

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 7 — MEDELLIN, NOVIEMBRE DE 1957 — NUMERO 10

Continuación de "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"

Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.

Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad

Dr. Agustín Piedrahita R.
Presidente de la
Academia

REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.
Prof. de Radiología

Prof. Alfredo Correa Henao, M.D.
Prof. de Anatomía Patológica

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía
Dr. Marcos Barrientos
Dr. Antonio Ramírez
Dr. Héctor Abad G.
Sr. Alberto Restrepo
Sr. Gerardo Paredes F.
Director de la Biblioteca.

ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".
Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38

SUMARIO:

EDITORIAL

Pág.

Medicina, Ciencia y el Hombre. - Dr. Raimond B. Allen..... 459

TRABAJOS ORIGINALES

VIII Par Craneano. - Dr. Gabriel Marín Giraldo..... 464

Síndrome Asmático y Factores Psíquicos. - Dr. José Miguel Restrepo. 487

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Conclusiones del Seminario sobre Consulta Externa..... 495

II Seminario de Educación Médica en Colombia..... 496

Calendario para 1958..... 498

Indice de Autores..... 500

Indice de Materias..... 503

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 7 — MEDELLIN, NOVIEMBRE DE 1957 — NUMERO 10

EDITORIAL

MEDICINA, CIENCIA Y EL HOMRRE

DR. RAYMOND B. ALLEN

Presidente Universidad de California en Los Angeles

Nota de la Redacción: El Dr. Allen ha sido elegido como Presidente de la Segunda Conferencia Mundial de Enseñanza Médica, a celebrarse en Chicago, Illinois, E.U.A., Agosto 1959.

Los Médicos del Mundo están dedicados al noble ideal de proteger y preservar la vida humana. En las palabras de Sir William Osler, "la profesión es, en verdad, una especie de unión o hermandad, en la cual cualquiera de sus miembros puede atender a su llamado en cualquier parte del mundo y encontrar hermanos cuyo lenguaje y métodos, y cuyos propósitos y actitudes son idénticas a las propias". En cualquier lugar en que practique el arte de curar, el médico está cumpliendo el solemne juramento de aliviar el dolor, curar la enfermedad y mantener la salud. Mientras haya una chispa de vida, el médico debe estar listo para hacer lo necesario dentro de su poder para transformar esa chispa en una llama. Esta obligación salvadora ha sido característica de los médicos en todas partes y a través de la historia.

La antigua medicina no tenía su base en métodos científicos. A medida que la civilización avanzó, los promotores médicos comenzaron a usar los instrumentos del pensamiento racional y el método científico para lograr la comprensión del hombre en su complejo medio-ambiente, y, al hacerlo, liberar a la práctica de la medicina de las cadenas de la superstición y el misticismo. (*)

(*) Naturalmente, no todas las antiguas prácticas, estaban arraigadas en la superstición. La ciencia moderna ha descubierto que algunas de ellas se basaban en métodos empíricos, y tenían algo de racionalidad. Traba-

De esta forma, mientras la herencia de la práctica médica tiene siglos de antigüedad, el desarrollo de la medicina moderna se ha arraigado en el descubrimiento científico y técnico, y ha tomado mucho de la química, física, biología, psicología y de la ingeniería. En la actualidad, los científicos médicos están probando fronteras, sobre las cuales apenas hubieran soñado una generación atrás. Es realmente, esta insaciable curiosidad por la vida y el proceso de la vida, lo que constituye la fuerza motivadora básica del buen médico —la misma curiosidad que ha imbuído generalmente a la ciencia con su imperioso deseo de comprender las leyes y fuerzas naturales que trabajan en nuestro universo.

La medicina no habría podido obtener su lugar en las universidades de la actualidad, sin este extenso y difícil aprendizaje de las disciplinas científicas. Sin la acumulación de una gran cantidad de información segura sobre los seres humanos en salud y enfermedad, no podría haber práctica de la medicina o enseñanza médica, como las conocemos en el presente.

La continua investigación científica y la experimentación, llevó naturalmente al creciente uso de nuevas ayudas técnicas y a la reducción de las áreas de estudio y práctica. Esta especialización, a su vez, llevó al grande y creciente conocimiento de los órganos y sistemas orgánicos y sus funciones en la salud y la enfermedad; pero también y no poco frecuentemente, llevó a descuidar al paciente como persona, a acentuar solamente el estudio de su enfermedad y a una fascinación por la técnica.

Si bien las ayudas técnicas y la investigación de laboratorio son de valor en el diagnóstico y tratamiento médico, la medicina abarca más que ésto. El servicio profesional tiene sus técnicas, pero no es una tecnología. Es necesario un hombre, no una máquina para comprender a otro, las máquinas son de utilidad para estudiar al hombre, al efectuar observaciones y registrar acciones y reacciones; pero para que esta información resulte de valor, alguien debe estar capacitado para interpretarla y expresar juicios sobre las bases de la

jando con las escasas fuentes disponibles, el hombre descubrió la vacuna contra la viruela, así como también el uso médico de la digital, la efedrina y la quinina, mucho antes de que se comprendieran sus funciones en términos científicos. Tal vez el hombre se dio cuenta también, que ciertas enfermedades comienzan en la mente, y sus ritos religiosos primitivos y los rituales mágicos que produjeron ciertas curas milagrosas, pueden haber sido el comienzo de la psiquiatría y la medicina psicodérmica.

experiencia y la sabiduría, que solamente la experiencia puede brindar. Esta es en esencia la función de un profesional, ya sea médico, profesor, sacerdote o abogado. Con la sabiduría que su experiencia de la vida le presta, debe efectuar decisiones y recomendaciones que, sin duda alguna ayudaría a aquellos que lo consultan.

Los pacientes reconocen generalmente al médico como a un hombre ilustrado, interesado en el conocimiento y la experiencia. Esto es cierto. Sin embargo, el médico no debería considerar a su paciente, simplemente como un fascinante laborioso químico-fisiológico-anatómico, a ser explorado, descrito y catalogado. Pese a que se aprende mucho sobre el proceso de la vida en la salud y en la enfermedad, cuando el médico se enfrenta a problemas en la clínica y a la cabecera del paciente, la ciencia de la medicina no es suficiente. Los factores decisivos son los conocimientos y experiencias del arte de la medicina. Esta preocupación por el paciente como persona, es el aspecto humano de la práctica de la medicina y es la razón por la cual la profesión médica es una de las fuerzas principales para humanizar a la ciencia.

Se deben señalar dos puntos con relación a los problemas de la investigación y el énfasis sobre la investigación de laboratorio. Primero, los médicos están reconociendo en forma creciente que los problemas que afectan al paciente, no siempre son producidos solamente por disturbios que son el resultado de un mal funcionamiento en el paciente, sino que algunas veces estos problemas son el resultado de cambios en la interrelación del hombre. Esta certidumbre del papel del medio ambiente social en el ajuste defectuoso y la enfermedad ha sido siempre instintiva en el buen médico; pero ahora, esta penetración se coloca en una base científica por medio de estudios en psico-biología, psiquiatría, sociología y medicina psicosomática. El estudio de la medicina debe comprender, naturalmente, el estudio de la vida en todos sus aspectos —físico, psicológico y social.

El otro punto es que, como dijera Vannevar Bush, entre otros, "el tiempo termina cuando un Leonardo de Vinci, pueda comprender todo lo que de arte y ciencia se conoce. Hemos pasado también el día en que los hombres de genio pueden retirarse a descansar, excluir todo, y surgir con una proeza intelectual de razonamiento científico, ante el cual, todos se inclinarían en humilde admiración". Abreviando, la creciente especialización y concentración en pequeñas cosas han llevado al reconocimiento de la necesidad de una visión más

amplia y de la colaboración entre los médicos mismos y entre los médicos y científicos de otras disciplinas. El estudio y solución de problemas que afectan la adaptación del hombre a su siempre más y más complejo medio ambiente, requiere el trabajo de especialistas en grupo, provenientes de muchos campos y muchas naciones.

Estos desarrollos en ciencia y práctica de la medicina se reflejan —como ciertamente deben hacerlo— en la enseñanza médica. El propósito del moderno programa de enseñanza médica es producir médicos, que sean no solamente hábiles, sino también sensatos en la aplicación del arte y ciencia de la medicina. De este modo, la enseñanza médica se dedica a la diseminación y mayor adelanto del conocimiento de las ciencias médicas y, de igual importancia, al desarrollo de la habilidad profesional en la práctica de la medicina y al arte de aplicarla a las necesidades de las personas y la sociedad.

El estudiante de medicina comienza a adquirir un conocimiento de la práctica de la medicina por medio de su estudio de las ciencias médicas básicas y su observación del progreso de los pacientes bajo la atención de clínicos experimentados. A medida que su aprendizaje continúa y aumenta su experiencia, el estudiante desarrolla poderes de razonamiento médico exacto, juicio sano, iniciativa, así como las cualidades de coraje, integridad, humanitarismo y visión. Estas últimas son tal vez, más importantes para distinguir a la medicina como un arte. El estudiante aprende rápidamente que con toda su ciencia y habilidad, la medicina es aún un arte en el cual, la personalidad y el carácter del médico son de vital importancia, y que hay en medicina, muy pocas reglas definitivas y de rápida aplicación.

Dado que no hay dos personas que sean iguales, no puede atenderse a dos pacientes de la misma forma. El estudiante aprende por supuesto, que hay amplias clasificaciones, nombres convenientes y tarjetas de identificación, que resultan guías útiles para una atención y tratamiento efectivos, pero el arte de la medicina es precisamente esa gran habilidad, por la cual el médico percibe la situación en forma total y prescribe exactamente el adecuado régimen de tratamiento, para un paciente en particular y en un momento en particular. Es esta cualidad de humanitarismo, de dedicación por el bienestar del ser humano, que le da nobleza a la medicina.

La enseñanza médica no termina, naturalmente, con la finalización de la enseñanza. Parte de la obligación que una persona asume cuando se recibe de médico, es estudiar toda su vida, la enferme-

dad y el hombre. El buen médico, después de comenzar su práctica, se dedicará a su propio perfeccionamiento profesional, por medio del cuidadoso estudio de casos, leyendo sobre literatura médica de actualidad, conferencias, reuniones de sociedades médicas, y efectuando en forma ocasional, viajes a centros de enseñanza médica para estudio especial. Es bien cierto, que le resulta difícil al médico cumplir esta obligación, cuando virtualmente, cada día trae consigo un nuevo descubrimiento y un nuevo paciente, necesitando ambos, cuidados y con frecuencia inmediata atención. Sin embargo, él debe continuar su estudio si es que va a ser capaz de colocar al servicio de la humanidad el creciente fondo de conocimiento médico y habilidades.

Los médicos, junto con todos los otros profesionales, son parte de un renacimiento cultural mundial, al cual todos contribuyen y del cual todos se favorecen. Juntos, representan una gran compañía de hombres y mujeres, que están volviendo a edificar y a afianzar constantemente, las bases y la superestructura de la civilización. En su libertad para lograr nuevas ideas y buscar conocimiento y verdad, ellos refuerzan toda la estructura de la libertad, que es la base de nuestra civilización, dando vida y significado a nuestras instituciones e inhibiendo el autoritarismo. Sin esta dedicada compañía, nuestras instituciones de libertad —nuestros gobiernos, universidades, grupos religiosos, empresas comerciales, organizaciones culturales voluntarias y cívicas— perecerían.

