

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Dr. Ricardo D. Alduvín

Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. José J. Callejas

Dr. Julio Azpuru España,

Secretario de Redacción:

Dr. Carlos Pinel H.

Administrador:

Dr. Miguel Sánchez

Año II | Tegucigalpa, Honduras, C. A., Noviembre. de 1931 Núm. 19

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

De acuerdo con los Estatutos que rigen a la Asociación Médica Hondureña, acaba de verificarse la elección de la nueva Junta Directiva que rige a dicha Sociedad y la del personal de la Revista Médica que le sirve de órgano.

Llegamos así a llenar un cometido honroso y difícil en sí y por las circunstancias en que recibimos la Dirección de la Revista.

Es imposible sustituir ventajosamente en la Dirección de ella al doctor don Salvador Paredes. Su juventud, su dinamismo, su prestigio profesional y su honradez, reunidos armónicamente, han hecho *de él* uno de los más gloriosos representantes del gremio médico hondureño.

Nunca en la historia de nuestra profesión habíamos visto una actuación más vasta y más perfecta como la que el doctor Paredes ha desarrollado en los últimos meses. Decano de la Facultad de Medicina, profesor de la misma, Miembro del Consejo Supremo de Instrucción Pública, Cirujano del Hospital, Presidente de la Asociación Médica Hondureña, Director de esta Revista, Presidente de la Casa de Salud-LA POLICLÍNICA, ha llevado a todos los puestos que ha desempeñado, el valioso contingente de su *sa-*

ber, su carácter, su dinamismo y su honradez.

Sobre todo su honradez, que no se ha conformado con sea pasiva, sino que ha tenido los caracteres de una actividad que por momentos ha lindado con la acometividad. No se ha conformado con no hacer el mal, que esa es la honradez de muchos y con hacer el bien, que también muchos lo hacen, sino que ha combatido el mal en donde quiera que este ha podido causar perjuicios a la profesión y a la enseñanza médicas.

De allí que su actuación en esta Revista fuera como ha sido brillante, y difícilmente sustituible.

Y si no fuera que en el nuevo cuerpo de Redacción figura el doctor Larios, Redactor durante el periodo pasado y cuyas capacidades son perfectamente conocidas, y que han sido recientemente electos Redactores el doctor *José Jorge Callejas* y el doctor *Julio Azpuru España* con honrosísimos antecedentes profesionales, quizás hubiéramos declinado la tarea de dirigir esta Revista.

Una Revista Médica en nuestro medio tan raquítico, es algo difícil. Fuera de su carácter científico, indispensable, debe ser casi un periódico de combate que se marítenga en lucha perpetua en defensa de los intereses del gremio médico y de los de la Sociedad en general.

Nuestra Profesión no ha llegado a conquistar el respeto del público ni el de todas las autoridades tanto superiores como subalternas, las que con dolorosa frecuencia prestan su apoyo, o por lo menos su disimulo, para que los intereses profesionales sean burlados. De allí, que el charlatanismo en todas sus manifestaciones viva y reine tranquilamente en nuestro país. De allí que aun los mismos médicos, felizmente de una manera muy excepcional, olviden la senda del honor y aun la de la Ley, para echarse en brazos de un comercialismo escandaloso y para caer, aunque sea fugazmente, en las garras de la Justicia.

Nuestra enseñanza médica, por otra parte, se halla aun en estado deficiente. Sin Laboratorios, sin Gabinetes, sin Edificio propio para la Escuela de Medicina, el profesorado tiene que suplir con un máximo de entusiasmo y de dedicación, todo lo que falta.

Y de todos estos asuntos debe ocuparse nuestra Revista para llenar el cometido que se le señala. Felizmente contamos con el apoyo de la Asociación Médica, con el del Decanato de la Facultad, el de algunos Delegados de ella en Los Departamentos y con el de algunos empleados supe-

ñores, conscientes del papel que desempeña y debe desempeñar el gremio médico en el progreso de la sociedad. En la realización de nuestra tarea pondremos todas nuestros entusiasmos y creemos poder ofrecer también los de nuestros distinguidos Reactantes que tan juiciosamente supo escoger la Asociación.

