golpea permanentemente a cien o más, tiene una taquicardia regular, aún sin arritmia alguna. Es decir, que la velocidad de su corazón es de 25 o 30 por 100 más que un corazón normal. Es un caso de cansancio muy grande; porque es de 30 pulsaciones por minuto, 1.800 golpes por hora, o sea más de 40.000 golpes inútiles por 24 horas. No se debe olvidar que el corazón golpea 24 horas sobre 24; esto lo sabemos todos, pero se lo olvida. Se olvida en particular, que el corazón no trabaja 24 horas sobre 24, pues sólo trabaja durante la sístole y descansa durante la diástole; los fisiólogos han demostrado que un corazón normal golpeando hasta 60 por minuto, trabaja 1/3 del tiempo aproximadamente 8 horas sobre 24, y descansa 16 horas sobre 24 horas para tener un buen equilibrio y funcionar con facilidad, cosa muy importante por cierto. Al contrario, si el corazón golpea a 100 por minuto, la proporción es inversa: el corazón trabajará los 2/3 del tiempo y descansará solamente

1/3 del tiempo. Esa perturbación funcional basta para producir una lesión. Son cosas muy simples y evidentes pero que se las olvida, y que son fundamentales porque el descanso y las medicinas no siempre son suficientes para moderar el corazón. Es necesario buscar, antes de la taquicardia, la emoción, la atención, la preocupación que insidiosamente pero en forma permanente, producen y mantienen dicha taquicardia.

Durante la guerra era un hecho muy conocido encontrar semejantes taquicardias, acompañadas y no de hipertensión, y verlos desaparecer tan pronto como desaparecía la angustia, a raíz de una carta recibida por el soldado que luchaba en país extranjero. Aquí es evidente la causa aparente. Pero en muchos casos deben buscarse causas inaparentes, a fin de ayudar a curar a los que las sufren.

Nos detendremos ahora en el estudio de los dolores de corazón. Es una discusión médica extemporánea el saber si existe la angina de pecho falsa o verdadera. Esos términos son considerados hoy como inadecuados. El dolor de corazón es siempre malo. No hay angina de pecho verdadera o falsa; no hay dolor de corazón falso o verdadero. Sabemos que el dolor de corazón constituye un síndrome; un síndrome al mismo tiempo del corazón y de la aorta; un síndrome constrictivo acompañado en general de angustia y de irradiación hacia el brazo izquierdo. No hay dolores que sean buenos. Se puede decir que a veces un dolor en la pierna o en el brazo no tiene importancia porque raras veces es peligroso. Pero un dolor de corazón es siempre peligroso cualquiera que sea su origen; puede ser de origen reflejo y no obstante inhibir la contracción del corazón o inducir un síncope brusco que puede ser fatal. No es este el lugar para estudiar los resultados de la radiografía, de la medida de la presión arterial y del electrocardiograma para ver el coeficiente de lesión orgánica, y en particular, las modificaciones de la circulación coronaria; eso hay que dejarlo a los estudios de medicina puramente orgánica.

Sin embargo, es necesario insistir en el hecho de que entre las personas que dan excesivo trabajo a su corazón, no sólo hay pacientes que hacen demasiado esfuerzo físico, sino también y más frecuente, aquellos que dan al corazón un esfuerzo emocional. Pueden ser preocupaciones por negocios o preocupaciones sentimentales que establecen preocupaciones constantes; son personas que quieren descansar de una actividad con otras frecuentemente intelectuales, más sensibles, más atormentadas, más angustiosas, que producen dolores en el corazón. Se dice también que algunos dolores del corazón, como la angina

de pecho, son hereditarios. Puede ser verdad, pero con frecuencia, es más una donación que se hace entre vivos, que un legado: es una manera de vivir, es un ciclo de actividad de emotividad que pueden hacer mal al corazón e inducir un dolor y algunas veces matar. Hay emociones que matan, especialmente cuando son repetidas. Lo mismo se puede decir algunas veces, de las emociones del sueño que tienen también una acción mala sobre el corazón. Se sabe que muchos cardíacos que se despiertan con un dolor o un ataque de dispnea en la segunda parte de la noche porque hicieron demasiado ejercicio o tuvieron demasiadas emociones mientras dormían.

Parece en efecto, que el tener una taquicardia o una palpitación debida a una angustia durante el sueño, trae el mismo resultado malo y el mismo cansancio para el corazón. Por lo tanto se debe distender la personalidad del cardíaco y, si es necesario, darle regularmente no sólo durante el día, sino en la noche, antes de que se vaya a la cama, un calmante o una medicina hipnótica a fin de mejorar la calidad del sueño, por lo menos.

Se conoce muy bien que las hipertensiones reaccionan con las emociones y con los cansancios. Hay médicos que aún creen que algunas hipertensiones arteriales son producidas sólo por los cuidados y la actividad psíquica consciente o inconsciente que pueden constituir y mantener la enfermedad en su totalidad. Esta es una perfecta exageración; pero cuando alguno de esos pacientes, después de una operación de Smithwick que les produce una vaso-dilatación en el territorio del eplacnico posterior a la sección de las cadenas simpático-dorsolumbares, se puede ver no sólo una mejoría de la hipertensión, sino también una reducción de la excitación cerebral y psíquica. Esos enfermos que estaban excitados y atormentados, angustiados e hiperactivos antes de la operación, se estabilizan después. Viene una modificación importante del carácter, se vuelven más tranquilos. Es que existe un círculo vicioso: la tensión arterial causa una presión nerviosa, pero después de la operación la hipotensión arterial trae consigo la tranquilidad de los nervios. No se puede insistir más por ahora, pero queda entendido que hay demasiadas cosas por decir.

Sucede lo contrario en las astenias circulatorias con hipotensión arterial. Son pacientes sin energía, pero esa ausencia de energía, esa tendencia a la depresión y a la neurastenia proviene de la hipotensión arterial. Algunas veces tales fenómenos sobresalen en la posición de pie. Cuando se descubre la hipotensión de postura, se puede curar la causa de las modificaciones de hipotensión arterial, al mismo tiempo

que la depresión física o la tendencia a la neurastenia de esos pacientes. Algunas veces estas personas son muy inteligentes cuando están acostadas o cuando descansan, y por el contrario, tienen una tendencia a desmayarse cuando están de pie. Es el cambio de procesos malos entre las perturbaciones vasculares del cerebro y las perturbaciones circulatorias generales.

El tiempo nos obliga a limitar la descripción de las perturbaciones siguientes para demostrar los factores principales en las inter-relaciones psíquicas y físicas o viceversa, en los otros aparatos.

Por ejemplo, se sabe que muchas perturbaciones respiratorias están evidentemente ligadas a las angustias. Sucede con la respiración lo que con el corazón. Normalmente los movimientos de inspiración y de expiración son inconscientes. A pesar de las perturbaciones orgánicas inducidas por una modificación de la circulación del corazón o por una stasis, hay perturbaciones respiratorias que son producidas únicamente por un espasmo provocado por la angustia. Otros fenómenos respiratorios son puramente funcionales, como el asma por ejemplo. Pero todos los autores que han estudiado los antecedentes de los asmáticos, especialmente en las asmas infantiles, saben que muy frecuentemente, se puede encontrar una situación especial que favorece el asma. No exagero al decir que la mayoría de los infantes asmáticos, son niños que en uno u otro momento estuvieron privados del afecto de su madre y que en adelante quisieron retenerlo. Hay un caso muy frecuente: un infante a quien faltaba el cariño de su madre y que lo recibió mientras sufría de una bronquitis, cuando llegó a la edad de 7 o 10 años empezó a toser sofocándose para conseguir en esa forma, la atención, inquietud y el amor de su madre. Viceversa, esos niños se pueden librar del asma con un tratamiento psíquico y psicoanalítico más fácilmente que con medicinas u operaciones en la nariz.