Con continua fé en sus semejantes, con sus especiales habilidades mentales y manuales, su amplio estudio y conocimiento y la conciencia ética y social de su misión en la sociedad, los profesionales en todas partes, constituyen una dinámica fuerza de bien en nuestra esperanzada, y tal vez ansiosa era. El médico especialmente, cuya existencia está dedicada a salvar la vida y preservar la salud, tiene una gran responsabilidad. Debe continuar aplicando sus especiales habilidades para ayudar a sus semejantes, y debe unirse a todos aquellos otros de igual mente y corazón para crear un medio ambiente social, económico y político, en el cual todos los hombres puedan vivir con salud y felicidad.

Tomado de la Revista de la Asociación Médica Mundial. - Julio 1957



VIII PAR CRANEANO

Dr. Gabriel Marín Giraldo (*)

Introducción. - Es universalmente aceptado la necesidad de una exploración completa del VIII Nervio Craneano, no sólo en las lesiones periféricas del oído, sino en toda sospecha de lesión en la Fosa Craneana Posterior; y los Clínicos y Neurólogos tienen el derecho de esperar de nosotros como Otólogos, que les digamos si hay o no compromiso del nervio auditivo o acústico, y si este compromiso es central o periférico; pero no hasta aquí es nuestra obligación, sino que con los actuales métodos de estudio podemos llegar a un topo diagnóstico de gran importancia en los factores etiología, pronóstico y tratamiento.

Desde hace varios años nos hemos dado a la tarea de selección entre los múltiples métodos de exploración, balanceando sus bases científicas, sus posibilidades en nuestro medio y su utilidad práctica y nos hemos trazado una línea de estudio invariable que creemos indispensable para poder sacar conclusiones. La enunciación en resumen del método de estudio seguido y las enseñanzas que nos da es en gran parte este trabajo.

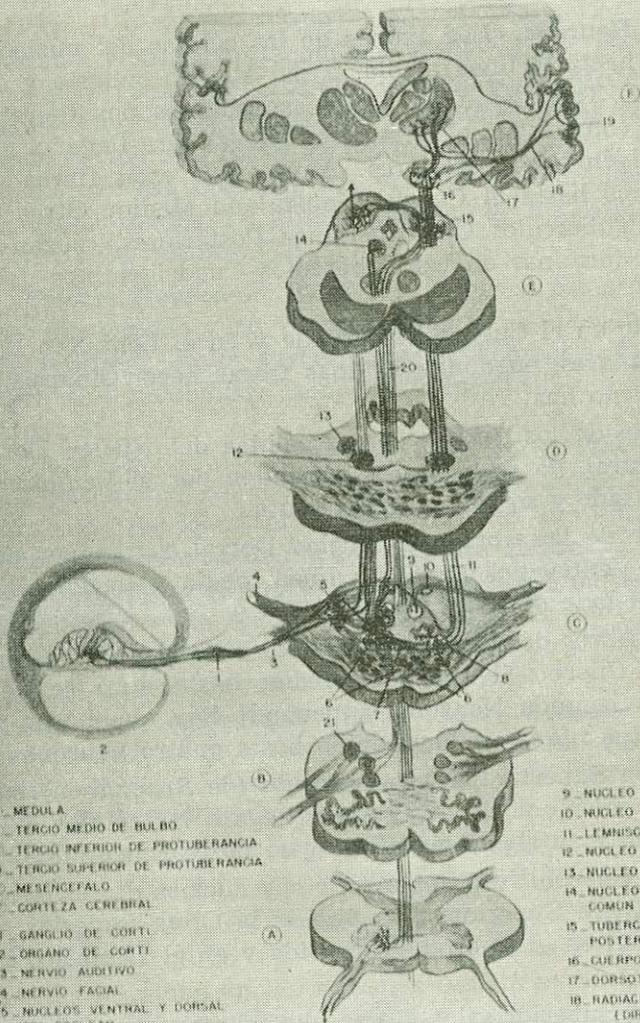
Concepto Anatómico. - Por lo complejo de muchos estudios y por la gran anarquía que en nomenclatura existe (1) vemos de gran importancia hacer un resumen anatómico de las vías de este nervio para su mejor comprensión.

Vía Coclear. - (Ver figura N° 1). - El Nervio Coclear se origina en el Ganglio de Corti o Espiral, situado en el Conducto Espiral de la Columnela. Las dendritas de las células de este ganglio se dirigen hacia las células ciliadas o cústicas del Organo de Corti; los axones van por el Conducto Auditivo Interno, formando la rama coclear, la cual, en unión de la vestibular integra el VIII Par Craneano o Nervio Acústico. (2).

Al salir del conducto auditivo, el nervio se dirige a la línea de transición entre el Bulbo y la Protuberancia y penetra al neuroeje por el Receso Lateral para llegar a los Núcleos Dorsal y Ventral del

(*) Trabajo presentado para ingresar a la Academia de Medicina de Medellín.

VIA COCLEAR



- A. MEDULA
- B. TERCIO MEDIO DE BULBO
- C. TERCIO INFERIOR DE PROTUBERANCIA
- D. TERCIO SUPERIOR DE PROTUBERANCIA
- E. MESENCEFALO
- F. CORTEZA CEREBRAL
- 1. GANGLIO DE CORTI
- 2. ORGANOS DE CORTI
- 3. NERVIOS AUDITIVOS
- 4. NERVIOS FACIALES
- 5. NUCLEOS VENTRAL Y DORSAL DEL COCLEAR
- 6. NUCLEO DEL CUERPO TRAPEZOIDE
- 7. CUERPO TRAPEZOIDE
- 8. OLIVA PROTUBERANCIAL

- 9. NUCLEO DEL FACIAL
- 10. NUCLEO DEL MOTOR OCULAR EXTERNO
- 11. LEMNISCO LATERAL
- 12. NUCLEO DEL LEMNISCO LATERAL
- 13. NUCLEO MOTOR DEL TRIGEMINO COMUN Y PATEGICO
- 14. NUCLEOS DEL MOTOR OCULAR COMUN Y PATEGICO
- 15. TUBERCULOS CUADRIGEMINOS POSTERIORES
- 16. CUERPO GENICULADO MEDIO
- 17. DORSOTALAMO
- 18. RADIACION ACUSTICA (DIRECTA A INDIRECTA)
- 19. CORTEZA TEMPORAL
- 20. FASCICULO TECTO-ESPINAL
- 21. NUCLEOS DEL VAGO

1

Coclear, en donde sus fibras hacen sinapsis con las células de estos núcleos.

Hay fibras que atraviesan dichos núcleos sin hacer sinapsis y continúan para llegar al Núcleo Olivar Superior, en donde hacen sinapsis. (3).

Segunda Neurona. - Los axones de las células del núcleo Ventral se dirigen hacia la línea media, pasan al lado opuesto y constituyen el Cuerpo Trapezoide, se hacen ascendentes por fuera de la Cinta de Reil y constituyen el Lemnisco Lateral para llegar a los Tubérculos Cuadrigéminos Posteriores. Algunas de estas fibras siguen sin hacer sinapsis hasta el Cuerpo Genuculado Medio. Otras fibras al salir de los Tubérculos Cuadrigéminos Posteriores, cruzan la línea media para terminar en los Tubérculos Cuadrigéminos del lado opuesto.

Nótese que en el Cuerpo Trapezoide y en el Lemnisco Lateral hay núcleos celulares, en donde algunas fibras hacen sinapsis, para continuar el mismo haz.

Gran parte de los axones de las células del Núcleo Dorsal y algunas del Ventral, no se cruzan y ascienden por el Lemnisco Lateral del mismo lado y siguen su misma ruta.

Otra parte de las fibras del Núcleo Dorsal corren por debajo del piso del IV Ventrículo, cruzan la línea media y llegan al Lemnisco Lateral del lado opuesto. (4).

Todas las fibras del Lemnisco Lateral, con sinapsis o sin ellas, llegan hasta el Cuerpo Genuculado Medio; hasta aquí se ha dado en llamar la Segunda Neurona, aun cuando hay que hacer notar que algunas de sus fibras ya han tenido hasta cuatro neuronas.

De la Oliva Superior sale un fascículo (de Rasmussen) que se dirige al Ganglio de Corti, lo atraviesa y llega a las células ciliadas del órgano de Corti, su significado fisiológico no se conoce aún.

Fibras del Cuerpo Trapezoide y de sus núcleos dan colaterales que llegan a la Oliva Superior; a su vez de la Oliva Superior salen fibras que ingresan en el Cuerpo Trapezoide y en el Lemnisco Lateral. (5).

De la Oliva Superior salen fibras que ingresan en el Fascículo Longitudinal Medio y van hasta los Núcleos Oculo-motores (Vía de los reflejos Acústico-oculares). De la Oliva Superior salen otras fibras que se conectan con el sistema vegetativo. De la Oliva Superior salen otras fibras que llegan a los Núcleos del Facial y del Tri-

gémino (Vía de los reflejos del Estribo y del Martillo); y que tienen gran importancia en la acomodación auditiva.

De los Tubérculos Cuadrigéminos Posteriores, salen fibras que cruzan la línea media, se hacen descendentes y forman el fascículo Tecto-Espinal, que llega hasta las astas anteriores de la Medula Dorso-Cervical (Vía de los reflejos Acústico - Dorso - Cervicales. (6).

Hasta el Cuerpo Geniculado Medio hemos visto, vías largas y vías cortas y comprendemos que las vías cortas tienen papel preponderante en los reflejos acústicos, y las vías largas en la transmisión del impulso auditivo hacia los centros corticales.

Los núcleos asociados a la vía auditiva cumplen una de las dos funciones siguientes: 1º: Multiplicadores de los estímulos y 2º Intervención en los reflejos. (7).

Tercera Neurona. - La tercera neurona parte de las células del Cuerpo Geniculado y sus fibras forman las Radiaciones Acústicas que van a terminar en la Circunvolución Temporal Profunda y en la Primera Circunvolución Temporal Superficial o Area Acústica. (Areas Nos. 41 y 42).

Parte de los axones nacidos del Cuerpo Geniculado, terminan en el Dorsotálamo, así como algunas colaterales de las fibras Genículo-Corticales; del Dorsotálamo salen axones que luego llegan al Area Acústica y forman la Radiación Acústica Indirecta.

