
Las causalgias post-traumáticas de Weir-Mitchel y porvenir

Por Paul Blancliet, Tesis de Paris, 1931

Si la descripción primitiva de la causalgia, tal como la ha presentado Weir-Mitchel, ha permanecido inmutable, las condiciones de su producción, su evolución y su tratamiento han sido objeto de trabajos numerosos. La naturaleza del terreno es para el autor un factor accesorio en el tipo causálgico de los dolores, y en particular en las modificaciones psíquicas que, lejos de ser primitivas, son secundarias a las manifestaciones algícas. La cuestión de un desequilibrio vago-simpático constitucional anterior al trauma, queda por probar.

La aparición y el grado de intensidad de las causalgias son función de lesiones nerviosas entre las cuales están en causa el sitio de la lesión interesando de

preferencia el territorio del ciático poplíteo interno y del mediano; el número de nervios heridos, la riqueza de estos nervios en fibras amielínicas, es decir, en fibras simpáticas, la importancia de los trastornos paralíticos; el sitio de la lesión nerviosa a proximidad de la raíz del nervio y de una articulación particularmente rica en elementos sensitivos (mano y codo).

El autor distingue dos tipos de causalgias: las de predominancia hipertérmica, la *más* frecuentes y las de predominancia isquémica, las más raras y peligrosas. Es en estas últimas que se puede observar, después de los paroxismos dolorosos, espasmos viscerales con hemorragia, trastornos mentales de tipo ciclótico.

Causalgias experimentales han sido realizadas por Pitres y Vaillard inyectando éter acético en la vecindad del ciático en el cobayo; excitando las regiones periarticulares por Albert.

En las formas ligeras de causalgia el yoduro de Potasio, la tiosinamina, la ionoterapia, pueden dar resultado. Fracasan en las formas más severas; la simpatectomía periarterial o la ramicectomía amplia son las inter-

venciones más indicadas, aunque los resultados favorables que dan, estén lejos de ser siempre definitivos. La amputación del miembro es siempre indeseable porque no hace desaparecer los dolores y algunas veces es seguida de exacerbación.

El autor reconoce a la causalgia un mecanismo neuro-radículo-simpático. — *H. Shaeffer*.

(De la Presse Medical, París).

Diagnóstico químico del embarazo

A la aparición del embarazo se producen en los medios coloidales del organismo, modificaciones que ejercen una influencia sobre todas las funciones celulares y en los líquidos del organismo. Es así que aparecen en la sangre las substancias específicas que producen los síntomas característicos del embarazo.

Estas substancias deben poder ser puestas en evidencia.

M. Manoilov ha buscado reactivos por medio de los cuales sería posible definir el estado de embarazo según las propiedades del suero sanguíneo. Ha llegado a establecer una reacción positiva y característica en 95 % de casos sobre 2.696 sueros examinados. Su procedimiento fácil de aplicar necesita:

1°—Solución de diuretina (teobromina) al 2 % (la diuretina debe ser completamente disuelta).

2°—Solución al 0.2 % de azul de metileno en alcohol.

Los tubos deben ser limpios y estériles.

Técnica. — Se toman 5 a 6 gotas (0.3 ce.) de suero fresco a ensayar y se agrega 1 a 1.5 de solución del primer reactivo, se mezcla y se agita cuidadosamente el tubo, después se agrega 1 gota del segundo reactivo y se mezcla de nuevo agitando.

El resultado de la reacción puede ser leído de algunos minutos a algunas horas después de la preparación de las mezclas. Si el suero se vuelve amarillo, amarillento o rosado es cierto que proviene de una embarazada. En el caso contrario toma un tinte azul o azul-rosado.

Los errores (4 a 8%) se producen en los casos de mioma, de salpingitis, en las mujeres embarazadas que tienen fiebre y en las cancerosas. La reacción practicada con suero de hombre can-

ceroso ha dado el mismo resultado que el de las mujeres embarazadas.

Estas causas de error siendo eliminadas, la reacción de Ma-

nilov aparece como un medio simple, práctico y constante para el diagnóstico clínico del embarazo.