Hay, como todos sabemos, un coeficiente de alergias y de sensibilización en la causa del asma. Sin exageración se puede afirmar que los fenómenos psíquicos tienen una influencia en la alergia: interviene la memoria y el enfermo puede anticiparse a través de su miedo, preparar su reflejo y acondicionar su reacción. Con el profesor Widal, conocimos un enfermo que sufría de asma a la sola vista de las rosas. Al oler rosas, pensarán ustedes. Nó; no es un error, digo bien al referirme a la vista de las rosas, porque nos fue posible causar ataques de asma a ese enfermo con rosas artificiales en tejido y que por consi-

guiente no exhalan olor alguno. Esto prueba que el psiquismo interviene también en las reacciones auténticamente alérgicas.

Pero pasemos ahora a la consideración de fenómenos glandulares. Naturalmente, con el tiempo limitado, sólo se puede dar algunos ejemplos y nos ocuparemos sucesivamente de las mujeres y de los hombres.

No hay duda que en las mujeres, su vida psicosomática, el establecimiento, el desarrollo y la desaparición de las reglas, juegan un papel muy importante. ¿Por qué? Porque independientemente de todo factor glandular del ovario, los períodos constituyen un símbolo de feminidad. Si se considera solamente las actitudes del espíritu en un momento en que ese símbolo llega a desaparecer, es decir en el momento de la menopausis, en el cambio de edad, en ese preciso momento la mujer empieza a sentirse vieja, cree que va a perder sus atractivos y tal vez su sensualidad. Si en su vida no fue feliz ni alcanzó perfecta satisfacción porque careció del amor con que soñaba, la vida sexual que soñó, ni los niños que deseó es en el momento de la menopausia en que todo eso se cristaliza. Si tiene calofríos y palpitaciones, es verdad que pueden ser mejorados con inyecciones de extracto ovárico, pero los experimentos efectuados en la Clínica Mayo han demostrado que esas pacientes tienen en esa época más necesidad de atención, de comprensión, que de inyecciones. Lo sostengo, porque el 85 por 100 de los casos no necesitaban de inyección alguna, solamente con agua o suero fisiológico se obtenía el mismo resultado que con inyecciones de extracto glandular; era solamente el 5 por 100 de los casos que necesitaba de inyecciones de foliculina o testosteron. Esta es la verdad. Está probado que para curar a muchas de esas mujeres, son necesarias, una sugestión, una tranquilidad o una atención, tanto o más que el tratamiento glandular.

Consideramos ahora a los hombres y mujeres desde el punto de vista de la impotencia y de la frigidez. El problema se plantea en forma idéntica. Es un caso típico en el que prácticamente el elemento físico no cuenta para nada. No hay un caso sobre diez mil que se deba a un tumor de la médula, o una compresión de las raíces, o a lesiones locales. En la casi totalidad de los casos, las causas de la impotencia en el hombre, o de la frigidez en la mujer, son causas morales, psíquicas y que se deben encontrar. La principal es el miedo en diferentes formas; miedo a la desaprobación o a la punición; el miedo al ridículo; miedo de herirse o a herir a su compañero; miedo al embarazo o a la enfermedad. Además de los miedos existe una variedad de inhibiciones que consisten en general, de hostilidades o agresivida-

des contra el compañero o contra los individuos de su sexo. Algunas veces se presenta una tercera variedad de inhibiciones en las cuales la impotencia o la frigidez se deben a un amor que se opone al amor actual. No es solamente porque en el presente se ame a otra persona, sino muy frecuentemente porque se ha amado en el pasado, en la infancia aún inconscientemente, al padre o a la madre y esa fijación permanece en esos individuos. Estas cosas y estos hechos hoy llegan a ser triviales desde los descubrimientos de Freud, y sin embargo los médicos, con demasiada frecuencia tratan inutilmente las impotencias o frigideces en el aspecto físico. En otros casos la impotencia o la frigidez son debidas o están ligadas, a un narcisismo, es decir, a una adoración a sí mismo: esa auto-adoración puede originarse en la infancia, pero permanece en sus consecuencias, previniendo dar y de recibir y, por consiguiente, en el amor impide el ejercicio de la función sexual normal.

La endocrinología entera puede servir para ilustrar las actitudes del espíritu que tratamos de desarrollar aquí para probar las interrelaciones entre el cuerpo y el espíritu. Por ejemplo en el caso de la tiróides, la influencia del cuerpo tiróideo sobre el espíritu es muy típico en el caso del giotri exoftálmica. Se conoce la irritabilidad, la nerviosidad de los pacientes que sufren de esa enfermedad, su imposibilidad de conservar gordura y su inestabilidad térmica. Se sabe que, por el contrario, una emoción, un miedo, puede causar la aparición súbita de un giotri: influencia del cuerpo sobre el espíritu primero, y luego del espíritu sobre el cuerpo.

Pero, si existe una glándula que más que todas las demás pueda tener influencia sobre el espíritu y el cuerpo al mismo tiempo, es sin duda la glándula hipófisis. Esta glándula está situada en el centro de la cabeza, en conexión directa con el cerebro, por un lado, y con los núcleos optálmicos y con los de la región subtálmica es llamada algunas veces el "cerebro glandular". Su influencia es tan considerable que naturalmente nos induce a considerar la influencia del sistema nervioso sobre los fenómenos psicossomáticos.

En efecto, se puede presentar la cuestión del conocimiento de que la acción de la glándula pituitaria es glandular o nerviosa, en la producción de las perturbaciones que vamos a enumerar ahora: gordura, insomnio, jaqueca; se pueden dar otros ejemplos, mas es imposible decirlos todos, pero en cada variedad de estos ejemplos se puede afirmar que la influencia es al mismo tiempo nerviosa y glandular sin desasociación posible.

Consideremos primero la obesidad. La gordura está injustamente considerada como una afección puramente glandular. Esto no es cierto, o si lo es, es tan sólo en uno por ciento de los casos, y al decir uno por ciento exagero; la alienidad es un fenómeno infundibular y un fenómeno psíquico al mismo tiempo. Duncan, en su libro sobre las enfermedades del metabolismo dijo: "Toda obesidad es alimenticia". Esto es verdad, aún si raras veces fuera necesario añadir un coeficiente de insuficiencia glandular para explicar la super-asimilación. Pero lo que es mucho más importante y mucho más frecuente en la obesidad, es la necesidad de la satisfacción oral. Sabemos que ya en la infancia, el infante siente la urgencia de satisfacerse, no solamente en beber y comer sino también de chupar. Más tarde en la edad adulta, la satisfacción oral sigue jugando un papel considerable, independiente de la alimentación y de la bebida. Amamos el chupar dulces, fumar cigarrillos, masticar goma, según el ambiente en que vivimos. Para disimular nuestros cuidados, nuestras perturbaciones, nuestras emociones, nuestras iras, nuestros cansancios, nos damos a la comida o a la bebida. Es una fuga hacia la satisfacción oral en el hambre o la sed compensadoras, que muy frecuentemente es al mismo tiempo la causa del alcoholismo y la obesidad.

Es evidente además, que en la causa de la obesidad hay un factor infundíbulo-tuber, un factor de los núcleos grises centrales de la región subtalámica. Esto es normal; esa región tiene una importancia considerable porque es en ella que tienen su asiento los núcleos grises simpáticos, que constituyen la encrucijada esencial de la vida vegetativa, es un resorte principal como lo dijo Cushing, pues esa encrucijada simpática está en conexión directa con el cortex y recibe del cuerpo entero, los elementos aferentes de todo el sistema simpático.

Es ahí, en el hipotálamus, que tiene su asiento la encrucijada esencial de la vida instintiva y vegetativa; es una verdad anatómica puesto que en ese nivel se cruzan las vías simpáticas de la periferia, y además las vías nerviosas ordinarias cerebro-espinales, así como las vías exteipiramidales. Por intermedio de esos núcleos subtalámicos se hace la conexión entre los centros superiores del cortex, en general, y de los lóbulos frontales, en particular. Es también verdad, desde el punto de vista fisiológico y patológico como lo ilustra la enfermedad.