LA DIRECCIÓN.--

Vómitos periódicos con acetoneia

Por M.J. ECHEVERRÍA.

ESTUDIO CLÍNICO

-En nuestro pequeño artículo sobre el tratamiento de los vómitos habituales del lactante, prometimos escribir unas cuantas líneas sobre los vómitos periódicos con acetoneia y los vómitos debidos a una estenosis congénita del píloro, proponiéndonos, entre otras cosas, que los estudiantes de medicina de nuestro país aprendan a diferenciar uno y otro de dichos estados patológicos, ya que según creemos recordar, estos puntos no figuran en el programa de la asignatura de Pediatría de nuestra Escuela de Ciencias Médicas.

Y, sin embargo, ¡cuan comunes son los vómitos en los niños de la primera edad! Cuan útil será pues, para el médico y el estudiante saber colocar a un niño que vomita en el cuadro nosológico que le corresponde y en ese caso, qué fácil instituir un tratamiento seguro, eficaz y no de "tanteos" como ocurre más

a menudo de lo que se creé.

El presente artículo está consagrado como el título lo dice, a los *Vómitos Periódicos con Acetoneia*.

Bajo esta denominación se conoce hoy día una enfermedad magistralmente descrita y estudiada por el profesor Marfan, el más grande de los pediatras contemporáneos. No se trata sino de una afección de relativa novedad, pues la primera observación fue publicada en el año de 1840 por Gruere. Médico de Dijon, Francia. Anteriormente trabajos admirables y completos han sido escritos y publicados en Francia, Inglaterra y Estados Unidos de Norte América, pero con denominación diferente así: vómitos periódicos, vómitos persistentes, vómitos cíclicos, vómitos recurrentes y vómitos con acetoneia.

Digamos de una vez que esta enfermedad está caracterizada por accesos de vómitos acompañados de eliminación de *Acetona* y *cuerpos cetónicos* por la

orina y el aire espirado, apareciendo en individuos de buena salud, durando de algunas horas a varios días, cesando bruscamente y dando paso a una tolerancia completa para todos los alimentos.

Es raro que el acceso sea único; la regla consiste en observar varios accesos que se presentan a intervalos más o menos irregulares.

Lo normal es que el primero haga su aparición cuando el niño ha cumplido los doce meses de edad. Y esta noción es capital para el diagnóstico pues como se recordará, los vómitos habituales del lactante solo se observan en los primeros meses de la vida y los debidos a una estenosis congénita del píloro hacen su aparición a partir de la segunda o tercera semana de la existencia y el niño muere si no es intervenido a tiempo.

En los bebés menores de un año pueden también observarse de manera excepcional los vómitos periódicos con acetone-mia, pero en este caso se trata generalmente de niños cuya base de alimentación ha sido la leche de vaca y no la leche de mujer; en otras palabras, como hoy se dice, de niños sometidos a la lactancia *anti-natural*.

Este último caso no nos tocará verlo a nosotros, médicos hondureños, sino muy de tarde en tarde, ya que nuestras mujeres, ricas o pobres, lactan tal vez en un 99 % a sus propios hijos.

Al contrario este punto representa un grave problema en los

países de vida intensa y agitada en donde la lucha por la existencia o razones de orden mundano, impiden a las mujeres amamantar a sus vástagos que de este modo se ven expuestos desde el nacimiento a todas las consecuencias pavorosas que trae consigo la supresión de la leche materna. Tanto ha llegado a preocupar esta cuestión a los países europeos, para el caso, que la mayoría de sus respectivos gobiernos se ha visto obligada a crear pensiones, mejor dicho remuneraciones en efectivo, para toda madre que consienta en "hacer el sacrificio" de lactar a su propio hijo. Pero este es un problema médico-social sobre el cual no podemos extendernos por ahora.

Así pues, los vómitos con acetone-mia, no se presentarán antes de un año, sino en las condiciones apuntadas. El caso opuesto puede también observarse, es decir, que la enfermedad aparezca o se prolongue más allá del sexto año, pero esto también es raro.

