

dual, presenta variaciones importantes en su composición centesimal que deben considerarse como normales.

---

### BIBLIOGRAFIA

- I. **Sir F. Smith.**—Manual of Veterinary Physiology. Alex Eger, Chicago, 1921.
- II. **Heineman.**—Milk. Saunders, Co., 1921.
- III. **Dr. W. Fleishmann.**—Tratado de Lechería. Gil. Barcelona, 1934.
- IV. **Santos Arán.**—Ganado Vacuno. Madrid, 1918.
- V. **B. M. Washburn.**—Productive Dairying. Lippincott's. 1925.
- VI. **Farrerás y Sanz Egaña.**—La Inspección Veterinaria en los Mataderos, Mercados y Vaquerías. Barcelona, 1925.
- VII. **Henry and Morrison.**—Feeds and Feeding. Madison, Wis., 1923.
- VIII. **Thom and Hunter.**—Hygienic Fundamentals of Food Handling. Williams and Wilkins. Baltimore, 1924.
- IX. **Schneider.**—Microbiology of Foods. Blakistone Co. Phila., 1920.
- X. **Cox.**—Analysis of Foods. Blakistone, Co. Phila., 1926.
- XI. **Mac Collum and Simmons.**—The Newer Knowledge of Nutrition. Mac Millan. New York, 1925.
- XII. **Dr. W. Frei y Dr. E. Metzger.**—La Periodicidad Sexual en la Vagina de la Vaca. Revista de Higiene y Sanidad Pecuarias. Abril, 1927.
- XIII. **B. W. Hammer.**—Dairy Bacteriology. J. W. L. E. Y. & Sons. New York, 1928.

## Dos Casos de Leiastenia

Por el Dr. Mario Quiñones<sup>1</sup>

No es raro que acudan a las consultas de gastroenterología personas a las que, después de infecciones graves o enfermedades prolongadas consunsivas, les ha aparecido, o les ha quedado, un remanente de sintomatología digestiva suficientemente molesta, para que vengan tomando, durante largo tiempo, el té que ha mejorado, en condiciones

<sup>1</sup> Leído en la sesión del 25 de julio de 1934.

al parecer similares, a un pariente cercano, o el brevaaje que la comadre, con amplia experiencia, les ha recomendado. A pesar de la constancia con que han venido haciendo tal cosa, sus males han persistido o han empeorado y les han obligado a ir reduciendo cada día más su alimentación, único medio con que a veces han logrado una mejoría, pero pasajera, ya que la exacerbación no se hace esperar mucho tiempo. A la desnutrición producida por la enfermedad inicial han agregado la que produce una hipoalimentación prolongada. A sus molestias digestivas se han sumado otras nuevas, consecuencia del encadenamiento sintomatológico y de la prolongación del mal: astenia física y psíquica también, que las ha llevado, a veces, hasta la ineptitud para todo trabajo.

En tales condiciones se presentan a consultarme dos personas cuya historia clínica en los puntos esenciales parece calcada, una de las cuales, bastante resumida, me voy a permitir referiros:

**1º Ficha de identificación:** Vicente R., de 45 años de edad, natural de Puebla, casado, de profesión abogado.

**Antecedentes hereditarios.**—Su madre murió a los 45 años, de enfermedad digestiva indeterminada. No se sabe si tuvo abortos. Su padre murió de neumonía a los 54 años. Tiene cinco hermanos sanos.

**Antecedentes personales no patológicos.**—Sin importancia.

**Antecedentes personales patológicos.**—Siempre ha sido de constitución menos que mediana. Ha padecido paludismo, y hace seis meses tifo. No ha padecido enfermedades venéreo-sifilíticas.

**Momento actual.**—Se trata de un individuo flaco y enflaquecido, con facies de tristeza y fastidio y piel pálida; se queja de digestiones difíciles con pesadez epigástrica y somnolencia postprandial; estreñimiento y gran astenia.

**Estado actual.**—Refiere el principio de sus males a la convalecencia del tifo, a consecuencia del cual perdió 8 kilogramos de peso. Empezó a notar entonces que sus digestiones eran prolongadas, de lo que se daba cuenta por pesadez epigástrica que antes nunca había tenido, agruras y eructos tardíos (aun después de la cena) con olor del alimento que había tomado a mediodía. Rara vez regurgitación de alimentos de la comida anterior. A estas molestias se agregó una som-

nolencia invencible y ganas de no hacer nada física y mentalmente después de los alimentos, especialmente después de la comida. Siempre evacuaba su intestino dos veces al día; pero desde el tifo quedó estreñido, acentuándose este estreñimiento desde su convalecencia. Hace notar que no siente necesidad de evacuar. Se trata de un estreñimiento cuantitativo y cualitativo. La astenia, que sólo era postprandial al principio, se ha ido acentuando hasta hacerse casi constante, pues es raro el día que tiene ánimo para su trabajo.