El centro de la obesidad es vecino y está ligado a los centros del hambre y de la sed. Y por ello se puede ver que este instinto se suprime, se deforma o se exalta debido a tumores que hacen compresión

al nivel del ventrículo tercero produciendo por ejemplo, una exageración de la sed en la diabetes insípida con poliuria. Al contrario, se puede encontrar, a causa de la acción del extracto del lóbulo posterior de la hipófisis, una reducción de la sed o del hambre primitivamente exageradas.

Se sabe asimismo, que durante la evolución de la diabetes insípida es posible encontrar hiperternia, o tendencia a dormir cuando hay una resistencia a la tentación normal de beber demasiado; esto es también normal puesto que en esa región reviven los centros del control de la regulación no solamente del peso del cuerpo, del hombre y de la sed, sino además de la temperatura y del sueño.

Kléitman de la Universidad de Chicago, en un libro maravilloso donde estudia todos los fenómenos del sueño y de la vigilia, remarca la gran importancia de esa región en la que reside el centro de la vigilia, mientras que niega la existencia de un centro del sueño: "El estado de vigilia, por necesidad, es un fenómeno sub-cortical, probablemente hipotalámico. Es una función mientras que en el estado de vigilia suplementaria por elección es una función cortical, como es cortical el círculo de sueño-vigilia en las 24 horas". Es decir, que no hay un centro del sueño, puesto que se puede inhibirlo de la vigilia, para producir el sueño, pero la excitación del mismo centro, solamente puede causar la vigilia, a más exactamente, un estado de vigilia prolongado y no el sueño.

Las experiencias de Cannon y Bar en los animales sin cerebro, demuestran que las excitaciones de los centros subtalámicos pueden producir emociones tales como la ira, la furia, y permanecer en sus síntomas aún sin cerebro. En un libro reciente, Jean Delay estudiando los desarreglos del humor, verifica que residen en el mismo nivel la regulación de las emociones y de los humores; para ese autor es también crucial la encrucijada subtalámica con la ligazón del sistema nervioso de la vida vegetativa y del sistema nervioso de la vida de relación: "el cortex puede estar considerado como el cerebro de la representación y la base como el cerebro de la afección". Según los experimentos de Cannon, la enfermedad puede, algunas veces, liberar las conexiones entre el cerebro y los núcleos subtalámicos: por ejemplo, en los pacientes con arterio-esclerosis cerebral donde las vías aferentes del cortex están cortadas, se puede observar una liberación de las emociones, en que la traducción típica de la emoción está desasociada de la emoción misma: esos enfermos lloran sin tristeza y ríen sin alegría, espasmódicamente. Es importante conocer el

punto de vista terapéutico, porque permite comprender que los shocks comatógenos o epileptógenos pueden tener una acción sobre esos centros subtalámicos para modificar, invertir o curar una psicosis emotiva de excitación o de inhibición por medio de la acción de la corriente eléctrica sobre esta región elegida.

En esta conferencia, naturalmente incompleta puesto que estamos limitados por el tiempo y por nuestros conocimientos, he tratado de hacerles comprender un nuevo punto de vista muy importante para el médico en la medicina general, y es el saber que hay una unidad de comportamiento humano en la salud tanto como en la enfermedad en el espíritu como en el cuerpo. Se puede desasociar sólo artificialmente el uno del otro, por la razón muy simple de que el espíritu está en el cuerpo. El psiquis está en el soma. Naturalmente ustedes deben tener la impresión de que la medicina psicosomática es la medicina toda. Es verdad, y se puede decir sin exageración, que es solamente un nuevo punto de vista, y si algunas veces parece que puede llegar a hacerse confusiones, el dualismo se origina del hecho que para describir una misma enfermedad, se usa no sólo el dualismo cartesiano, sino además un doble lenguaje. Es muy importante en la descripción de los fenómenos el usar siempre el mismo lenguaje, físico, fisiológico o psíquico: no es dado considerar por un lado, que se puede estudiar la física, la biofísica, la fisiología o la sociología de la digestión, y por otro lado, se puede considerar, desde el punto de vista físico, biofísico, fisiológico o sociológico, el hecho de estar enamorado, de dormir demasiado, o de comer demasiado. La confusión es grande, puesto que durante la exposición de los hechos, se utiliza un lenguaje para un caso, y otro para otro caso. Como lo dijo Brown, es muy importante en éstos diversos estudios, el seleccionar un lenguaje único, sea el lenguaje fisiológico o psíquico y proseguir en ese lenguaje. Quedarse en todo caso con el lenguaje el más económico, es decir el más descriptivo sin querer desasociar lo que parece puramente psicológico, lo que es autónomo y simpático, de lo que parece puramente orgánico. La función, la relación, la organicidad constituyen una misma expresión del fenómeno complejo descrito en un lenguaje diferente. El conocimiento de esos hechos permitirá al médico aceptar el traspaso de los fenómenos afectivos, emotivos, ocultos en el paciente y frecuentemente revelados en la enfermedad, si se quiere verlos y tomarlos en cuenta para el diagnóstico completo, lo que supone también el alivio del sano y la curación eventual del enfermo.

LAS PRIMERAS TREPANACIONES DEL CRANEO EN COLOMBIA

¿Se practicó en Rionegro (Antioquia) la primera?

Por el doctor Alfonso Bonilla Naar
Ex-jefe de Clínica Quirúrgica.

Trabajo dedicado al doctor Julio Ortiz Velásquez, Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Medellín.

Con el título de "Historia de Trepanaciones del Cráneo en Colombia" el Profesor J. Ortiz Velásquez (1) anota los siguientes hechos que en forma clara y sucinta deseamos comentar:

1) Su propia rectificación respecto a la que él creyó era la primera trepanación en Antioquia. No fueron los doctores Tomás Quevedo Alvarez, Antonio J. Peláez y Juan B. Londoño, quienes en 1893 realizaron la primera trepanación; fueron los doctores A. Mauro Giraldo y José J. de la Roche en 1892, 3 de marzo, en Rionegro. (pág. 34: en la página anterior cita de primero al doctor de la Roche: "Los primeros que en Colombia se enfrentaron con operaciones de esta naturaleza").

2) El autor agrega, además conceptos inaceptables deducidos después de leer una publicación nuestra (2) respecto a las trepanaciones en Colombia, y en el cual presentábamos la décima segunda realización en Bogotá, y la primera escrita, publicada, aquella de los doctores Pompilio Martínez y Rafael Ucrós en 1903.

3) Como el doctor Ortiz Velásquez concluye que la intervención realizada en Rionegro en 1892 es la primera hecha en el país, voy a transcribir sus frases "claves", con el deseo de mostrar que nuestro comentarista está muy lejos de la verdad en este punto tan interesante de nuestra historia quirúrgica y que, en cambio, ha logrado reunir

datos preciosos para el mismo capítulo, los cuales insertamos en el lugar de predilección que en cuanto a trepanaciones les corresponde a los cirujanos de Antioquia.

Dice el doctor Ortiz en las pags. 35 y 36 (Loc. Cit.): "Según el doctor Bonilla Naar es esta la duodécima intervención en los contusionados del cráneo y la primera que halló escrita. *No sabemos, por lo tanto, en que fecha fue practicada en Bogotá por primera vez dicha operación* (Subrayado nuestro) y agrega: "Lo cierto es que la operación a que se refiere el doctor Bonilla Naar, publicada por los profesores Pompilio Martínez y Rafael Ucrós, tuvo lugar en marzo de 1903, y la publicada en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín, fue en 1892; hay pues once años de diferencia a favor de la practicada en Antioquia. *Creemos pues que con esta anotación, tenemos suficientes para afirmar que la primera trepanación fue practicada en el Departamento de Antioquia, no en su capital, sino en la ciudad de Rionegro*". (Subrayado nuestro).