El acceso de vómitos aparece lo más a menudo de una manera brusca, inopinada, sin pródromos. Otras veces es precedido de pequeñas síntomas tales como sensación de cansancio, palidez, pérdida del apetito y especialmente el aliento *que exhala olor de acetona*.

Desde su producción, el vómito quedará siendo el síntoma capital de la afección dominando la escena hasta el final. Todo lo que el niño ingiera a par-

tir de este momento, aún el agua misma, será irremisiblemente expulsada y, cuando el estómago quede vacío, el estado nauseoso persistirá. Las materias vomitadas son primero alimenticias y luego acuosas, transparentes al principio y teñidas de bilis al final del acceso; su reacción es intensamente acida y la presencia de moco abundante.

La noche no hace cesar los vómitos, pero "después de 24 horas su número puede disminuir. Sin embargo esta atenuación está lejos de ser constante y cuando se produce el acceso puede reaparecer con mayor intensidad." —(Marfan).

Mientras dura el acceso la sed es intensa pero el niño, en general, se registre a beber por temor de vomitar. Aparte del vómito y un poco de constipación y anorexia, casi puede afirmarse que no existen otros fenómenos de orden digestivo.

El hígado es un tanto doloroso a la palpación y las conjuntivas ofrecen un tinte sub-ictérico.

La enfermedad evoluciona casi siempre sin temperatura, pero pueden observarse accesos febriles llegando la elevación térmica hasta 38° y 39°. El pulso es generalmente rápido. Lo más a menudo, desde el comienzo de la enfermedad el paciente cae en un estado de profunda postración, pero su conciencia y sus facultades mentales quedan conservadas, lo cual nos permite establecer la diferenciación con la somnolencia y origen meningítico.

Algo absolutamente importante y característico es el olor de acetona que exhala el aire espirado. Tan penetrante es este olor que a veces satura la habitación del enfermo y los padres o personas que cuidan al niño son los primeros en notarlo. Para sentirlo más fácilmente bastará con hacer respirar al paciente con la boca abierta.

Además de la acetona, otros cuerpos cetónicos son evidenciados al examen de la orina: ácido B oxibutírico y ácido acetilacético. Estos cuerpos se investigan mediante las reacciones del iodoformo o de Lieben, de Gerhardt y de Legal, esta última la más recomendable por su simplicidad y exactitud. La técnica respectiva puede consultarse en cualquier tratado de Química Biológica.

Noción de elevado interés, digna de ser retenida es que la orina no contiene nunca azúcar. Este detalle es tanto más interesante cuanto que es casi el único que la diferencia de la composición de la orina en la diabetes azucarada.

El examen de los aparatos circulatorio y respiratorio, puede decirse que no ofrece nada digno de ser anotado.

Como una consecuencia inmediata del ayuno y de la deshidratación causados por los vómitos, el enfermo pierde peso a veces de manera considerable sobre todo si el acceso se prolonga más allá de tres o cuatro días. En este caso el niño ofrece un aspecto característico, se

facies diriase peritoneal o más bien coleriforme: pupila un poco dilatada, ojos sin expresión y excavados, pómulos salientes, rasgos fisonómicos tirados, nariz afilada, tinte pálido, frente a veces cubierta de pequeñas gotas de sudor frío. El pulso ya rápido desde el comienzo de la afección se vuelve más rápido todavía y además débil. La postración se exagera y la respiración es superficial y suspirosa.

Pero aún en este caso extremo en que el niño da la impresión de sucumbir de un momento a otro, la mejoría y la curación constituyen la regla y la muerte no sobreviene sino de manera absolutamente excepcional.

Llegado un cierto momento, al cabo de algunas horas o de algunos días (2, 3 o 4, según los casos), los vómitos cesan como por encanto tan bruscamente como aparecieron y nuestro enfermo que momentos antes era intolerante, aún para los líquidos, puede, minutos después, ingerir y conservar casi cualquier alimento. Este detalle es algo absolutamente característico de los vómitos periódicos con acetone-mia y debe ser tenido muy en cuenta cuando por el interrogatorio se pretenda establecer un diagnóstico retrospectivo de accesos anteriores.

Después, un período de acalmia se sustituye al acceso y en pocas horas todo entra en orden hasta la producción de un nuevo ataque.