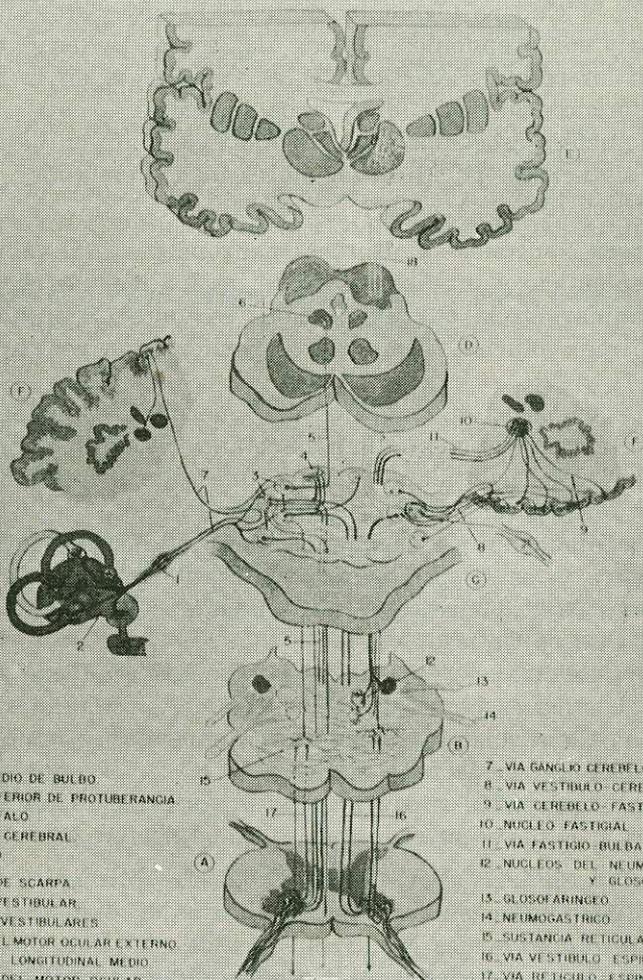
Es aceptada hoy la existencia de fibras de asociación entre el Area Acústica y las Areas Vecinas y otras Areas Cerebrales. Por lo demás ambas Areas Acústicas están unidas por fibras que se cree pasan por el Cuerpo Caloso.

Ahora se comprende que de los Núcleos Bulbares en adelante, la vía acústica es homo y heterolateral. Así cualquiera lesión de ahí hasta la Corteza, dará hipoacusias bilaterales y moderadas.

Las lesiones de la zona auditiva en la corteza no dan hipoacusia, peso sí moderados trastornos en la apreciación auditiva, como cambios en el ritmo y en el umbral de modulación.

Vía Vestibular. - (Ver figura N° 2. - La primera neurona tiene su cuerpo celular en el Ganglio Vestibular o de Scarpa, cuyas dendritas terminan en las Manchas Acústicas del Utriculo y el Sáculo, y en las Crestas Acústicas de las Ampollas de los Canales Semicirculares; los axones se unen en el Conducto Auditivo Interno y en unión de la Rama Coclear, forman el VIII Par; con la rama coclear entran en el Bulbo-Protuberancia y se bifurcan en ramas ascendentes y descendentes, cuyas colaterales terminan en los Núcleos Vesti-

VIA VESTIBULAR



- A. MEDULA
- B. TERGO MEDIO DE BULBO
- C. TERCIO INFERIOR DE PROTUBERANCIA
- D. MESENCEFALO
- E. CORTEZA CEREBRAL
- F. CEREBELO
- 1. GANGLIO DE SCARPA
- 2. ORGANO VESTIBULAR
- 3. NUCLEOS VESTIBULARES
- 4. NUCLEO DEL MOTOR OCULAR EXTERNO
- 5. FASCICULO LONGITUDINAL MEDIO
- 6. NUCLEO DEL MOTOR OCULAR COMUN Y PARETICO

- 7. VIA GANGLIO CEREBELOSA DIRECTA
- 8. VIA VESTIBULO-CEREBELOSA
- 9. VIA CEREBELO-FASTIGIAL
- 10. NUCLEO FASTIGIAL
- 11. VIA FASTIGIO-BULBAR
- 12. NUCLEOS DEL NEUMOGASTRICO Y GLOSOFARINGEO
- 13. GLOSOFARINGEO
- 14. NEUMOGASTRICO
- 15. SUSTANCIA RETICULAR DE BULBO
- 16. VIA VESTIBULO-ESPINAL
- 17. VIA RETICULO-ESPINAL
- 18. VIA VESTIBULO-CEREBRAL

2

bulares Centrales, situados en el piso del IV Ventrículo y que en número de cuatro son: Superior o de Bechterew, Mediano o Principal, Inferior o Espinal y Lateral o de Deiters. (1). (3).

Segunda Neurona. - Del Núcleo Superior parten fibras que se dirigen hacia la línea media, ascienden y se incorporan sin cruzarse al Fascículo Longitudinal Medio, para terminar en los núcleos homolaterales del Patético y Motor Ocular Común, formando la neurona llamada Vestíbulo-Ocular.

Las fibras procedentes de los Núcleos Mediano y Lateral se bifurcan en "Y" y se incorporan ya sea cruzadas o directas en el Fascículo Longitudinal Medio para terminar, las superiores ascendentes en los núcleos del Motor Ocular Externo homo y heterolaterales; las inferiores descienden por el Fascículo Longitudinal Medio para terminar en las células motoras de la Medula; por esta vía se operan parte de los reflejos posturales.

De los Núcleos Lateral e Inferior parten fibras descendentes que forman el Fascículo Vestíbulo-Espinal, el cual termina en las células del asta anterior, siendo ésta otra vía de importancia en los reflejos posturales.

El Núcleo Vestibular Medio envía además, fibras hacia la sustancia reticular del Bulbo y a los núcleos del Pneumogástrico, las cuales son importantes, porque explican los reflejos neuro-vegetativos (vómito, palidez, sudoración, etc.). De la sustancia reticular del Bulbo salen fibras que forman el Fascículo Retículo-Espinal, que llega hasta las células del asta anterior de la Medula. (6).

De los Núcleos Vestibulares también parten fibras que por el Pedúnculo Cerebeloso Inferior ingresan en el Cerebelo, llegan a la corteza del Archicerebelo, formando el Fascículo Vestíbulo-Cerebeloso. De esta corteza parten otras neuronas que van a los Núcleos del Techo, especialmente el Fastigial.

De los Núcleos del Techo salen por el Pedúnculo Cerebeloso Superior el Fascículo Fastigio-Bulbar que termina en la formación reticular del Bulbo. Estas fibras después de hacer sinapsis en la sustancia reticular del Bulbo continúan hasta las astas anteriores de la Medula.

Es de anotar que el Núcleo Fastigial recibe fibras de la Pirámide Cerebelosa homolateral, la cual a su vez recibe impulso de la corteza contralateral a través de las fibras Cortico-Ponto-Cerebelosa. (4).

Hay otro fascículo que sale del Fastigial y por el Pedúnculo Cerebeloso Inferior llega al Núcleo Vestibular Lateral.

Otras fibras parten del Ganglio Vestibular y sin hacer sinapsis en los núcleos van por el Pedúnculo Inferior hacia la Corteza Cerebelosa y de allí al Fastigial. (5).

Hay una área representativa del Laberinto en las regiones vecinas a las áreas 41 y 42; al estimular esta zona, se obtiene típica sensación vertiginosa laberíntica; lesiones irritativas de ella han dado epilepsia de tipo vertiginoso; lo que aún no se conoce es la vía y conexiones que siguen las fibras.

Tercera Neurona. - El concepto de tercera neurona en la vía vestibular es variable según los autores (4) (5), unos la comprenden en las fibras de curso desconocido que se cree van a la Corteza Cerebral; pero la mayoría de los autores dan en llamar tercera neurona la vía efectora de los reflejos laberínticos (posturales, vestibulo-oculares, etc.).

Con este resumen creemos ya tener las bases anatómicas para nuestro estudio.

HISTORIA CLINICA

Mucho se ha dicho, pero nunca se insistirá lo suficiente, de la importancia en clínica, de una buena historia. En Otología esto es vital y en alto porcentaje de los casos con sólo una buena historia se puede sospechar un diagnóstico muy seguro.

Siendo los tres síntomas principales de las lesiones del VIII Par los trastornos de la audición, acúfenos y trastornos del equilibrio, de ellos se debe dejar constancia de la menor de sus características y tal como las aprecia el enfermo. Los antecedentes personales y la historia familiar son también de gran valor. (8).

EXAMEN CLINICO

Imposible un estudio completo de oído sin un buen estudio clínico general, por lo cual se hace necesario del internista, sobre esto no tenemos tiempo de insistir y sólo quisiéramos hacer resaltar la importancia en oído, de todo trastorno tóxico, infeccioso, circulatorio, alérgico o metabólico. La colaboración con el Oftalmólogo, quien nos dirá de su estudio Oftalmo-neurólogo; y con el neurólogo a quien complementamos es absolutamente indispensable. (9), (10), (11).

En estos estudios nunca podremos independizarnos de los neurólogos, pero no aceptamos límites precisos en nuestra vecindad o

campo en común y creemos que todo examen nos pueda esclarecer los problemas del VIII Par, debemos aprender a practicar e interpretar.

EXPLORACION COCLEAR

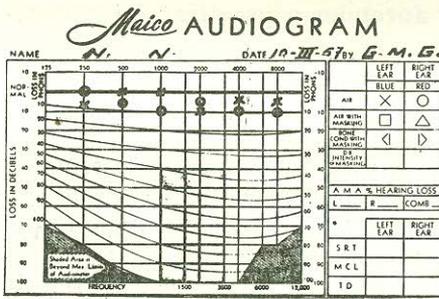
De todos los instrumentos que se han usado con este fin, los únicos, en nuestro concepto, que no han perdido su valor totalmente, con la adquisición de la audiometría eléctrica, son los diapasones y su uso metódico y ordenado ayuda mucho en el diagnóstico y orientación rápido. El Weber, el Shwabach y el Rinne, los continuamos practicando y nos prestan gran utilidad, no obstante los mejores datos los dan los audiómetros eléctricos.

Pasaremos una breve revisión a las enseñanzas que nos dan los diferentes estudios, que según los casos nos vemos en la necesidad de practicar.

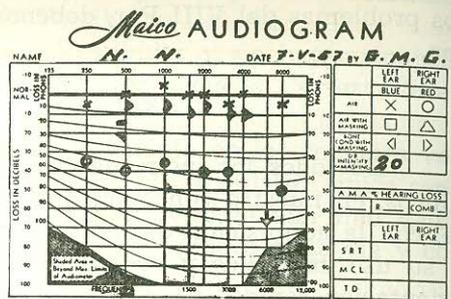
Audiometría tonal vía aérea y ósea. - Llamada también audiometría Liminar. Con ella, en primer lugar sobremos si el umbral o nivel de audición es normal o no, o de un modo más general si hay o no hipoacusia. Una Audiometría de nivel normal no descarta patología del oído en su función, (9) hay Cortipatías que en los primeros tiempos no dan este síntoma, además sostener esto es como descartar patología del Optico porque la visión central es normal. Hoy podemos estudiar el campo audiométrico también como el campo visual. (12), (13).

Cuando la curva audiométrica desciende del límite normal, ya se pueden sacar algunas conclusiones. Se ha querido explotar con el estudio de las diferentes características de las curvas audiométricas. Creemos al respecto: Con nuestros métodos de examen curvas con pérdida de 5 a 10 Decibeles y como único síntoma, nada indica. El descenso de ahí en adelante, en la vía aérea u ósea, ya dan un gran dato topográfico y así ya sabremos si la hipoacusia es de transmisión, de percepción o mixta y según el descenso de la curva podemos apreciar la hipoacusia cuantitativamente. (14), (24).