La primera frase es lógica, exacta. Si transcribiáramos la *décima segunda*, era *porque existían once anteriores* realizadas en Bogotá, y sólo investigando podría saber cual fué la fecha de la primera. Además, el hecho de que fuera escrita, la primera publicada que encontráramos, lo más que autoriza a decir es que en Antioquia se había publicado un caso de trepanación once años antes, y nada más. Le tocaba al doctor Ortiz investigar lo propuesto por él en su primera frase y no lo hizo. Sin este dato elemental, cómo pudo concluir que tenía *razones suficientes para afirmar* que la intervención de Rionegro en 1892 era la primera? Aún más, ni siquiera como indicación de trepanación por traumatismo craneano tiene su dato prelación como se verá en seguida. Sólo, y eso sí (como dato que desconocía el autor) su información corresponde a la primera trepanación seguida de éxito en el país *siete meses* antes que el Profesor Julio E. Torres consiguiera la primera curación en Bogotá (octubre de 1892). Esto, que no dijo el doctor Ortiz, está muy lejos de la verdad sobre quién realizó la primera trepanación en Colombia.

Vamos a transcribir en orden cronológico las primeras trepanaciones colombianas desde 1789 hasta 1906, datos obtenidos, casi todos, de la Tesis de Grado del doctor Roberto Albornoz L. (3) y que fueron considerados por un Jurado idóneo, entre los cuales se encontraba el Profesor Pompilio Martínez como presidente de la Tesis. Adicionaremos estos hechos con los informados por el doctor Ortiz Velásquez, a quien felicitamos muy de veras por su asiduidad en esta clase de la-

bores dispendiosas, y de quien sólo disintimos en la asignación de la primera trepanación colombiana.

1879. El Profesor Juan David Herrera, en septiembre, realiza la primera intervención en el país, por "traumatismo craneano". Resultado fatal.

1880. (Abril). El mismo autor, realiza la segunda, con idéntica finalidad y resultado.

1888. (Junio). El Profesor Juan Evangelista Manrique, realiza la tercera intervención, por "traumatismo craneano y herida de la meníngea media", con resultado fatal.

1892. (3 de marzo). En Rionegro (Antioquia) los doctores Antonio Mauro Giraldo y José J. de la Roche, a un soldado herido en el cráneo hacía 17 años en la batalla de "Garrapata", lo operaron con éxito para una epilepsia Jacksoniana. (Primer caso curado por trepanación en el país).

1892. (Octubre). El Profesor Julio Z. Torres opera un absceso cerebral traumático, con curación.

1892. (Dic. 22). El doctor Antonio M. Barrera extrae con éxito una bala incrustada en "la tabla interior del hueso hundido". "Veinte días después el enfermo movía los brazos y las piernas", y a los cuarenta días estaba bien cicatrizada. (Cita del doctor Ortiz, pág 35. Loc. Cit., sin precisar localidad colombiana y sólo anotando que "es la segunda publicada que encontró. El trabajo fue presentado en el primer Congreso Médico Nacional de 1893).

1893. Los doctores, Tomás Quevedo Alvarez, Antonio J. Peláez y Juan B. Londoño en el paciente J. V. A., operan un tumor de la tercera circunvolución frontal izquierda (glioma) con resultado fatal (Medellín) (Cita del doctor Ortiz Velásquez). Se trata de la primera intervención colombiana para un tumor cerebral.

1894. (Marzo). El profesor Julio Z. Torres opera un neoplasma del cráneo. Curación inmediata. Muerte por reproducción tardía.

1895. (Noviembre). El Profesor Juan David Herrera, opera a un niño de cuatro años y medio de edad y obtiene curación.

1896. Los profesores Juan B. Montoya y Florez, Antonio J. Peláez y Juan de Dios Uribe (Medellín), tratan un hundimiento del cráneo en un paciente de 22 años con todo éxito. (Cita de Ortiz V.).

1898. (Junio). Juan David Herrera. Traumatismo craneano. Muerte.

1899. (Abril). Doctor Manuel N. Lobo. Absceso cerebral de origen traumático. Curación.

1899. (Septiembre). Doctor Julio Z. Torres. Exostosis sifilitica del parietal. Curación.

1900. (Julio). Doctor Julio Z. Torres. Carie sifilitica del cráneo. Curación.

1901. (Abril). Doctor Pompilio Martínez. Cefalalgia rebelde e hiperostosis. Curación.

1903. (Marzo). Doctores Pompilio Martínez y Rafael Ucrós. Epilepsia Jacksoniana. Curación.

1904. (Marzo). Doctor Hipólito Machado. Fenómenos de compresión craneana. Curación.

1904. (Abril). Doctor Pompilio Martínez. Epilepsia Jacksoniana. Muerte.

1904. (Diciembre). Doctor Pompilio Martínez. Trepanación exploradora. Curación.

1905. (Marzo). Doctor Luis Felipe Caiderón. Meningoencefalitis supurada de origen traumático. Muerte.

1905. (Mayo). Doctor Pompilio Martínez. Epilepsia Jacksoniana. (Absceso). Curación.

1905. (Noviembre). Doctor Pompilio Martínez. "Epilepsia Jacksoniana. (Absceso). Curación.

1905. (Noviembre). Doctor Zoilo Cuéllar Durán. "Epilepsia Jacksoniana de origen específico". (Hiperostosis). Curación.

1906. (Enero). Doctor Pompilio Martínez. Absceso Cerebral. Curación.

1906. (Enero). Absceso Subduramadriano. Doctor Pompilio Martínez. Curación.

1906. (Febrero). Doctor Pompilio Martínez. Herida del cuero cabelludo y meningoencefalitis supurada. Muerte.

1906. (Mayo). Doctor Pompilio Martínez. Tumor cerebral, cefalalgia rebelde. Curación.

1906. (Mayo). Doctor Pompilio Martínez. Tumor cerebral, cefalalgia rebelde. Curación.

1906. (Septiembre). Doctor Pompilio Martínez. Epilepsia Jacksoniana. Curación.

En resumen: La primera y la segunda trepanación las realizó el Profesor Juan David Herrera en 1879 y 1880, con resultado fatal (Bogotá). La primera trepanación con éxito se realizó en Rionegro, (Antioquia) por los doctores Antonio M. Giraldo y José J. de la Roche en 1892. La primera intervención colombiana para un tumor ce-

rebral, se llevó a efecto en Medellín por los doctores Tomás Quevedo Alvarez, Antonio J. Peláez y Juan B. Londoño (Defunción).

Hubo 28 trepanaciones en 27 años, con 22 curaciones: El Profesor Julio Z. Torres obtuvo 100 por ciento de éxito en curaciones; el Profesor Pompilio Martínez, 10 curaciones entre 12 operados, y el Profesor Juan David Herrera realizó, en el paciente de menor edad (cuatro y medio años) una trepanación con éxito.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- (1) Ortiz Velásquez, Julio. Historia de las trepanaciones del cráneo en Colombia. Rev. Med. Cir. del Atlántico., 16 (5): 33-53, mayo-49.
- (2) Bonilla Naar Alfonso. Heraldo Médico, junio (pág. 15) 1945.
- (3). Albornoz L. Roberto. Técnica general de la trepanación en las lesiones cerebrales accesibles por la bóveda craneana, Tesis de Grado Fac. Nal. de Medellín. Imprenta Eléctrica. 1906.
- (4). Giraldo, Antonio Mauro, y de la Roche, José J. Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Tomo IX. Abril 23 de 1893. (Cita de Ortiz V.).
- (5). Barrera Antonio María. Primer Congreso Médico Nacional. Tomo V. Oct. de 1893 (Cita de Ortiz V.).

REHABILITACION DE LA VOZ DESPUES DE LA LARINGECTOMIA TOTAL

Por el doctor Carlos Cíeves C.

VOZ ESOFAGEANA

Uno de los argumentos más empleados por los radioterapeutas en favor del tratamiento de las lesiones neoplásicas de la laringe por medio de los RX, es la pérdida de la voz que acarrea la cirugía. Sin embargo, esto no es completamente cierto ya que las intervenciones quirúrgicas como la laringofisura o la hemilaringectomía no dan lugar a pérdida de la voz sino más bien a modificaciones de ésta, las cuales en gran número de casos son poco manifiestas. Estas consideraciones son el fruto de una revisión de los trabajos presentados en este sentido por el doctor C. L. Jackson, cuyas conclusiones copio a continuación:

“A 51 pacientes operados los últimos 10 años por laringofisura, se les envió un cuestionario con las siguientes preguntas: Ha desarrollado usted después de la operación una voz útil? A esta pregunta contestaron 43 afirmativamente.