Tai es lo que bien pudiéramos llamar un acceso típico de vómi-

tos periódicos con acetone-mia. Desgraciadamente en la práctica las cosas no siempre se presentan de manera tan esquemática y ocasiones hay en las que un conjunto sintomático nervioso o abdominal, puede entrar en escena inclinando la opinión del médico hacia una meningitis, una encefalitis, una a-pendicitis o en fin, una peritonitis. Pero la desaparición brusca de todos estos fenómenos al cabo de tres o cuatro días, el olor características

del aliento y la presencia de los cuerpos cetónicos en la orina, dirimirán la cuestión en favor de la enfermedad de que nos ocupa.

EXPLICACIONES PATOGÉNICAS. ACETONEMIA. VÓMITOS NOCIONES ETIOLÓGICAS.

Hecho particularmente importante como ya hemos insistido en las líneas que preceden, es la presencia de acetona y de cuerpos cetónicos en el aire espirado y la orina de un niño que sufre de vómitos periódicos. ¿Existe entonces relación de causa a efecto entre uno y otro de estos elementos, vómito y acetone-mia? Pues bien, a consecuencia de los numerosos estudios efectuados hasta hoy, la respuesta es rotundamente negativa: entre dichos elementos *no* existe relación alguna de causa a efecto; ellos mismos no son sino efectos concomitantes de una misma causa, causa compleja hasta hoy bastante estudiada y poco conocida.

Que los vómitos no son función, de la acetonemia lo demuestran suficientemente las experiencias realizadas en animales de laboratorio, como adelante se verá y, al revés, que la acetonemia no está supeditada a la producción de vómitos, lo afirma abundantemente toda la patología.

Nuestras ideas sobre la génesis, de la acetonemia son bastante precisas aunque no del todo exactas en la hora actual. En efecto, recordemos una vez más que los cuerpos cetónicos están representados por la acetona, el ácido B. oxibutírico y el ácido acetil-acético. Como sustancia madre de dichos cuerpos ha sido considerado el ácido B. oxibutírico que al oxidarse en el organismo daría nacimiento al ácido acetil-acético; este, a su vez por una reacción opuesta, por desdoblamiento, engendraría la acetona y además ácido carbónico.

El ácido B oxibutírico mismo proviene del grupo de ácidos grasos que poseen un número-par de átomos de carbono (ácido butírico, ácido oleico, ácido caproico, ácido palmítico, ácido esteárico, etc.) y también de ciertos ácidos aminados que provienen de la desintegración de las materias proteicas: leucina, tirosina, etc, etc.

El tejido orgánico encargado de elaborar el ácido B oxibutírico, y por consiguiente los otros cuerpos cetónicos, es el tejido hepático. En consecuencia, como muy bien lo hace notar el

Profesor Marfan, la célula hepática posee en ese sentido una función "cetogena" o cetogenética como otros dicen. Si esto agregamos, que dicho órgano es igualmente capaz para destruir las sustancias cetónicas por él formadas, concluiremos que la glándula hepática posee también una función, "cetolítica".

Pero, para que esta destrucción tenga lugar, es decir, para que la función, cetolítica, entre en acción, es indispensable la presencia de hidratos de carbono, por lo que se ha dicho que "los cuerpos cetónicos, al igual que las grasas, no pueden ser quemados sino al fuego de los hidratos de carbono". Y de este modo la función cetolítica del hígado se halla íntimamente enlazada con su función glicogénica; y, si por cualquier circunstancia el hígado se vuelve insuficiente para fijar el glicógeno; los cuerpos cetónicos no pudiendo ser destruidos, pasan a la circulación y la *acetonemias por este solo hedió, se encuentra realizada.*

Es por eso que numerosos autores no ven en la acetonemia sino una perturbación funcional y pasajera de la célula, hepática, perturbación representada por una exageración de la función cetogenética-asociada-a-una insuficiencia de la función cetolítica.