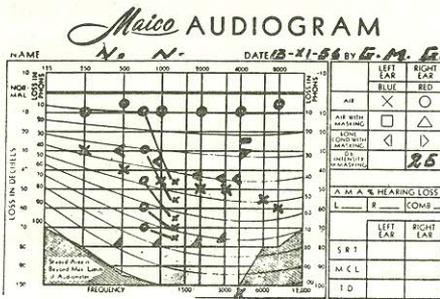
Si la curva aérea está por debajo de los 35 Decibeles (Ver figura N° 3), sabemos si el enfermo tiene o no dificultad social, pues 35 decibeles es el volumen de la conversación normal. Sabemos también de la incapacidad social si la pérdida cubre los tonos de 500 a 3.000 ciclos, que conocemos como zona de la palabra. Conocemos que en esta zona de la palabra, las vocales ocupan la parte grave y las consonantes la parta alta (8) y que principalmente con



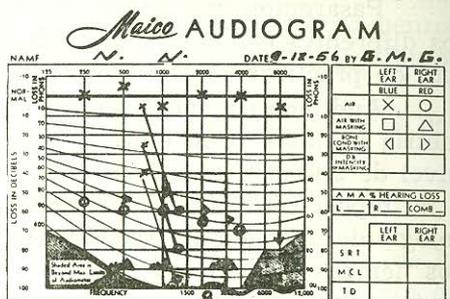
1. PERCEPCION ABRA DERECHA E IGUERRA NORMAL.



2. PERDIDA ABRA DERECHA DE 40 DECIBELES, OSEA NORMAL. ACUFUSO EN TONO 500, CALXA TONO 6.000. DIAGNOSTICO: LESION DE TRANSMISION DERECHA. TRAUMA ACUSTICO?.



3. PERDIDA ABRA Y OSEA IGUERRA. ACUFUSO EN TONO 4.000, RECLUTAMIENTO Y ALGIACTIA POSITIVOS. DIAGNOSTICO: ORBITOPATIA IGUERRA.



4. GRAN PERDIDA ABRA Y OSEA DERECHA. IGUERRA NORMAL, RECLUTAMIENTO Y ALGIACTIA NEGATIVOS. ACUFUSO PAROTIDAL ALTO. DIAGNOSTICO: LESION EN FRECUENCIA SUPERIOR.

3

las vocales damos el volumen y con las consonantes diferenciamos la palabra. Sabiendo, pues, las características y el nivel de la curva de esta zona tendremos muchos datos sobre el pronóstico y la elección del tratamiento. (Selección de audio-amplifonos, etc.). (13).

Saber si la curva es ascendente o descendente o plana, en nuestro concepto, sólo tiene valor desde el punto de vista anterior y para saber si la mayor lesión está hacia la base o el vértice del caracol, en caso de tratarse de Cortipatía, (esto tiene poca importancia en clínica; pero no como localización topográfica). El análisis detenido de la curva audiométrica en la Otospongiosis es de gran importancia pronóstica preoperatoria. (13), (15).

Creemos prudente hacer notar que la caída brusca de una o dos tonos con relativa buena audición de los demás, es signo muy seguro de Trauma Acústico; y que la pérdida grande de la vía ósea

predominando francamente sobre la vía aérea, hace pensar inicialmente en Lúes.

Conocemos con este estudio si la hipoacusia es uni o bilateral y si hay o no diferencia de intensidad de un oído a otro, lo cual tiene mucha importancia topográfica. (16).

Hasta aquí la audiometría de límite, pero también sacamos grandes enseñanzas de la audiometría supraliminar, o sea la exploración de todo el campo auditivo. (13), (24).

Cuando la curva audiométrica no está de acuerdo con los datos clínicos obtenidos y cuando sospechamos que en busca de remuneración o cualquier otro motivo el enfermo nos quiere engañar, debe repetirse la prueba en varias ocasiones para comparar resultados; vemos aquí de gran utilidad la Prueba de Lombard que estimamos como muy útil para clasificar los simuladores.

Continuando el estudio el primer problema que se nos presenta es saber si la lesión de percepción es periférica o central o dicho de otro modo, si el lesionado es el Organó de Corti o no. (17).

Es característico de la Cortipatía, aún más que la hipoacusia, el Reclutamiento, el estrechamiento del campo auditivo en la zona de mayor intensidad, lo cual lo averiguamos con las pruebas de Incomodidad y Algiacusia; la interpretación errada de algunos estímulos (el mismo tono da sensaciones de frecuencia distinta en los dos oídos), lo cual lo averiguamos con la Diploacusia. Otro estudio que tiene interés desde el punto de vista tratado, es decir, localizador de lesión en el Organó de Corti es el Test de Fatiga. Nos explicamos estos trastornos en el Organó de Corti por ser este órgano el analizador de los estímulos físicos y el transformador de estos estímulos en impulsos bio-eléctricos; además por su característica es el organó más predispuesto a la fatiga. (18), (19), (20).

El estudio de los acúfenos que se ha dado en llamar Acufenometría, tiene aquí también su interés; en términos generales se puede decir, que los acúfenos tienen características en tono, intensidad y ensordecimiento, según la localización de la lesión. (13).

Hacemos el estudio de Umbral de Modulación, el cual también da grandes datos de localización. (23).

La curva Logo-audiométrica es característica en las hipoacusias de transmisión, en las Cortipatías y en las Neuronopatías. (21).

Si con uno o varios de los estudios anteriores, diagnosticamos lesión de percepción y encontramos integridad del órgano de Corti, tendremos que pensar en Neuronopatía o Corticopatía y en cuanto

a la Neuronopatía si ésta es de la 1ª, 2ª o 3ª neurona, de lo cual gran parte de los estudios anteriores nos dan indicación. (22), (23).

Sabemos que las lesiones de la 1ª Neurona son unilaterales, y aunque han descrito Neurinomas bilaterales del Acústico, la historia aclara un poco, pues sería muy raro que fueran de igual evolución.

Las lesiones de la 2ª Neurona son siempre bilaterales y de predominio en el lado opuesto del órgano enfermo, casi nunca dan hipoacusias tan intensas como las lesiones de la 1ª Neurona.

En esta 2ª Neurona adquiere gran importancia el estudio de los reflejos auditivos de los cuales se espera mucho poder localizador y es parte en la cual hay mucho por trabajar. (7), (21), (24).

La mayoría de los autores niegan la hipoacusia de la 3ª Neurona (Radiaciones Acústicas) y en especial en las Corticopatías; pero hoy son aceptados como signos indicadores de lesión en las zonas 40 y 41 la variación en la apreciación del ritmo, que se puede estudiar en las variaciones en el Umbral de Modulación. El acúfeno adquiere aquí gran característica, es atonal y muy complejo: voces, músicas, etc.

Con estos datos ya podemos pensar con buena lógica, en el punto de la lesión y más si complementamos este estudio con la exploración de la rama vestibular y otros nervios craneanos como el Facial, Trigémino y el Glossofaríngeo, fuera de los datos dados por el Oftalmólogo, el Neurólogo y el Internista.

A modo de resumen y complemento creemos prudente revisar el siguiente cuadro. (Figura N° 4).

EXPLORACION VESTIBULAR

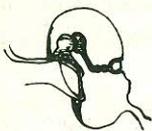
Muchas han sido las técnicas ideadas y usadas; todas ellas han sufrido fuertes críticas y modificaciones sustanciales. Las grandes objeciones son principalmente, el que con ellas no se puede estudiar la función laberíntica sino el equilibrio, mecanismo en el cual influyen estímulos de otros elementos; en todas ellas se usan excitantes de mucha mayor energía que el fisiológico, y así las respuestas dadas tampoco son fisiológicas; Vértigo y Nistagmos, no son manifestaciones fisiológicas del laberinto. (25), (26), (27).

Los impulsos enviados por el laberinto son balanceados, compensados y contrarrestados por los Centros del Equilibrio de un modo tan rápido y complejo que hasta en 15 días pueden desaparecer todos los síntomas de la pérdida total de un laberinto. Es de tener en cuenta la gran variabilidad de la intensidad de las respuestas al

H I P O A C U S I A S .

T R A N S M I S I O N .

P E R C E P C I O N .



C O R T I C O P A T I A .



R i s n a : Negativo .

Positivo .

Positivo .

M a s : Lateralizado
lado enfermo .

Lateralizado lado
sano .

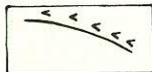
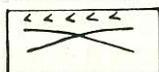
Lateralizado lado
sano .

S h a b h a s : Prolongado .

Acortado .

Acortado .

A u d i o m e t r i a T o m l :



Idénticas a Cortipatía .

O s e s n o r m a l , pérdida
en v i a a r e s o r e .

Pérdida aguda y o s e s a
mas h a c i a agudos .

Unilateral . Bilateral Nunca muy
intensa .

A c u r s : Grave, pulsatil,
intensidad: 10 ds, en
en o r d e c i m e n t a m e n t a : 10 ds .

Agudo, constante, in
ten s i d a d : 10 ds, en
o r d e c i m e n t a : 10 ds .

Agudo o grave, intensidad: 20 ds, en
o r d e c i m e n t a : 50 ds .

Unilateral . Bilateral .

R e s i s t a n i e m i e n t a : Negativo .

Positivo .

Negativo .

F a t i c a : Negativa .

Positiva .

Negativa .

A l i c a m i a : Negativa .

Positiva .

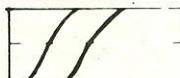
Negativa .

D i n i a c a m i a : Negativa .

Positiva .

Negativa .

L o r c a u d i o m e t r i a :



U m b r a l d e M o d u l a c i o n : 1,5

0,8

2

R e f l e j o s A u d i t i v o s : Poca
importancia .

Poca importancia .

Poca impor
tancia .

Mucha im
portancia .

Sin impor
tancia .

C O R T I C O P A T I A . No hay hipocusis, trastornos del ritmo, Umbral de Modulación hasta 6, Acúfenos: Complejos, tonales, voces, musicales.

4

mismo estímulo en individuos sanos y en el mismo individuo según su estado de tensión. (28).

No obstante afrontando el problema de un modo más amplio, estandarizando las pruebas y haciendo estudio comparativo de ambos laberintos y a diferentes estímulos, se podrá sacar buenas conclusiones. Además es aceptado hoy, que con estos estudios más que querer buscar la función del laberinto, se investigan reflejos laberínticos y así en vez de hablar de Hiper, Hipo o Inexcitabilidad Laberíntica, se deberá entender como Hiper, Hipo o Arreflexia del Laberinto.

Estudiamos pues si el reflejo existe y si es normal o no y según su anormalidad, buscaremos de localizar el punto de la lesión, siempre siendo de gran utilidad el estudio comparativo de ambos laberintos.

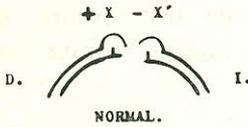
Es conocido que las reacciones a los estímulos laberínticos tienen siempre las mismas características y todas ellas son constantes, esto es: Cuando un laberinto se hace predominante en impulsos por factor patológico, por irrigación o rotación, la fase lenta del nistagmos, y las desviaciones segmentarias de cabeza, miembros y tronco son hacia el lado opuesto, y el vértigo y el movimiento rápido del nistagmos son hacia el mismo lado, más activo. (Ver Fig. N° 5). Además la intensidad de estos síntomas es toda uniforme. (29).

Cuando esta armonía y concordancia de los datos se pierde, es decir: ausencia de alguno de los síntomas o signos, o dirección no esperada de alguno de ellos, o franca diferencia de intensidad entre ellos, se dice que las reacciones son discordantes o disarmónicas y esto es signo característico de lesión central. (25).