A las preguntas es su voz Buena? Regular? o Mala? 8 contestaron buena, 37 regular, y 6 mala. En este cuestionario estaban incluidos individuos de diversas profesiones tales como médicos, abogados, banqueros, comerciantes, profesores, editores, mecánicos, empleados, electricistas, hacendados, ect., 43 de ellos pudieron usar nuevamente el teléfono y de 16 que cantaban antes de la operación solamente tres afirmaron que podían hacerlo después”. En los casos que he tenido ocasión de tratar y de controlar después de algún tiempo de operados he podido observar que las modificaciones que trae la laringofisura son realmente insignificantes, y en cambio el porcentaje de curaciones es muy alto; 95 por 100, según las estadísticas presentadas por el doctor Kernan de Columbia University.

Para las lesiones más extensas en las cuales no da suficiente garantía la laringofisura o la hemilaringectomía se debe practicar la laringectomía total. Esta operación consiste en la extracción total de la laringe desde el hueso hioides, hasta el borde inferior del cartilago cricoides. El estoma de la tráquea se debe suturar a la piel del cuello y la respiración se hace a través de ésta abertura en lugar de la nariz o la boca. La comunicación con la faringe, que trae la extracción de la laringe, se debe suturar para que el paciente siga haciendo su alimentación normalmente por la boca (Fig N^o 1). Desde luego, esta intervención priva al paciente de su aparato vibrador y por lo tanto de su voz. Pero la razón principal por la cual el enfermo no puede hablar es porque carece de una columna de aire vibrante para modular en la boca, con los labios, lengua paladar, etc., y formar las palabras. Es decir, si a estos enfermos laringectomizados se les suministra un chorro de aire que vibre, pueden volver a hablar, pues la vocalización se hace en la boca y no en la laringe; ésta tiene como principal función en la fonación poner en vibración el aire pulmonar. Este

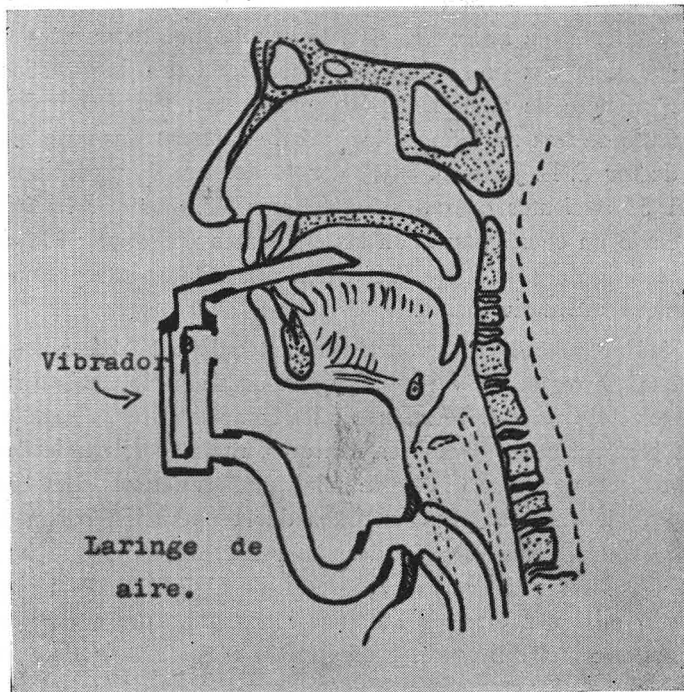


Figura Número 1

hecho es de comprobación diaria; un enfermo con un polipo laríngeo, una laringitis catarral, o cualquier otra enfermedad que entorpezca a este órgano en su funcionamiento, no da lugar a trastornos tan marcados en la buena vocalización, como una lesión en la lengua como por ejemplo una brevedad del frenillo, un absceso del piso de la boca, una sinequía del velo, etc.

De allí, que en la rehabilitación de la voz del enfermo laringectomizado lo más importante es el suministro de un chorro de aire que vibre para que pueda desarrollar una pseudo voz.

Esto se consigue de dos maneras; por medio de una laringe artificial o por la formación de una pseudo glotis que haga posible la fonación valiéndose de la misma garganta del paciente. Este segundo método es actualmente el más empleado. La voz que obtiene el enfermo es más natural que la producida con una laringe artificial.

Su tono no es duro ni metálico, y con algún entrenamiento los sonidos obtenidos permiten formar una voz que con el transcurso del tiempo llega a hacer muy difícil saber, al oírlos, si han sido laringec-

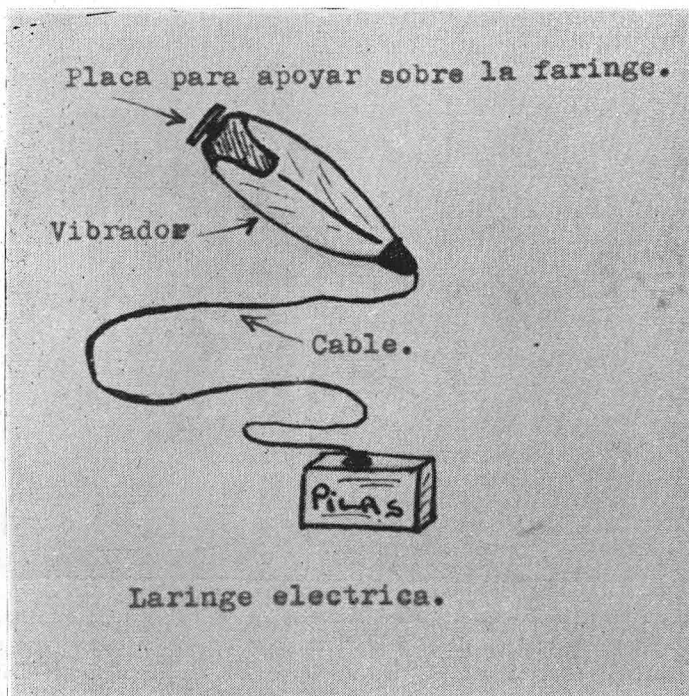


Figura Número 2

tomizados. Por el contrario las laringes artificiales son muy notorias, requieren muchos cuidados y dejan al paciente inválido cuando se dañan. Tienen la ventaja de que el enfermo aprende a hablar fácilmente, pero sólo se debe usar en aquellos enfermos que no logran desarrollar una voz esofageana, lo cual es muy raro.

Existen dos modelos de laringes artificiales; el uno eléctrico de pilas, las cuales ponen en funcionamiento un pequeño vibrador que al colocarlo en la pared externa de la faringe, pone en vibración el aire contenido en la boca y le permite al enfermo hablar. (Fig. 2).

El otro modelo de la laringe artificial es el de aire, que consiste en un tubo, uno de cuyos extremos se coloca sobre el estoma traqueal.

Una sección de este tubo muestra una pequeña membrana la cual vibra al pasar el aire que viene de la tráquea. Estas vibraciones se conducen por un tubo flexible de caucho a la boca.