### Interrogatorio por aparatos

**Digestivo.**—Tiene buen apetito, pero no come suficiente por temor a aumentar sus molestias. Más bien ha tenido que ir reduciendo los alimentos, tanto en cantidad como en calidad, predominando en la actualidad los atoles y purés. Boca amarga. Sialorrea a veces. Plenitud de vientre, postprandial.

**Circulatorio.**—Raramente palpitaciones y lipotimias. Disnea y fatigabilidad de esfuerzo. Latido epigástrico. Aorta palpable y no dolorosa. Manos y pies frecuentemente fríos y a veces muy pálidos.

**Respiratorio y renal.**—Nada de importancia.

**Sistema nervioso.**—Frecuentes insomnios. Temor constante de empeorar o de la incurabilidad de su padecimiento. Ineptitud frecuente para el trabajo psíquico. Reflejo óculocardíaco, normal. Reflejos pilomotor y cremasteriano, perezosos.

**Síntomas generales.**—Perdió 8 kilos por el tifo y desde la convalecencia ha perdido otros 7. Astenia cada día más acentuada. Se ha tratado con laxantes, digestivos y tónicos.

**Exploración física.**—Sólo haré mención de los datos importantes: mejillas hundidas, con abundantes pliegues cutáneos, pómulos salientes, midriasis bilateral, reflejos pupilares normales. Dos molares con caries de segundo grado. Cuello con salientes musculares marcadas. Tórax ligeramente estrecho, tendiendo al del tipo longilíneo. En el aparato respiratorio no se encontró nada anormal. Latidos cardíacos normales en cuanto a ritmo y tono, aunque poco intensos. Pulso radial amplio, bien perceptible, con frecuencia de 78 y tensiones Mx., 105, y Mn., 65. Abdomen un poco hundido, depresible. Latido epigástrico

bien perceptible; chapaleo gástrico y cecal. Estómago con límite inferior por abajo del ombligo, en decúbito dorsal. Zona de Traube muy amplia. Hígado con borde palpable en el hipocondrio derecho y epigastrio; no doloroso. Bazo normal.

**Exámenes complementarios.**—Siendo el radiológico a nuestro juicio, el más interesante, será en el que nos detengamos. Con ingestión de citobario se hizo radioscopia con el siguiente resultado: deglución y tránsito esofágico, normales. El estómago se llenó del fondo hacia arriba. Morfológicamente se encontró su fondo descendido hasta cerca del pubis, en posición de pie; el píloro **en su sitio habitual**, dando en conjunto el aspecto de una gran "J". El peristaltismo gástrico tardío y apenas visible, las ondas de contracción muy pequeñas. El vaciamiento gástrico muy rápido, como si el píloro fuera incontinente, tardando en total como 25 minutos. El tránsito en el delgado acelerado: a las dos horas había sustancia opaca en el ciego y el ascendente. A la sexta hora ya llegaba a la sigmoide; en ésta y el recto permaneció por 30 horas. El transversal con pliegues poco aparentes, ángulo derecho a la altura de la cresta ilíaca, izquierdo en su sitio normal y el centro en columpio.

Con la diferencia de tratarse de un joven empleado de oficina; de haberse iniciado las molestias después de una pleuresía supurada y de tener, además, reacción de Wassermann positiva, ya indicaba que en los datos esenciales coincidían ambos casos.

### Consideraciones

La sintomatología inicial, consecutiva a una enfermedad que provoca desnutrición acentuada que altera la vitalidad de los músculos y desgasta las reservas grasas del organismo, produciendo un desequilibrio evidente en la estática abdominal, hace pensar desde luego en una tosis visceral, ya que todas las condiciones propicias para que se reduzca están reunidas.