La localización de las lesiones a través de la vía nerviosa se está esclareciendo poco a poco con las investigaciones y el estudio de las estructuras con las cuales ellas están en relación, como la Rama Coclear y los Pares Craneanos V, VII, IX, X y XII y la función Cerebelosa, cuyo estudio hay que hacer en todo examen completo del VIII Par. De la Función Cerebelosa y la exploración del equilibrio traemos un ligero cuadro que quisiéramos repasar con ustedes.

(Ver página 478).

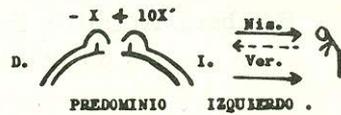
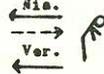
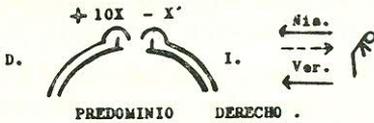
IMPULSOS LABERINTICOS .



Normalmente los impulsos de un laberinto son casi ciento por ciento contrarrestados por los impulsos del laberinto opuesto; de esta diferencia no contrarrestada, fuera de otros impulsos propioceptivos, resultan los reflejos posturales. Asi pues no hay dominio grande de ningún laberinto y no hay Nistagmos ni Vértigo y las desviaciones segmentarias son para conservar la estabilidad.

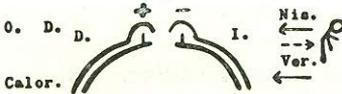
Cuando un laberinto predomina francamente sobre el otro (excitación patológica o térmica o rotatoria, etc.); hay nistagmos con movimiento lento hacia el lado menos activo y desviaciones segmentarias hacia este mismo lado, el movimiento rápido del nistagmos y la sensación vertiginosa son hacia el lado opuesto, o sea hacia el más activo.

ACCION DE AGENTE PATOLOGICO .



ESTIMULOS TERMICOS .

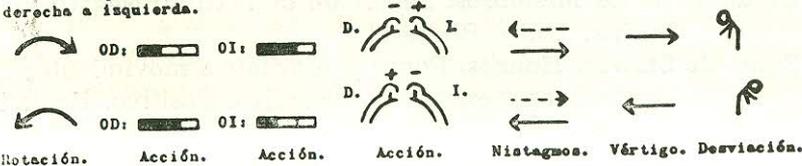
Se aplica el principio fisiológico de que el enfriamiento disminuye la actividad de los tejidos y al calentarlos aumenta su actividad .



ESTIMULOS ROTACIONALES .

En toda rotación hay dos estímulos laberínticos, al iniciar y al parar el movimiento; ellos son opuestos y se contrarrestan total o parcialmente según la igualdad o desigualdad de su intensidad. (Entin).

Con iniciación lenta y frenada en seco, toma predominio el laberinto izquierdo al girar de izquierda a derecha y el laberinto derecho al girar de derecha a izquierda.



EXPLORACION DEL EQUILIBRIO

— I —

HISTORIA

Sensaciones Vertiginosas. Imposibilidad en la marcha. Tendencia a desviar en la marcha. Dificultad para algunos movimientos de coordinación.

EQUILIBRIO ESTATICO

Hipotonía Muscular: Enfermo en laxitud. Negativa, Positiva.
Temblor Estático: Negativo. Positivo. Uni o Bilateral.
Desviaciones Segmentarias: Negativas. Positivas. Hacia qué lado.
Romberg: Negativo. Positivo. Oscilante. Derecho. Izquierdo. Hacia adelante. Hacia atrás.

EQUILIBRIO DINAMICO. - TAXIA

Diadococinecia: Negativa. Positiva. Uni o Bilateral.
Prueba de Prehensión: Normal. Imposibilidad. Dificultad. Descomposición de los movimientos (Bradi-teleo-cinecia); Uni o Bilateral.
Dismetría: Dedo-Nariz. Dedo-Nariz-Espacio. Negativa. Positiva. Uni o Bilateral.
Marcha: Imposible. Insegura. De ebrio. Desviación hacia derecha o izquierda. Con ojos abiertos y a ciegas.

TONO MUSCULAR

Sacudida de los Miembros: Sensación de laxitud. Negativa. Positiva. Uni o Bilateral.
Signo de Stewart Holmes: Poner y suprimir a movimientos que se ordenan, resistencia. Negativo. Positivo. Uni o Bilateral.

Nota. - Han sido llamados síntomas del equilibrio: Romberg y Marcha. Y síntomas cerebelosos propiamente: Tono Muscular y Coordinación.

Los signos espontáneos en las lesiones periféricas son muy indicadores, pero dichos signos pueden no existir en lesiones muy francas, por la gran acción correctora de los Centros del Equilibrio. (30).

La descripción del Vértigo hecha por el enfermo cuando este síntoma está presente es muy indicadora. Al respecto quisiéramos puntualizar que el vértigo periférico es siempre un verdadero vértigo, el enfermo siente los objetos girar o él se siente girar; otras sensaciones vertiginosas son siempre centrales y mientras más complejas y su descripción más imprecisa, su localización será más alta. Riesco trae como característico del Vértigo Psicogénico la sensación de ascenso o descenso brusca y esto lo hemos comprobado en nuestros enfermos.

Un elemento importantísimo en este estudio es el Nistagmos y se debe dejar constancia de su existencia con todas sus características, especialmente si es o no acompañado de sensación vertiginosa y si hay o no igualdad en intensidad en estos dos síntomas. Hacemos el estudio del Nistagmos según la gráfica siguiente. (Ver Fig. N^o 6).

Nylen, Aubry, Eagleton, Rius y otros autores han creído encontrar características, en los distintos tipos de nistagmos, que hablan en relación de la localización de la lesión en el neuro-eje, y algunos han llegado hasta dar síndromes; pero esto no es aceptado por todos los autores y entre otros, en uno de sus últimos artículos el Profesor Riesco, con un juicioso análisis de casos, no acepta este poder localizador y concluye el estudio de cada característica de los nistagmos con la frase "No sugiere una localización definida". Para nosotros el estudio del nistagmos y sólo en relación con otros signos, únicamente localiza lesión periférica o central, pero al respecto aún no se ha dicho la última palabra; la Nistagmografía con el Electroencefalógrafo se espera que dé alguna luz al respecto. (26), (28).

Estimulación Térmica. - Es ya concepto universal que de todas las pruebas calóricas, la más completa, de mayor utilidad, de resultados más parejos y en la cual los excitantes son lo menos enérgico posible, es la de Hallpike, que está al alcance de todos los medios y que da una gráfica de rápida interpretación. (32).

Con los datos dados por esta prueba y la posible diferencia entre ambos laberintos se podrá hablar de Hiper, Hipo o Arreflexia y creemos que ninguna otra prueba dará datos que no suministre el Hallpike; así no nos alargaremos describiendo algunas de ellos. (31).

Aceptamos la opinión ya muy generalizada que la sensibilidad estimuladora del laberinto (térmica y rotatoria), es mayor en la

NISTAGMOS

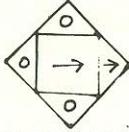
EXPLORACION DEL EQUILIBRIO.

-- II --

NISTAGMOS ESPONTANEO :

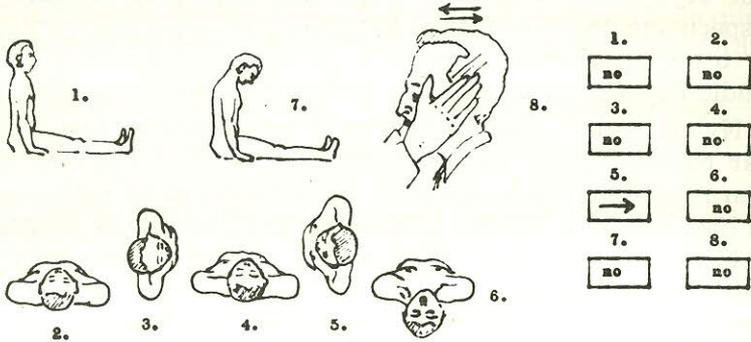
Dejar constancia de su posible existencia y de sus características.

NISTAGMOS DIRECCIONAL :



Esta gráfica la creo muy didáctica para anotar la dirección de la mirada y las características del nistagmos.

NISTAGMOS POSICIONAL :



I.

1 = Sentado. 2 = Decúbito Dorsal. 3 = Decubito Lateral Derecho. 4 = Decúbito Dorsal. 5 = Decúbito Lateral Izquierdo. 6 = Cabeza calgada. 7 = Sentado Cabeza inclinada hacia adelante. 8 = Después de sacudir la cabeza.

6

primera posición de elección (cabeza inclinada 30° hacia adelante); luego en la segunda posición (cabeza hacia atrás al máximo); y luego en la tercera posición a derecha y a izquierda (cabeza inclinada 30° hacia los lados). Así como aceptamos también que en cualquiera de estas posiciones lo mismo que en las de Brünings, no es posible desencadenar estímulos de un canal únicamente y que con la estimulación térmica se estimula todo un laberinto; con la rotatoria se estimulan ambos laberintos y con la galvánica se estimulan laberinto y centros. (Jongkees).

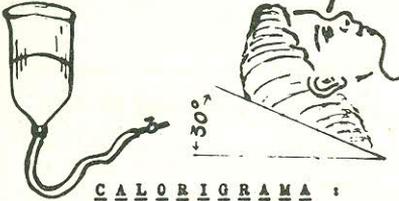
El concepto de corrientes centrípetas y centrífugas, con el frío o con el calor, tiende a revaluarse por el principio fisiológico de ma-

ESTUDIO DE REFLEJOS LABERINTICOS.

ESTIMULACION

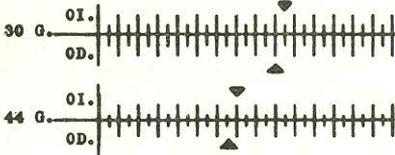
TERMICA.

Hallpike :



ALTURA DEL AGUA : 65 cms.
 TEMPERATURA DEL AGUA : 30 y 45 grados.
 DURACION DE LA IRRIGACION : 40 " .
 AGUA IRRIGADA : 240 c.c. aprox.
 LONGITUD DEL TUBO DE CAUCHO : 120 cms.
 DIAMETRO DE LA CANULA : 2,5 m.m.

 Cuatro Pruebas .
 ENTRE CADA PRUEBA CINCO MINUTOS DE REPOSO .
 NO SE TIENE EN CUENTA EL PERIODO DE LATENCIA



Dur.	Nis.	Ver.	Nau.	Vom.	Sud.
190"	←	←	no	no	no
180"	→	→	no	no	no
140"	→	→	no	no	no
130"	←	←	no	no	no

Derecha. Izquierda.

NORMALES EN HALLPIKE : Duración: Límites de normalidad : 1'.20" a 2'.40" .
 En 80 % reacción mayor en 5" a 15" con 30 G.
 En 10 % reacciones iguales con 30 y 44 G.
 En 10 % reacción mayor en 5" a 10" con 44 G.

PRESENCIA DE VERTIGO Y NISTAGMOS DE IGUAL DURACION E
 INTENSIDAD Y HACIA EL LADO MAS ACTIVO.

INTERPRETACION : Ausencia de reacción: ARREFLEXIA (Debe ser comprobada con agua a 18 G. y a 4 G.). Elementos de observación apenas perceptibles y de menos de 1'.20" de duración: HIPORREFLEXIA. Reacción intensa y de más de 2'.40" de duración: HIPERREFLEXIA. (Si es bilateral el diagnóstico es inseguro.). Diferencia franca entre las reacciones de ambos laberintos, con factores armónicos y concordantes: PREDOMINIO DE UN LABERINTO : LESION PERIFERICA . Ausencia de uno de los factores de estudio o diferencia franca de intensidad entre ellos : LESION CENTRAL .