Con algún entrenamiento el paciente logra aprender a hacer los movimientos fonatorios necesarios, sin que el tubo le interfiera. Es

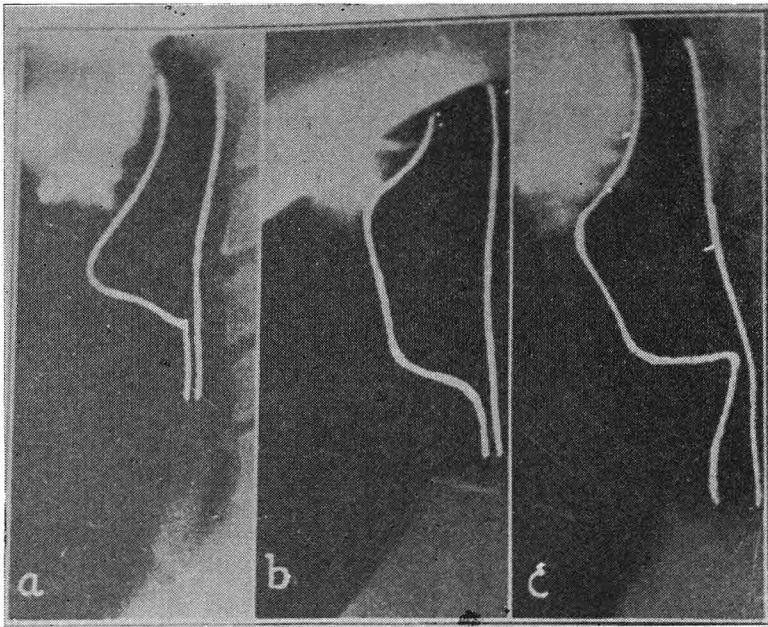


Figura número 3.—Radiografías laterales de la hipofaringe que muestran: a) Hipofaringe normal en un paciente laringectomizado sin cánula traqueal. b) La hipofaringe dilatada con el aire inspirado. c) La hipofaringe dilatada al máximo con el aire inspirado, inmediatamente antes de ser expulsado para producir el sonido.

posible variar el tono del sonido, controlando la columna de aire o en algunos modelos graduando la membrana. Aunque el tono es siempre monótono y metálico, la voz es bastante clara y fuerte como para hacerse oír en grupo o por teléfono. (Fig. 3). Sinembargo, lo ideal es darle al paciente el entrenamiento necesario para que desarrolle sin el uso de estas laringes artificiales una pseudo voz, lo cual generalmente se consigue. Hay varias maneras de obtener esta pseudo voz; son muchos los intentos que se han logrado con el fin de obtener una comunicación de la tráquea a la faringe con el objeto de llevar el aire pulmonar a través de esta fístula, que obraría como glotis. Se cita en la literatura médica el caso de un paciente que se hizo esta comunicación con un alambre caliente y obtuvo una voz muy satisfactoria. Sinembargo, estas fistulas tienen el peligro de que los alimentos y sobre todo los líquidos caigan al pulmón y den lugar a graves complicaciones.

Una segunda manera de lograr una pseudo voz es valiéndose del aire bucal. Este tipo de voz produce un sonido muy débil y es contraproducente que el paciente se acostumbre a ella porque hace más difícil el desarrollo de la voz esofageana. La voz esofageana se obtiene gracias al almacenamiento de aire en la parte alta del esófago y a la estrechez que se forma a la entrada de éste, es decir, a nivel de los músculos cricofaríngeos. Esta estrechez al hacer las veces de glotis pone en vibración el aire que se expulsa del esófago. El aprendizaje es más bien fácil, el tono es bajo y bastante natural. En algunos pacientes que tuve ocasión de ver, operados por el doctor Martín y reeducados en el National Hospital for Speech Disorders de New York, la voz que habían obtenido era bastante buena y sobre todo fuerte ya que se hacían oír a más de 10 metros de distancia. En los enfermos operados por nosotros he podido ver que el aprendizaje es más bien rápido y sobre todo que no requiere de mayores instrucciones por parte del médico. La consideración más importante para el desarrollo de la voz esofageana es el estado psíquico del paciente, sin duda una laringectomía da lugar a un traumatismo psíquico considerable; al regresar de la anestesia el paciente se da cuenta de que no le es posible hablar ni expulsar los cuerpos extraños de su garganta por medio de la tos. No puede sonarse ni estornudar. La brusca desaparición de estos medios de defensa, unida a la pérdida de la voz, las limitaciones físicas impuestas por la operación y el miedo a una recaída vuelve a muchos pacientes pesimistas y los induce a aceptar una invalidez que puede evitarse.

La comprensión por parte del médico de estos factores psicológicos disminuirá considerablemente la aparición de complejos en el enfermo,

lo cual facilitará enormemente su rehabilitación. Hecho el diagnóstico de cáncer laríngeo, el paciente debe ser informado de su enfermedad, pero en una forma prudente. A cierto tipo de enfermos es prudente y conveniente informarlos acerca de los trastornos a que dará lugar la operación incluyendo conversación, respiración, olfato, tos, etc., etc. Pero en nuestro medio y sobre todo en individuos de un nivel intelectual bajo yo creo que la explicación minuciosa de los trastornos funcionales post-operatorios se debe evitar porque ello da lugar a que el enfermo rechace la operación que le salvará la vida. Esto lo hemos visto ya con 4 enfermos, dos de clientela privada y dos enfermos del Instituto de Radium en los cuales se diagnosticó un carcinoma laríngeo intrínseco que de haber sido operado entonces habría salvado la vida al enfermo. Pero estos pacientes rechazaron la operación tal vez por la minuciosidad con que se les explicó y meses más tarde cuando volvieron resueltos a ella ya no era posible hacer nada. . . . Es importante tranquilizarlos y asegurarles que recobrarán la voz. Cualquier paciente puede en el peor de los casos usar una laringe artificial y la gran mayoría pueden desarrollar una voz esofageana adecuada.

La conversación con un paciente laringectomizado que haya obtenido una buena voz ayudará considerablemente a estos enfermos. Conviene explicarles en una forma sencilla la función normal de la glotis y del esófago y luego, los cambios anatómicos que traerá la operación. En esta forma el enfermo está en mejores condiciones para desarrollar la voz esofageana.

El primer paso en el aprendizaje consiste en enseñar al enfermo a almacenar aire en el esófago o en el estómago; aunque esto último no lo recomiendan la mayoría de los terapeutas por diversas razones. Esto se consigue tratando de tragarlo u oprimiendo suavemente la cánula traqueal y haciendo una inspiración profunda con los músculos del tórax; en esta forma el aire al no poder entrar al pulmón pasa directamente al esófago o al estómago. La presión sobre el orificio traqueal deberá ser muy suave, porque si no, se corre el riesgo de que se comprima el esófago también. Sin embargo, lo más sencillo es que el enfermo trate de pasar el aire. Este tiempo es el más difícil del aprendizaje. Los períodos de práctica deben ser más bien cortos repetidos a intervalos largos, ya que la práctica constante fatiga la musculatura faríngea y dificulta el aprendizaje. Algunos autores aconsejan a sus pacientes hacer estos ejercicios acostados, para obtener una relajación de la musculatura del cuello y facilitar la entrada del aire al esófago.

Tan pronto como el enfermo haya aprendido a tragar el aire, no

importa que la cantidad sea pequeña o que se produzca mucho ruido al hacerlo, se debe intentar el próximo ejercicio, o sea la expulsión o regurgitación del aire tragado y la modulación de éste en la boca. Mejor dicho, erupcionar este aire y aprovecharlo, para hablar. Esto se consigue haciendo una expiración que contraiga los músculos torácicos a la vez del crico-faríngeo para que cierre la boca del esófago, y haga las veces de una pseudo glotis que ponga en vibración el aire expulsado.

En esta etapa del aprendizaje se presentan algunos problemas: la toma de aire se puede acompañar de un ruido desagradable, o el paciente no puede expulsarlo porque el aire está en el estómago, o en la parte baja del esófago. La burbuja de aire puede también ser muy pequeña y por lo tanto producir únicamente un ruido muy ligero. La expiración puede acompañarse de un ruido muy fuerte producido por el aire que sale por el estoma traqueal. A todas estas dificultades y errores se les debe poner atención en un principio si se quiere conseguir una voz esofageana buena. Algunos pacientes, por ejemplo hacen movimientos exagerados de la cabeza al tomar el aire, este defecto se debe corregir a tiempo porque hace muy manifiesta la toma de aire y defectuosa la voz.

Los ruidos producidos en la inspiración se deben a una tensión exagerada de la boca del esófago (crico-faríngeo) y a otros factores no bien aclarados todavía. Teóricamente existen algunas razones para pensar que la cortedad del cricofaríngeo ocasionado por la operación pueda ser la responsable de la dificultad para deglutir el aire. De todas maneras se debe tratar de obtener la relajación de la entrada del esófago durante la inspiración. En algunos casos parece muy difícil eliminar ciertos ruidos que aparecen durante la inspiración, pero con el tiempo y la práctica éstos llegan a ser imperceptibles. La tendencia a que el aire siga hasta el estómago se puede evitar diciéndole al paciente que lo expulse tan pronto entre al esófago.