Tratamiento de las litiasis renales

En el congreso de la Litiasis renal celebrado en Vitel, del 24 al 25 de mayo de 1933, el profesor Maree Labbe ha expuesto el tratamiento de ellas en la forma siguiente:

A. Litiasis Úrica. — El trastorno nutritivo fundamental consiste en una alteración del metabolismo de las núcleo-albúminas y sus derivados determinando la hiperuricemia con falta de solubilidad del ácido úrico y tendencia a la precipitación bajo forma de concreciones uráticas, depositándose en las vías urinarias o eliminándose por la orina.

El exceso de las eliminaciones úricas renales es debido a la producción abundante del ácido úrico en el organismo, cuyo origen es exógeno en relación con una alimentación muy rica en núcleo-albúminas.

La falta de solubilidad del ácido úrico en la orina depende de diversas condiciones: en particular a la tasa del Ph: para que el ácido úrico esté en solución es preciso que el fósforo oscile entre 5.7 y 6.5. La combinación del ácido úrico con el sodio favorece su solubilidad mientras que el urato de calcio es insoluble; la abundancia de bebidas aumenta la eliminación del ácido úrico. El tratamiento de la Litiasis úrica consiste:

1) — *En* eliminar la formación de ácido úrico por el régimen (supresión de núcleo-albúminas y alimentos formadores de purinas, es decir, régimen lacto-ovo-vegetariano y frutas). Supresión de vísceras, carnes, animales *de* caza, caldos de carne, leguminosas y vegetales jóvenes,

espárragos, ricos en núcleos celulares.

2) Se facilitará la eliminación del ácido úrico por las bebidas, las más hidrominerales, tomadas sobre todo en ayunas y fuera de las comidas. En fin se puede agregar el empleo de disolventes del ácido úrico: lisdina, urecidina, piperazina, pero los mejores parecen ser el salicilato -de soda y sobre todo la aspirina.

B. Litiasis oxálica 0,4 de casos de litiasis). Reconoce dos causas: 1° la excreción exagerada del ácido oxálico y 2° la tendencia a la precipitación de los oxalatos en la orina. Aquí también juega un papel importante la tasa del Ph. A partir del ph. y el ácido oxálico comienza a precipitarse. Mientras que la acidez precipita el ácido úrico, la alcalinidad urinaria precipita el ácido oxálico: la litiasis úrica es una litiasis ácida; la litiasis oxálica es una litiasis alcalina.

Conviene también notar, que a menudo el ácido oxálico está unido en la orina a tal o cual ion básico; su solubilidad varía; los oxalatos de sodio y de magnesia son solubles, el oxalato de calcio es insoluble.

El tratamiento de la litiasis oxálica tiene por principio: 1° disminuir la introducción de los oxalatos por un régimen bien escogido (supresión del cacao, chocolate, pescado, espinacas, rui-

barbo, frijoles blancos, zanahorias, pepinos, higos secos, fram-buesas verdes, duraznos, peras; - 2° el tratamiento prolongado por la magnesia facilita la eliminación del ácido oxálico; 3° las fermentaciones intestinales deben ser suprimidas; 4° se debe vigilar que el Ph. no se eleva arriba de 7; 5° facilitar el lavado de los humores y tejidos por las curas de bebidas y las curas hidrominerales.

C. Litiasis fosfocálcica. Las causas de precipitación del fosfato de calcio son: 1° el exceso de calcio eliminado por la orina; 2° la falta de solubilización.

El tratamiento de la litiasis fosfocálcica consiste primero en combatir la infección por medio de antisépticos, después en acidificar la orina por un régimen rico en ácido fosfórico. Al mismo tiempo se reduce el calcio alimenticio, suprimiendo los alimentos más ricos en calcio: leche, yema de huevo, coles, fresas, naranjas, higos. En fin, en los casos donde se puede suponer una alteración del metabolismo calcico en relación con un hiperfuncionamiento de las glándulas paratiroides se llega a suprimir quirúrgicamente estas glándulas.

La ergosterina irradiada que fija el calcio sobre los huesos y le impide pasar a la sangre y eliminarse por la orina, puede tener una influencia favorable.