7

por actividad celular causada con el calor y la disminución de actividad causada por el frío. Así al irrigar con agua fría un laberinto se le hace menos activo y por lo tanto predominan los impulsos del lado opuesto y a la inversa con el agua caliente. (21).

Para no alargarnos, terminaremos el estudio del estímulo térmico con la gráfica siguiente. (Ver Fig. N° 7).

Nos falta por hacer notar que es signo de Lesión Central, el que la actividad de los estímulos se invierta en las posiciones de elec-

ción; es decir sea mayor en la tercera o segunda que en la primera. Y esto vale también para la estimulación rotatoria.

Estimulación Rotatoria. - El gran futuro de esta prueba está en la ya realidad de la Cupulometría, hacia ella irán todos los estudios; entre nosotros no tenemos la dotación suficiente; así, pues, hemos tomado como de rutina el siguiente estudio muy aceptado. (Ver Fig. N° 8).

La mayor reacción se logra en la primera posición de elección, cuando es mayor la reacción en otra posición o cuando al terminar la reacción en esta primera posición, reaparece al buscar otra de las dos posiciones, es dato seguro de discordancia y por lo tanto de lesión central.

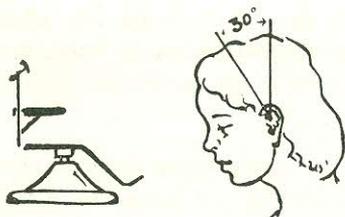
Hasta aquí el estudio del VIII Par; pero para su mayor utilidad en las lesiones de la Fosa Posterior, debe ser completado con la exploración somera de algunos otros pares craneanos, que están más en relación en sus centros o en sus vías con el VIII Par, como el Trigémino (Anestesia corneana, hipoestesia, parestesia o neuralgia); el Facial (Tic, paresia o parálisis); el Motor Ocular Externo (Paresia o parálisis); el Glossofaríngeo (Parálisis del velo, abolición del reflejo faríngeo) y menos frecuente el Pneumogástrico e Hipogloso.

Es ya aceptada la necesidad de la exploración completa del VIII nervio, siempre que se sospeche lesión de la Fosa Posterior y con los datos obtenidos, agregados a otros como los signos de hipertensión intracraneana y el ensanchamiento del Meato Auditivo Interno, (Radiografía en posición de Stenvers); se pueden agrupar síndromes que son de gran utilidad en el diagnóstico.

Traemos en el siguiente cuadro dos de las agrupaciones de síndromes. La primera agrupación según su evolución clínica y la etiología, que creemos completará los datos obtenidos en el estudio del enfermo; y la segunda agrupación según los puntos de elección de las lesiones intracraneanas y los síntomas y signos encontrados en el estudio. (21), (26).

ESTUDIO DE REFLEJOS LABERINTICOS.

ESTIMULACION ROTATORIA.



SILLA GIRATORIA CON ESPALDAR Y DESCANSABRAZOS REMOVIBLES .
 CABEZA INCLINADA HACIA ADELANTE 30 GRADOS .
 10 VUELTAS EN 30 " . INICIACION LENTA, PARADA EN SECO .
 AL GIRAR CON LAS MANECILLAS DEL RELOJ, DE IZQUIERDA A DERECHA, SE HACE PREDOMINANTE EL LABERINTO IZQUIERDO .
 AL GIRAR CONTRA LAS MANECILLAS DEL RELOJ, DE DERECHA A IZQUIERDA, SE HACE PREDOMINANTE EL LABERINTO DERECHO .

GRAFICA :

	Rotación.	Nistagmos.	Vértigo.	Des. Seg.	Nauseas.	Vomito.	Sudor.	Duración.
O.I.	↷	→	→	↻	no	no	no	20" a 30"
O.D.	↶	←	←	↻	no	no	no	20" a 30"

I. D.

INTERPRETACION : Ausencia de reacción : ARREFLEXIA. Elementos de observación apenas perceptibles y de corta duración : HIPORREFLEXIA. Reacción intensa y larga : HIPERREFLEXIA. (Si es bilateral el diagnóstico es inseguro.). Diferencia franca entre las reacciones de ambos laberintos, con factores armónicos y concordantes : PREDOMINIO DE UN LABERINTO, LESION PERIFERICA. Ausencia de uno de los factores de estudio o diferencia franca de intensidad entre ellos : LESION CENTRAL.

8

SINDROMES COCLEARES Y VESTIBULARES

PERIFERICOS O CENTRALES

Agudos: Unico: Lues. Parotiditis. Hemorragias Laberínticas o Cocleares. Alergia. Espasmos. Traumatismos.

Recidivante: Alergia. Espasmos. Hidrops.

Crónicos: (Los síntomas pueden presentarse en una posición o en varias posiciones siempre las mismas). Tumores del Acústico. Tumores de la Fosa Posterior. Afecciones a virus del Neuroeje. Lues. Esclerosis en Placas. Tóxicos. Foso Séptico. Traumatismos. Psicógenos.

Nota: - Esta agrupación como se ve no es completa, pero sí bastante suficiente.

SINDROMES DE VIII PAR INTRACRANEANOS

Lesiones Supratentoriales: Suelen dar signos Vestibulares, pero se presentan aislados y dispersos y con ellos no se puede hacer diagnóstico de localización. No obstante vale la pena recordar los síntomas de la tercera neurona coclear.

Lesiones Infratentoriales. (Fosa Posterior):

1 - Angulo Ponto-Cerebeloso: Síntoma principal en 98% de los casos: **Compromiso del VIII Nervio en primera Neurona;** puede afectar una o ambas ramas con hipofunción o muerte.

Otros síntomas agregados:

Trastornos del Equilibrio: Romberg. Marcha.

Trastornos Cerebelosos: Tono Muscular. Coordinación.

Nistagmos: Direccional. Posicional.

Compromiso de otros pares craneanos: Trigémino. Facial. Motor Ocular Externo. Glosofaríngeo. Neumogástrico. Hipogloso.

Síntomas de Hipertensión Craneana.

Ensanchamiento del Meato Acústico (posición de Stenver).

2 - Línea Media. (IV Ventrículo. Tronco Cerebral: Síntoma Principal: **Lesión de la Vía Vestíbulo-Óptica** en segunda Neurona: Nistagmos direccional y posicional. Modificación de la Reflectividad Vestibular, muy frecuente la Arreflexia, uni o bilateral. Normalidad en la Rama Coclear. Aquí también pueden presentarse algunos síntomas de los llamados agregados, en el ángulo Ponto-Cerebeloso; pero nunca el ensanchamiento del meato auditivo y el compromiso Coclear.

Arreflexia Vestibular Bilateral y Normalidad Coclear:

Destrucción del Area Vestibular del IV Ventrículo.

3 - Síndrome Cerebeloso: Síntomas Principales: Alteraciones de la Función Cerebelosa (ver Exploración de Equilibrio N° I); generalmente lateralizadas.

La reflexia del Laberinto y la Rama Coclear son generalmente normales.

Puede presentarse algunos de los síntomas agregados ya vistos.

Los síndromes en los órganos de transmisión, no los analizamos en esta ocasión, pues buscamos en nuestro estudio un fin otoneurológico; por esta misma razón hemos pasado superficialmente el problema de las Cortipatías.

En las Cortipatías el diagnóstico localizador de la lesión lo hace la exploración de la función y el diagnóstico etiológico lo hacen principalmente la historia y los exámenes complementarios. Creemos prudente recalcar que en el Hidrops es característica la gran variabilidad de la intensidad de los signos audiométricos; y que según Hallpike el Síndrome Vestibular Crónico Periférico y con síntomas en una sola posición, es casi 100% debido a lesión del laberinto por Foco Séptico.

CONCLUSION

Por tres años y de un modo invariable estamos practicando esta serie de exámenes, o mejor hacemos este tipo de Exploración Funcional del VIII Par, con él nos sentimos satisfechos y no hemos visto fallas que pudiéramos solucionar con otro sistema; en el momento actual no podemos sino recomendarlo ampliamente. Vemos de gran importancia no cambiar de método, para aprovechar todos nuestros casos en conclusiones que más adelante se podrán sacar.

BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

- (1) Testut - Laterjet: Tratado de Anatomía Humana. 8ª Ed. 1934.
- (2) Fernández, C.: The Innervation of the Cochlea. The Laryngoscope. Tom. 61. Pág. 1152.
- (3) Rouvière, H.: Anatomie Humaine, Descriptive et Topographique. 6ª Ed. 1948.
- (4) Araña, I. R.; Rebollo, M. A.: Neuroanatomía. El Ateneo. 1954.
- (5) Ranson, S. W.; Clark, S. L.: The Anatomy of the Nervous System. Saunders. Filadelfia. 1947.
- (6) Krieg, W. J. S.: Functional Neuro-anatomy. The Blakiston Co. N. Y. 1953.
- (7) Genkichi Totsuka et Al. Tokio.: Studies of the Acoustic Reflex. Annals of Otology. 939-959. 1954.
- (8) Lederer, F. L.: Diseases of the Ear, Nose and Throat. Filadelfia. Davis Co. 1946.
- (9) Jackson, Ch.: Diseases of the Nose, Throat and Ear. Filadelfia. Saunders. 1946.
- (10) Laurens, G.: Précis D'Oto —Rhino— Laryngologie. Masson. 1931.

- (11) Hilger, J. A.: Otolaryngologic Aspects of Hipometabolism. *Annals of Otology*. 395-413. 1956.
- (12) Lempert, J.: Physiology of Hearing. *Arch. Otolaryng.* Vol. 56. Pág. 101. 1952.
- (13) Tato, J. M.: *Lecciones de Audiometría*. El Ateneo. 1949.
- (14) Portmann, M.: *Précis D'Audiométric Clinique*. Masson. 1954.
- (15) Bunch, C. C.: *Clinical Audiometry*. Mosby Co. 1943.
- (16) Beranck, L. L.: *Acoustic Measurements*. J. Wiley and Sons inc. 1949.
- (17) Dandy, W. E.: Pathologic Changes in Ménière's Disease. *J. A. M. A.* 108-931. 1937.
- (18) Fowler, E. P.: Recruitment of Loudness Phenomenon. *Laryngoscope* 60. 680-695. Julio 1950.
- (19) Shanmbaugh, G. E.: Chronic Progressive Deafness, Including Otosclerosis and Diseases of the Inner Ear. *Archives of Otolaryngology*. 224-258. Vol. 61. 1955.
- (20) Hood, J. D.: Auditory Fatigue and Adaptation in the differential diagnosis of the End - Organ Diseases. *Annals of Otology*. 507-518. 1955.
- (21) Bello, J.: Buenos Aires. Argentina. Comunicación Personal.
- (22) Lundborg, J.: Diagnostic Problems Concerning Acoustic Tumors. *Acta Oto - Laryng. Suppl.* 1955.
- (23) Waston, L. A.: *Advanced Audiometry*. Maico Co. 1949.
- (24) Tato, J. M.: Topodiagnóstico Audiométrico de las Hipoacusias de Percepción. Memoria del IV Congreso Panamericano de Otorrinolaringología. México. 1954.
- (25) Jongkees, L. W. B.: Cómo se examina el Aparato Vestibular. Comunicación personal enviada por el Dr. Bello, de Buenos Aires.
- (26) Riesco McClure, J. S.: Síndromes Vestibulares en las Lesiones de la Fosa Cerebral Posterior. *Revista de Otorrinolaringología*. Abril 1955. Santiago de Chile.
- (27) McNally, W. J.: The Physiology of the Vestibular Mechanism in relation to Vertigo. *Annals of Otology*. 514-533. 1947.
- (28) Nylén, C. O.: Positional Nystagmus. *Jour. Laryng. and Otol.* Nº 6. 295-318. Junio 1950.
- (29) Jongkees, L. W. B.: Value of the Caloric Test of the Labyrinth. *Arch. Otolaryng.* 402-417. Octubre 1948.
- (30) Linsday, J. R.: Pathology of Vertigo Originating from the Peripheral Vestibular Apparatus. Memoria del IV Congreso Panamericano de Otorrinolaringología. México 1954.
- (31) McNally, W. J.; Stuart, E. A.: An Additional Five Years Review of Some Cases of Vertigo reported in 1949. *Annals of Otology*. 519-536. 1955.
- (32) Rius, M.: Tumores Endocraneanos y Oído Interno. Memoria del IV Congreso Panamericano de Otorrinolaringología. México. 1954.