Sin embargo, el examen radiológico nos enseña que estos casos presentan algunas diferencias con los de verdaderas tosis: así, el estómago no ha perdido totalmente sus relaciones, pues el píloro y la gran tuberosidad se encuentran en su sitio habitual y sólo el fondo se encuentra descendido. Este órgano ha sufrido lo que se llama una "dislocación vertical" y no una tosis. En cuanto al colon sólo su ángulo

derecho está un poco bajo y del hígado sólo su borde anterior es palpable. Es cierto que pueden encontrarse diversos grados de tosis; pero en todas ellas siempre hay trastornos funcionales, especialmente de estasis, ya por descenso o por angulación, que aquí no encontramos. Bien, por el contrario, se observó tránsito acelerado, tanto gástrico como intestinal. Sólo coinciden estos casos con los de tosis, en el estreñimiento; pero en ellos se debe a atonía de la musculatura rectal y no a tránsito retardado como ocurre en la tosis. Esta misma atonía la observamos en el estómago y el resto del intestino, como lo demuestra el retardo o casi ausencia de peristaltismo aparente. Así, pues, hay en estos casos un "tránsito paradójico", tanto gástrico como intestinal, debido a probable insuficiencia esfinteriana gástrica e intestinal, paradoja que también se presenta en la sintomatología subjetiva, ya que el paciente se siente aún lleno cuando ya su estómago e intestino se han vaciado.

Esta astenia de la fibra muscular lisa es debida al estado general de los pacientes y al probable ataque que sufrió su inervación intrínseca (plexos de Auerbac y Meissner) por la enfermedad inicial. No es sólo la musculatura lisa gastrointestinal la única que sufre, sino en general todo el sistema muscular liso del organismo, como lo atestiguan: la hipotensión arterial y la amplitud del pulso, la dilatación pupilar, la lentitud o ausencia de los reflejos pilomotor y escrotal. Este conjunto sintomatológico es lo que constituye el síndrome de *leiastenia* descrito por Loeper y Bauman y cuya existencia es una realidad.

El diagnóstico de estos estados tiene gran interés, especialmente por cuanto respecta a su tratamiento, pues el tratamiento común de las tosis fracasa en ellos y aun los empeora. La faja abdominal no los modifica, ya que, como hemos visto, el tránsito generalmente no está alterado. Lo que hay que tratar es la astenia de la fibra lisa, cosa no siempre fácil. Hay, sin embargo, medios útiles y entre ellos el empleo del extracto de lóbulo posterior de pituitaria es el más recomendable, por ser su acción casi específica sobre la tonicidad de la fibra muscular lisa. La ergotina es también un medio útil, así como algunos amargos como la cuasia y la genciana.

El masaje, a la manera de Gaultier, sobre las paredes gástricas, logra mejorar también su hipotonía, como hemos logrado comprobar.

Los medios citados son los que hemos empleado en estos casos, logrando una mejoría apreciable.

La poca frecuencia con que se observan estos casos, pero al mismo tiempo la indudable existencia de la leiastenia, me resolvieron a traer ante vuestra docta consideración este modesto trabajo.



## María Sklodowska Curie

Por el Dr. Eliseo Ramírez<sup>1</sup>

Uno de los aspectos más patéticos que ofrece la ciencia contemporánea es la crisis sufrida por la mecánica clásica en virtud del descubrimiento de nuevos fenómenos físicos, para cuya explicación ha sido menester someter todos los conocimientos anteriores a una crítica meticulosa, lo que no ha sido sin conmover y quebrantar las bases mismas del edificio científico.

La doctrina de la relatividad de Einstein originó un cambio de interpretación sobre datos que parecían incommovibles a nuestra intuición: la existencia del tiempo y del espacio absolutos; y al fundar la mecánica relativista, fué quebrantada la mecánica newtoniana, planteándose nuevos problemas sobre el principio de la inercia, de Galileo; de la conservación de la materia, de Lavoisier, y de la conservación de la energía, de Justo Roberto Meyer.

El 25 de noviembre de 1924, Luis de Broglie evidenció que si de acuerdo con la teoría de la relatividad, la materia y la energía son dos aspectos de la misma realidad física, toda porción de energía y todo corpúsculo material están ligados a un fenómeno periódico, cuya frecuencia está definida por un factor de proporcionalidad donde interviene la constante universal de Planck. Al crear el ilustre sabio francés la mecánica ondulatoria, aplicando la mecánica cuantista de Planck, permitió a Schrödinger introducir una interpretación estadística en el estudio de las radiaciones.

La participación del observador en los fenómenos físicos, sin la cual carecen de sentido, llevó a Heisenberg a establecer, fundándose

<sup>1</sup> Leído en la sesión del 1º de agosto de 1934.