Cuando la cantidad de aire tragado es muy pequeña se puede tratar de tomarlo varias veces antes de hablar lo cual permite al paciente desarrollar un buen almacenamiento de aire en el esófago. (Fig 4).

Las principales dificultades encontradas en la fase expiratoria son debilidad en el tono y la presencia de ruidos extraños debido al chorro de aire que sale por la tráquea. La debilidad en el tono es producida por la hipotonía o aducción incompleta de los músculos que cierran la pseudo glotis.

Esto se evita con un poco de práctica o con ejercicios especiales

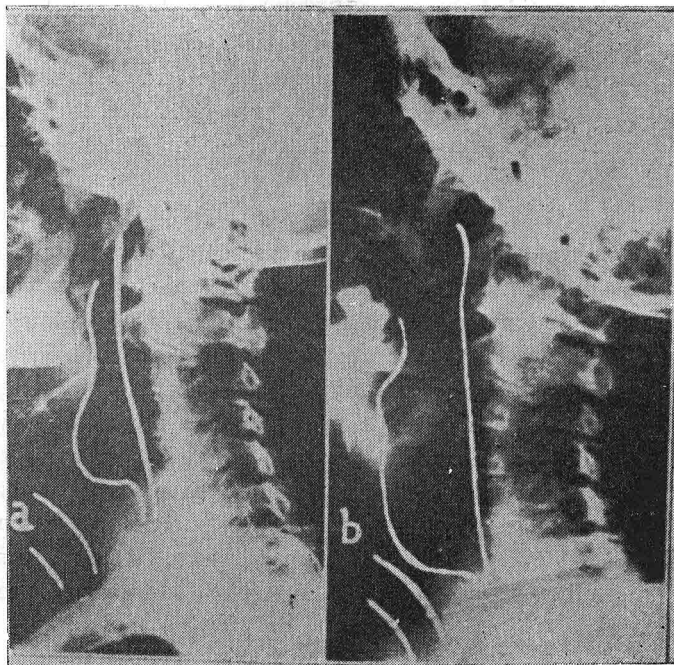


Figura número 4.—Radiografías laterales de la hipofaringe que muestran: a) La hipofaringe normal de un paciente laringectomizado sin cánula traqueal (a. estoma traqueal). b) Enorme dilatación de la hipofaringe del mismo enfermo inmediatamente antes de expulsar el aire para hablar.

para corregir este defecto, y si el tono producido al hablar no es muy bajo, lo mejor es continuar el tratamiento, y dejar para más tarde los ejercicios para desarrollar una voz más fuerte. Estos ejercicios hacen necesaria la contracción permanente de los músculos constrictores de la faringe, pero se deben hacer por períodos cortos pues producen irritación y dolor de garganta lo cual implica un descanso y la interrupción del tratamiento.

La presencia de ruidos producidos por la fistula traqueal en el momento de la expiración se debe a la contracción exagerada de los músculos expiratorios del tórax. El paciente debe aprender a expulsar este aire sin esfuerzo. Cuando se usa cánula traqueal los ruidos son producidos muchas veces por torbellinos de aire que se forman en la parte baja de la cánula o en su orificio exterior. Por esto es importante cuando el paciente insiste en usar cánula indefinidamente, recortarla en cierta forma para evitar la formación de estos torbellinos.

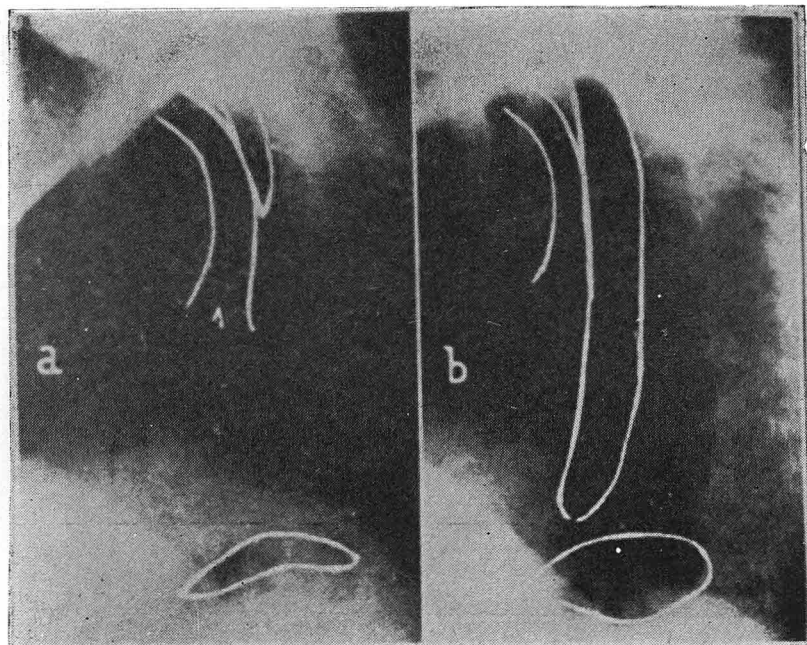


Figura número 5.—Radiografías laterales del tórax en las cuales se ve: a) La tráquea y una pequeña cantidad de aire en la parte alta del esófago y del estómago. b) El esófago enormemente dilatado por el aire inspirado y la burbuja de aire del estómago aumentada también.

Cuando el paciente haya aprendido a tomar una buena cantidad de aire en el esófago, a retenerlo y al expulsarlo producir un sonido fuerte, entonces si se puede comenzar el aprendizaje para modular estos sonidos.

Los sonidos más fáciles son las vocales a, e, i, o, u, en ciertas palabras cortas como A, en As, E, en EL, I, en Ir, etc.

Luego se pueden ensayar palabras más largas y que requieran los movimientos de la lengua y mandíbulas como por ejemplo:

Altar, orar, ver, etc. Luego frases como: Yo como, yo veo, etc.

Posteriormente se debe enseñar al paciente a pronunciar aquellas letras que no requieren aire esofageano, sino aire bucal como P, T, S, F., para luego combinarlas con los vocales.

Los períodos de entrenamiento no deben pasar de 5 o 10 minutos repetidos unas seis veces en el día.

De palabras el enfermo debe pasar a frases cortas, tomando aire en el intervalo entre palabra y palabra; ejemplo; Yo-no-voy. Yo

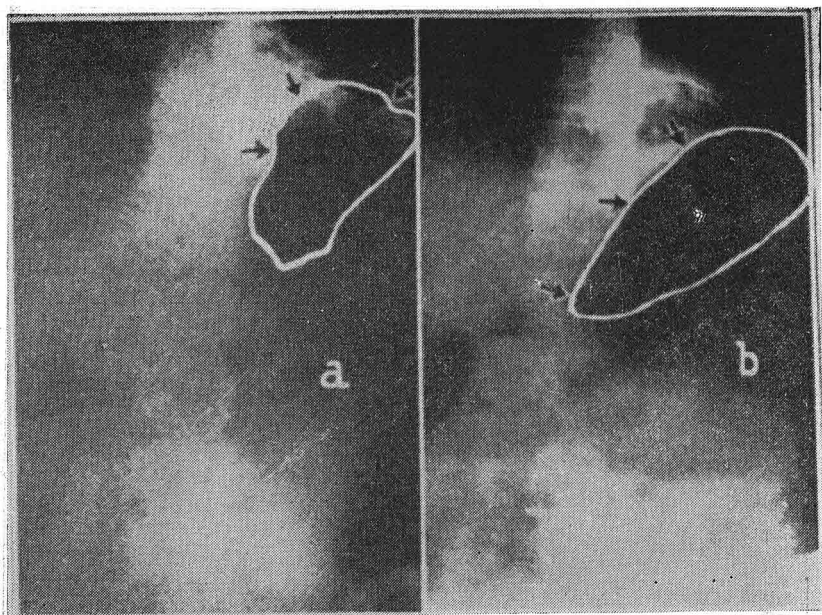


Figura número 6.—Radiografías de la parte alta del abdomen, vista antero-posterior en las que se aprecia: a) Una burbuja normal de aire. b) La misma burbuja de aire aumentada de volumen inmediatamente antes de la fonación. Todas estas radiografías muestran claramente el desarrollo en el esófago en la hipofaringe o en el estómago de un receptáculo de aire, con el cual el paciente forma su pseudo voz.

no-como. Yo-compré-un-carro-etc. En esa forma debe continuar el entrenamiento, ya sea por medio de la lectura o de la conversación.