SINDROME ASMATICO Y FACTORES PSIQUICOS

Dr. José Miguel Restrepo
Académico de Número

Entre las diversas teorías que en todos los tiempos se han emitido sobre el desencadenamiento de esta bronco-neumopatía han figurado la humoral, la espasmódica y la nerviosa las cuales explican la mayoría pero no la totalidad de las formas clínicas de este padecimiento. La primera invoca el atascamiento de las vías respiratorias por los **humores espesos y filtrantes**, entendiéndose por éstos la hipersecreción bronquial que a la larga impide la normal dilatación de los alvéolos pulmonares. La segunda invoca el espasmo y la contractura de los bronquios en donde se encuentran los músculos de Reisseisen, contractura que quizá previó el Prof. Trousseau cuando denominó el asma con el nombre de **epilepsia del pulmón**. Sin embargo, son muchos los autores que no aceptan el espasmo bronquial como asmógeno porque jamás se ha observado por broncoscopia durante el acceso la rigidez de los bronquios, porque espasmo indica constricción, estrechez, disminución de calibre; mas bien hay una hiperquinesia o mejor disquinesia que el doctor Chevalier Jackson designó "danza bronquial". En cambio el doctor Wintrich afirma que es el espasmo de los músculos respiratorios, especialmente del diafragma, el responsable del acceso de asma; con tales "espasmos el pecho se amplía y se aumenta de volumen el pulmón, las bases de éste descenderán y el torax quedará fijo en un estado inspiratorio, difícil de vencer. Pero la intimidad patogénica no es suficientemente clara; y por lo tanto hoy por hoy debemos seguir aceptando que el asma es un problema bronquial y extrabronquial al mismo tiempo". Y la tercera estima o considera que la secreción bronquial y la modificación del ritmo respiratorio con predominio de la fase espiratoria dependen única y exclusivamente del sistema nervioso. Cada una de estas teorías tiene una parte de verdad: hay un trastorno nervioso primitivo realizado por un desequilibrio nervioso —del vago o del simpático— pero en el cual predomina la hipervagotonía por fluxión de la mucosa y el espasmo brónquico con disnea de imperio espiratorio. El atascamiento, el espasmo y la irritación de las terminaciones nerviosas en la mucosa respiratoria bronquial pueden ocurrir por influjo de infecciones diversas, por alergia a infinidad de factores, por reflejos viscerales distantes o partidos del mismo pulmón que dan el episodio denominado esencial por la dificultad de

encontrar una causa verdaderamente sindicable en la aparición del proceso. Sin embargo, hay algunos factores cuya participación en el estallido o aparición del ataque de asma no pueden negarse ni siquiera ponerse en duda: son los de orden psicógeno que intervienen de una u otra manera no importa la etiología que se supusiere responsable; unas ocasiones esa influencia se hace sentir en la iniciación, otras en la duración o en la permanencia de la disnea y a veces como impediendo para la recuperación de la normalidad tal como acontece en los accesos que se repiten con tanta frecuencia que vienen a ser casi subintrantes; así es como se origina el estado de mal, que puede durar semanas y semanas dando la sensación de que hay intercorrientes nosológicas que se oponen al restablecimiento de la salud. G. Sastre Lafargue y M. Roca Segura que se han preocupado por el esclarecimiento de las circunstancias etiopatogénicas del asma apuntan los conceptos siguientes que explican e iluminan muchas oscuridades en la aparición de casos de la enfermedad en mención en sujetos con pasado respiratorio de perfecta normalidad: "Sabemos que cuando en un territorio orgánico se originan alteraciones funcionales durante un tiempo más o menos largo, no tardarán en establecerse complicaciones o modificaciones tejidulares, en crearse nuevas vías y nuevas posibilidades reaccionales, es decir, se tendrán mecanismos que ya no volverán a desaparecer tan fácilmente a pesar de que la situación psíquica desencadenante, se modifique. Esto explica por qué en muchos casos de asma de etiología claramente comprobada el cuadro clínico toma matices inusitados de gravedad cada vez que el sujeto se encuentra con preocupaciones, disgustos, problemas e inquietudes espirituales cuya solución o cuyo sosiego se presentan como difíciles o imposibles". De aquí que en ocasiones el mismo estímulo psíquico que desencadenó la mejoría o la curación, sea capaz de desarrollar la misma sintomatología alarmante cuando ya ni el paciente, ni los familiares ni siquiera el médico mismo a quien se atribuía la curación esperaban el retorno: la curación de muchos procesos morbosos, el borramiento de muchos cuadros clínicos puede obedecer a que el organismo renuncia a la lucha, se entrega a las fuerzas de inercia de las defensas desfallecidas, aunque permaneciendo éstas como rescoldo, listas para encenderse cuando reviva la sintomatología o sea el día que las células de determinadas vísceras modifican o alteran las acciones y reacciones humo-
rales.

Los fenómenos químicos de la respiración no pueden reducirse a los simples cambios hematósicos: esta función es un proceso vi-

tal demasiado complejo en el cual juega un papel de trascendencia el estado anímico del hombre, con variaciones notorias según el estado de placer o de disgusto por que atraviesa el individuo. Las experiencias de Beckmann sobre la respiración de los aviadores han concluido en la comprobación de que una ansiedad motivada por el temor de estar obligados a volar con poca visibilidad y con denso tránsito de aeronaves hace disminuir la tensión de anhídrido carbónico, consecutiva a una hiperventilación subconsciente. En las grandes angustias, en las esperas de noticias que acongojan, el ritmo respiratorio se altera y por eso a cada momento la persona tiene que tomar huelgo como si se fuera a asfixiar, como sucede en los ascensos.

Los psicoanalistas, estudiando la patogenia del asma, le han dado una importancia considerable a "la gran necesidad que tienen estos enfermos del cariño materno o de una imagen sustitutiva de la madre" viniendo a ser —según esta concepción— una manifestación del aislamiento espiritual, del abandono afectivo en que se halla el sujeto que a todas horas requiere cuidados y atenciones prodigadas con amor y con gusto verdaderos. Y es que tratándose de asma es preciso mantener claro en la mente del médico que el sujeto que la padece es no solamente un probable sensibilizado a uno o a varios factores, sino que es un **hombre asmático** con sus problemas, sus conflictos, sus contrariedades, sus emociones, sus traumas y su personalidad propia, **intransmisible**, de manera que sigue en toda su actualidad la frase gastada, a fuerza de repetirse a cada ocasión, de que el médico lo que tiene que tratar es el enfermo con su enfermedad que lo individualiza como caso aislado: el facultativo debe tratar al asmático como enfermo, no la enfermedad de asma.

Las consecuencias de infecciones mínimas o trascendentes pueden ser de inflamación de la mucosa del árbol respiratorio o de degeneración de las mismas, de simple irritación endotelial en cuyas zonas se crea poco a poco el locus minoris resistencieae y el locus majoris sensibilittatis con lo cual la actuación del factor o estímulo psíquico queda facilitado: causas leves y hasta inapreciables precipitan el desencadenamiento.

La influencia de los vapores diversos que lentamente van irritando la misma mucosa broncopulmonar, la sobrecarga anormal de sustancias de la sangre que irriga esas porciones de órganos integrantes del aparato respiratorio, las neumoconiosis múltiples que tiene que sufrir el hombre en sus numerosas y variadas actividades de

ocupaciones diferentes, todo ese conjunto de elementos o factores agresivos acaban por modificar los actos físicos de la respiración y hacer estallar la sintomatología característica. De modo que los sujetos calificables como de terreno asmático o que han sufrido anteriormente accesos reputados como tales, solamente requieren una espina psíquica que los punce, un estado de leve tensión nerviosa que al descargarse hará que estalle en forma de sintomatología asmática: es esto lo que explica la presentación del acceso cada vez que se tiene una preocupación, se incuba una inquietud, se atraviesan circunstancias erizadas de dificultades, se desvanece una esperanza largamente cultivada o dolorosamente se tiene que transitar por caminos de fracaso. Son estas circunstancias las que imponen al médico la obligación de tratar no solamente el síndrome asmático sino las condiciones psíquicas que rodean al paciente, los factores agregados que presiden o acompañan el acceso, porque sólo de esta manera se puede beneficiar al hombre atacado de enfermedad asmática.

Jamás se debe olvidar que son muchas las formas clínicas equivalentes que pueden pasar inadvertidas reputándolas como de otro origen; así se observa que muchas toses inveteradas sin ninguna o con exigua expectoración, muchas respiraciones anhelantes, con jadeo o de cortas inspiraciones de anhélito consecutivas a un acceso de risa, se benefician con las terapias antiasmáticas. Algunas bronquitis de repetición que se presentan en el niño, ya febriculares, ya apiréticas acompañadas de disnea espiratoria no son sino manifestaciones asmáticas en esta edad de la vida y por lo tanto requieren la terapéutica adecuada que no puede ser otra que la etiológica en primer lugar y luego la eupneica y normalizadora de la respiración. Los traumatismos psíquicos provocan en los individuos de resistencia lábil, verdaderos choques hemoclásicos, crisis vásculo-sanguíneas auténticas que predisponen para la aparición de entidades o síndromes que hasta entonces no habían sido despertados sino por factores o estímulos orgánicos, somáticos. De esta manera se explica que las ansiedades, las tribulaciones, las congojas y todas las inquietudes puedan conducir al estado de angustia respiratoria manifestada por el ataque característico y peculiar del asma.