En este estado se debe tratar de conseguir que la toma de aire sea más rápida y más abundante sin ser notoria y que la conversación conserve el mismo volumen o tono. Aprender a dividir las frases largas en períodos más cortos. La manera más eficiente de conseguir una buena toma de aire es aprovechar el movimiento inspiratorio. Con la práctica se llega a tomar el aire sin que se note y durante el intervalo entre dos palabras. Es decir, se debe tratar de conseguir la formación de un acto reflejo semejante o igual al que existe en toda persona normal; la cual antes de hablar hace un movimiento inspiratorio, llena sus pulmones, habla durante un período, hace una pausa muy corta durante la cual vuelve a hacer una inspiración para continuar hablando. En las personas normales estos movimientos inspiratorios no se notan. Lo mismo sucede en los laringectomizados al cabo de algún tiempo.

Llegan a tal grado de perfeccionamiento que la toma de aire la logran hacer siempre rápidamente y en las pausas naturales de toda conversación.

La fuerza de la voz depende de la cantidad de aire tomado y del aire expulsado. Por esto es importante lograr controlar la cantidad de aire que se expulsa. Para ello el enfermo debe hacer ejercicios tratando de delimitar la expulsión del aire. Es decir dejar salir un poco, suspender, dejar salir otro poquito, suspender, etc.

La formación de las frases es algo muy importante en el aprendizaje de la voz esofageana. La duración de las frases está determinada por el tiempo que se puede emitir un sonido con una sola toma de aire. El error más frecuente en estos enfermos es que tratan de hacer una frase muy larga con una sola toma de aire y entonces el final es de tono muy débil. Lo mejor es hacer siempre frases cortas, lo cual requiere un entrenamiento largo tratando de dividir frases en períodos cortos. Ejemplo: El uso-de los-autos-es muy-útil-en el-campo.

Las frases pueden ser de la longitud deseada pero siempre limitadas a períodos cortos y a la cantidad de aire del paciente.

El tiempo requerido para desarrollar una voz esofageana varía mucho de un paciente a otro. La mayoría aprende en una semana a tomar el aire que como hemos dicho es lo más difícil, haciendo dos prácticas diarias en varias secciones de entrenamiento de 5 a 6 minutos cada uno.

En la segunda semana el paciente aprende a emitir sonidos y combinar palabras cortas. Y a la tercera semana se puede iniciar el entrenamiento con frases cortas. Algunos enfermos aprenden más rápidamente pero en promedio la mayoría gasta un mes en obtener una voz que los rehabilite y les permita continuar con sus antiguas ocupaciones.

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, diciembre 13 de 1947

1947, ii: 857-896.

Artículos originales

Absorción de la penicilina administrada por vía oral.

Locución después de reparación de fisura palatina.

Analgesia por trileno.

El toxoide de la difteria de Holt.

Antihistina en el tratamiento de los procesos alérgicos.

Comunicación preliminar

Acido paraaminosalicílico en la T. B. C.

Real Sociedad de Medicina

Carcinoma del seno.

Editoriales

Aspectos del ejercicio de la medicina social.

Penicilina.

Absorción de la penicilina administrada por vía oral. H. C. Stewart y J. R. May. St. Mary's Hosp. Londres. Pp. 857-862.

La adición de álcalis a la penicilina administrada por vía oral, con el fin de neutralizar la acidez gástrica, ha tenido siempre efectos discutibles y el hecho de que se obtengan por este camino niveles sanguíneos inferiores a los conseguidos por administración perenteral, y que la absorción no sea mayor en pacientes aclorhídricos que en lo poseedores de estómago normal, ha lanzado dudas respecto a la teoría de que el ácido del estómago

sea el factor fundamental para dificultar el aprovechamiento de la droga por esta vía.

El presente estudio se adelantó sobre sujetos sanos de 20-40 años de edad. Ensayos preliminares sobre la vía sublingual no mostraron que el método fuera recomendable. Se hicieron experiencias en relación con la influencia del alimento administrado simultáneamente o poco después, hallando que la absorción óptima se consigue con estómago vacío: en consecuencia, las observaciones se hicieron cumpliendo siempre esta condición.

La concentración de penicilina en mezclas de solución de la droga y jugo gástrico, fue investigada inmediatamente después de mezclar y después de diversos períodos de incubación a 37°; se adelantaron experiencias semejantes con jugo de acidez variable, observando que la acción destructiva de este origen sólo se marca para pH menores de 3.

La administración de penicilina en cápsulas entéricas produjo niveles sanguíneos tanto menores cuanto más bajo fuera el punto del intestino en donde ocurría la desintegración de la cápsula. Administrando la droga en cápsulas no sometidas a tratamiento alguno se encontró que los niveles de penicilina en la sangre eran inferiores o cuando más iguales a los conseguidos por administración de la droga en agua.

Se estudió la producción de penicilinas por los gérmenes intestinales, sobre muestras de jugo duodenal obtenido por sondeo y sobre unas pocas conseguidas por punción del intestino en el curso de procedimientos operatorios: las muestras duodenales, yeyunales e ileales altas no contenían bacterias productoras de penicilina, en la muestra ileal baja examinada, se encontró un germen coliforme que producía la enzima. Los gérmenes cultivados de varias porciones del intestino de rata no mostraron producción de penicilinas.

Estas y otras observaciones llevan a la conclusión de que 15.000 unidades es la menor dosis oral que produce niveles sanguíneos detectables. Dado que sólo un pH de 3 o menor resulta destructor para la penicilina, no parece que la acidez gástrica sea factor mayor en la destrucción de la droga administrada por esta vía, puesto que es bajo el porcentaje de sujetos cuyo pH gástrico de reposo tiene ese valor y porque —dado que la absorción es continua— el tiempo durante el cual se ejerce el contacto entre penicilina y jugo ácido es relativamente breve. Se ha afirmado que la penicilina administrada en salina en el estómago vacío, produce niveles sanguíneos iguales a los que se consiguen al asociarle con buffers o antiácidos, con la posible excepción del hidróxido de aluminio en forma de gel; si se trata de escapar la acción destructiva del ácido, el procedimiento sólo serviría realmente para un bajo porcentaje de casos, pero puesto que los líquidos ligeramente alcalinos cruzan el estómago un poco

más rápidamente que los neutros o alcalinos (recuérdese la manera de administrar digital y sobre todo salicilatos), es posible que al administrar alcalinos con penicilina en solución (no en cápsulas) se facilite su paso al intestino delgado y su absorción en él; naturalmente, los antiácidos que parecen más recomendables, son aquellos que no absorben la droga (caso del kaolín y del silicato de magnesio) sino que se disuelven en el contenido gástrico y pueden obrar sobre la solución de penicilina, aún en el caso de que ésta tome la pequeña curvatura en su tránsito a través del estómago. Experiencias relativas al papel del volumen de líquido en que se disuelve la penicilina, mostraron que al aumentar el volumen decrecen los niveles sanguíneos, posiblemente porque se excita el peristaltismo intestinal, con lo cual la solución es acarreada hacia puntos más bajos del intestino, en donde su absorción es menos activa.

Pero el hecho saliente de estas observaciones es la existencia de sujetos que absorben bien la penicilina por vía intestinal y otros que lo hacen pobremente: para los primeros sirve la norma expresada por Mc Dermott, según la cual la dosis oral debe ser 5 veces mayor que la intramuscular, pero para los que absorben mal, no se cumple esa norma y por ello conviene aceptar como relación prudente, la de dosis orales 10 veces mayores que las de la vía intramuscular.

L. M. B. H.