La antipatía que se designa como repugnancia instintiva o natural a persona o cosa determinada es un verdadero equivalente psíquico de la alergia. De aquí que se oigan con mucha frecuencia frases indicativas de la posible acción patógena de personas y aun de entidades: fulano de tal, me enferma; a zutano no lo puedo sufrir, a

esotro no puedo ni verlo ni escucharlo, esotro me hace daño hasta en sueños; en cambio, perano, me produce ratos de placer... Son estados comunes en el asmático, son antipatías inexplicables, sobre todo cuando se trata de casos inveterados o de frecuente y repentina repetición: la continua y obligada comunicación con ciertas personas, la convivencia en la misma casa con sujetos que desagradan, la alimentación en el mismo comedor y a veces en la misma mesa, la vista o conversación forzosa con algunos superiores o compañeros de labor, son circunstancias que agravan siempre los estados asmáticos; es el caso tan exagerado de las suegras o de las cuñadas, de parientes mandones y autoritarios, de hermanas casadas que siguen interviniendo en el hogar, ya para ellos ajeno, de padrastros o de entenados que no la van en estimación, de institutores o maestros temidos y temibles por sus conocidas actuaciones, quienes inconscientemente entretienen y eternizan accesos asmáticos en sus discípulos, que en ocasiones alcanzan el estado de mal porque la vista, la mera voz de tales personas sirven de alérgeno que desencadena la protesta orgánica que se refugia en la enfermedad. Esas circunstancias hacen desencadenar el reflejo o los reflejos de índole diversa que inhiben o paralizan algunas funciones, modificando en todo caso su cumplimiento dentro de la normalidad. La señal de incomodidad, de molestia, de desagrado, de fastidio, de contrariedad en el medio ambiente en que se tiene que vivir, se manifiesta en estos enfermos deleznable con la enfermedad que les es más fácil hacer estallar: es porque todo lo que en la vida de una persona implique vigilancia, fiscalización, crítica, deseos de conducción, superioridad sin fundamento ni razón, merma las resistencias del organismo y facilita el impacto agresivo de muchos factores que menoscaban la salud y abren de par en par las puertas para los procesos morbosos. Las crisis vásculo-sanguíneas, el choque emocional necesariamente tienen que acompañarse de rupturas del equilibrio humoral con disendocrinas, todo lo cual contribuye a que se perturben las funciones en general y muy especialmente aquellas que por el temperamento y la constitución del individuo son más vulnerables a todas las agresiones de la economía. De manera que el síndrome asmático, aunque esté integrado por los mismos signos y los mismos síntomas, varía en cada sujeto en su modo de presentación, en la duración y marcha evolutiva, en la respuesta a los distintos fármacos porque todos los disturbios están íntimamente regulados por la característica personal de cada individuo. Cada cual reacciona a su manera, amplía sus dolencias, las soporta diversamente según las condiciones en que se

encuentra y según como sea el medio que lo circunda; y hasta la valía social, la holgura económica, el grado de cultura, el matiz de distinción y tantas otras circunstancias extrínsecas contribuyen a dar coloridos diferentes en gravedad a los cuadros clínicos de los asmáticos; para unos es un grave y serio ataque de asma, para otros una manifestación ruidosa de alergia bronquial cuando para otros no pasa de ser un simple acceso de ahogo, cuando no de simple **ahogo o ataque al pecho**.

En la patogenia del acceso asmático hay que considerar dos mecanismos: uno de origen bronquial por hipersecreción catarral, por edema congestivo de las mucosas y por bronco-espasmo; otro de origen extrabronquial por espasmo de la musculatura extrínseca o por alteración central de la regulación respiratoria. El hecho anatómico de la riqueza de plexos capilares de la submucosa bronquial, que constituye un verdadero tejido eréctil, capaz de edematizarse y de trasudar en los casos de una reacción vascular que lo conduzca a la estasis, explica satisfactoriamente la ingurgitación y el acúmulo de serosidades que atascan los segmentos bronquiales. Viene a ser este fenómeno semejante al ofrecido por la rinitis vasomotora, en que abundan el moco y los estornudos originados por espasmos frecuentes. La comprobación broncoscópica de las placas de edema sobre la mucosa, reputadas por simple sospecha por el genio clínico de Trousseau como urticaria del bronquio, explica y sin trabajo este factor como asmógeno.

Recorriendo la casuística del síndrome asmático se encuentran muchos que tienen como factor desencadenante grandes e intensos traumatismos psíquicos: miedo a los castigos físicos o corporales como acontece en los niños y adolescentes; infracciones a la moral como los delitos, la maternidad ilegítima; conmociones afectivas como las muertes y las enfermedades de larga y penosa evolución en los familiares; fracasos en los negocios, pérdida de estudios, derrotas profesionales, desavenencias conyugales, convivencia con personas que desagradan, fiscalización de los parientes y todas aquellas ocurrencias que inferiorizan el sujeto y lo inhiben para muchas actuaciones; por esto el desempleo, la insubsistencia de los oficios, una mala situación económica, todo puede contribuir a que el episodio asmático se desarrolle, a veces sin causa inmediatamente sindicable, otras después de una coriza simple o catarros descendentes; hay ocasiones en que después de un período de ansiedad que el individuo no alcanza a explicarse y cuya causa el médico no vislumbra, estalla la

sintomatología de asma que se acepta sin desagrado porque al menos demuestra que sus pesares todos y sus dolencias o temores imaginarios obedecían a algo que ya tuvo la manera de manifestarse.

Hay otro grupo de asmáticos que padecen su enfermedad desde muchos años antes en los cuales es factible relacionar el advenimiento de un acceso, el sostenimiento de una crisis o la entrada al estado de mal con ocurrencias o sucesos que vulneraron la resistencia psíquica: las preocupaciones que perduran en espera de disipación tranquilizadora, los problemas domésticos de larga duración y de solución muy remota, las perspectivas de una sentencia condenatoria o de castigos por infracciones de la Ley mantienen las resistencias de las funciones respiratorias tan disminuídas que su alteración se efectúa en ocasiones sin un motivo que sea explicable para familiares y aun para el médico que ignora la situación espinosa en que se halla colocado el enfermo. Son infinitud los enfermos que cuentan que pueden soportar grandes disgustos sin que su padecimiento sufra recrudecimientos, pasan por penas comunes del hogar sin manifestar particularidad alguna, pero que son incapaces de resistir incidentes corrientes de la vida diaria como el incumplimiento de un negocio insignificante, una palabra dura y agresiva de persona a quien se estima, una mala respuesta del hijo, actuaciones de mala voluntad de parte del cónyuge, una alusión despectiva en una reunión cualquiera, el triunfo político de un adversario porque entonces la disnea, la sensación de angustia, la respiración jadeante, y la duración del ataque los hace pedir socorro y apelar a las medicaciones para ellos familiares y a veces efectivas. Sucesos de esta naturaleza son muy comunes en las épocas de incandescencia política, sobre todo para los que pertenecen a la oposición; y si se llevara una estadística minuciosa sobre la morbilidad y sobre las causas de muerte en los actores de la política se llegaría a la conclusión de que las enfermedades alérgicas de todo género, la enfermedad coronariana en todos sus matices, la úlcera gastro-duodenal son más comunes en los vencidos, en los que a todas horas anhelan mejor suerte; y en cambio la cirrosis del hígado, el cáncer del mismo, la apoplejía cerebral son gajes de los que están en el poder y se exceden en la bebida y en la comida; los grandes agasajos, los banquetes como homenaje para reconocer muchos méritos, unos hijos de la realidad y los más compendio de la adulación y de la alabanza o para tributar felicitaciones por proyectos, porque casi jamás por realizaciones, son el principio del fin de muchas celebridades.

En el fondo de todo asmático hay la propensión al desequilibrio vago-simpático: por esto en sus antecedentes se suelen encontrar tendencias alérgicas y aun manifestaciones patológicas de repetición: urticaria, eczemas, prurigos, pruritos diversos, dermatitis de etiología distinta se hallan frecuentemente en los familiares o parientes muy allegados, de modo que casi nunca son novedades morbosas que impresionan el hogar, ya que encuentran en ellos la influencia remota de los antecesores, el mandato imperativo de la herencia.

En el conjunto sintomático que da el asma en sus primeras invasiones sobresalen el temor a la muerte repentina, el de ir perdiendo la actuación social y sobre todo la sensación de que en cualquiera parte o sitio en donde se encuentre la persona será importuna con su respiración llamativa de sorpresas. Por estas circunstancias se van retrayendo muchos abandonando actividades habituales, otros por la fuerza se van acostumbrando a convivir con la enfermedad que al fin y al cabo es uno de los modos de obtener alivios que les permitan llevar vida de sociedad.

Sin embargo, el médico no debe perder de vista que en el porvenir del asmático se encuentran algunas nosopatías que se encargan de darles agravación: las enfermedades del corazón, las bronquitis crónicas, el enfisema, la dilatación bronquial que infortunadamente son esquivas para las terapias de curación ya que apenas alcanzan breves alivios, pausas de descanso que animan y hasta hacen concebir mejores esperanzas. O. Carvalho, hablando del asma dice lo siguiente que resume mucho de su patología: "el asma es proceso alérgico en un porcentaje muy grande, provocado por alérgenos físicos, químicos o psíquicos. Sensibilizados con éxito los enfermos con alérgenos físicos o químicos, el choque asmático podrá ser desencadenado por alérgenos psíquicos de orden emocional, de conformidad con las personalidades alérgicas constitucionales".

BIBLIOGRAFIA

E. LOPEZ BOTET: Asma Bronquial. - Nuevas ideas sobre su Fisiopatología. El Neumatograma normal y Patológico. Revista Clínica Española.

E. LPEZ BOTET: Asma Bronquial. - Nuevas ideas sobre su Fisiopatología. La Resistencia bronquial normal y Patológica. Revista Clínica Española.

C. JIMENEZ DIAZ y otros: Tratamiento del Asma con mostaza nitrogenada y consideraciones derivadas sobre la naturaleza de las enfermedades alérgicas y la terapéutica de disreeacción. Revista Española.

O. CARVALHO. - Los Síndromes condicionados y los grandes procesos generales. Conferencia en la Universidad de Madrid en Octubre de 1951.

GEORGE BLUMER, M. A. (Yale), M. D. - The Therapeutics of internal Diseases. Volumen V.

L. RAMOND. - Conferencias Médicas. Tomo primero. Enfermedades del aparato respiratorio.

F. K. ALBRECHT. - Modernas actuaciones clínico-terapéuticas en Medicina Interna.



ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

CONCLUSIONES DEL SEMINARIO SOBRE CONSULTA EXTERNA AUSPICIADO POR LA ASOCIACION COLOMBIANA DE HOSPITALES Y LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA EFECTUADO EN MEDELLIN LOS DIAS 3 - 4 Y 5 DE OCTUBRE DE 1957

Los asistentes al Seminario sobre Consulta Externa de los Hospitales, patrocinado por la Asociación Colombiana de Hospitales y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, reunidos en Medellín los días 3, 4 y 5 de octubre de 1957, adoptan las siguientes conclusiones:

Primera. - Reconocer el valor de la Consulta Externa como parte de la formación de los estudiantes de medicina y profesiones afines y para la educación sanitaria de los pacientes y sus familiares;

Segunda. - Registrar con beneplácito la ponencia del representante oficial del Ministerio de Salud Pública sobre integración de los servicios de los centros de higiene de los hospitales regionales y auxiliares, iniciada en el Plan Piloto de Santo Domingo (Antioquia), cuya generalización a todo el país se recomienda;

Tercera. - Generalizar la aplicación de la resolución 001 de 1951 previo estudio social y económico que permita la adopción de tarifas justas para ayudar al sostenimiento de este servicio fundamental para el bienestar de la comunidad;

Cuarta. - Insistir en la necesidad de la organización técnica de la Consulta Externa, de acuerdo con la categoría y recursos de cada hospital;