Otros puntos de vista existen.- Así, según otros la acetonemia sería debida a una perversión de los cambios nutritivos del organismo, perversión "que pondría-

en libertad una gran cantidad de ácidos grasos y de ácidos amidos (así se explicaría en parte el adelgazamiento de los enfermos); que el hígado transformaría en cuerpos cetónicos de tai modo abundantes, que los órganos encargados de la cetolisis, aún normales, con mayor razón al están enfermos e insuficientes, no serían ya capaces para su destrucción". Dichas cuerpos pasarían entonces a la sangre ; *así la acetone mia haría su aparición.*

La teoría ecléctica también tiene sus partidarios, es decir, que la acetone mia puede reconocer un doble origen y ser debida a la vez a una perturbación hepática y a una perversión de los cambios nutritivos en el organismo humano.

Pero los trabajos modernos y el descubrimiento y empleo en terapéutica de la insulina, han comunicado un aspecto nuevo a fa cuestión y así el páncreas ha ingresado al grupo de los órganos cuyas perturbaciones podrían explicar la producción de acetone mia. El tiempo y el espacio nos faltan en este pequeño trabajo; por eso no nos extenderemos en consideraciones sobre este ultimo problema, limitándonos únicamente a reproducir las líneas siguientes: "Los trabajos recientes sobre la insulina han demostrado que la cetogenesis y la cetolisis son influenciadas por la secreción interna del páncreas. Sin duda la naturaleza de esta influencia es muy mal conocida. No obs-

tante un hecho se halla establecido: la insulina disminuye o suprime la acetone mia, sea favoreciendo la destrucción de los productos cetónicos, sea oponiéndose a su formación. Según Widal y sus alumnos, esta propiedad de la insulina es distinta de la que posee de actuar sobre la glicemia por un mecanismo aún desconocido. En suma, parece que la insulina contiene dos hormonas: una que preside la cetogenesis y la cetolisis y otra que regula la utilización del azúcar por los tejidos".

Como se ve, las ideas arriba apuntadas si no explican de una manera definitiva la patogenia de la acetone mia, en el caso particular que nos ocupa, ofrecen al menos a nuestro espíritu una idea bastante aproximada en cuanto al mecanismo de su producción.

Muy otro es el aspecto de la cuestión por lo que respecta a la génesis del vómito en la enfermedad que describimos. En este terreno el médico se halla mucho menos ilustrado, sus recursos resultan más pobres, sus conocimientos menos exactos.

Ya hemos visto que uno de los síntomas capitales de los vómitos periódicos lo constituye la presencia de cuerpos cetónicos en el organismo. Podría la presencia de dichos cuerpos invocarse como causa eficiente o aun determinante de los vomitas. Seguramente no. En primor lugar porque los cuerpos cetónicos carecen de propiedades emetizantes y, en segundo lugar

porque las experiencias realizadas en ese sentido han resultado siempre negativas, aún en aquellos casos en las cuales su administración alcanzó proporciones considerables hasta provocar una verdadera intoxicación.

Los autores que se han preocupado por este problema han llegado a la conclusión de que en el hígado se forma una sustancia emetizante, que al difundirse por el organismo iría a irritar ciertas centros nerviosos provocando así la producción del vómito.

En cuanto a la etiología de los vómitos cíclicos con acetonemia, numerosas son las causas invocadas.

La herencia parece jugar un papel considerable; así un gran porcentaje de niños vomitadores proviene de padres artríticos o neuroastríticos: gotosos, asmáticos, migranosos, obesos, diabéticos, jaquecosos, obesos, diabe etc..

Esta predisposición hereditaria puede aún intensificarse bajo la influencia de un régimen alimenticio habitualmente rico en grasas. Ya hemos visto que dichas sustancias constituyen la principal fuente de los cuerpos cetónicos.

La sífilis congénital y la anoñilaxia alimenticia han sido increpadas.

También se ha hablado de insuficiencia suprarenal y Zade y Hüfíger creen que todo se debe a una alteración del metabolismo de los cuerpos grasos bajo la dependencia de una asimilación

insuficiente de los hidratos de carbono por analogía con lo que sucede en la diabetes azucarada.

Pischl ha sostenido que los vómitos periódicos son una manifestación histérica y Knoepfelmache que no se trata sino de una vagotonía familiar.

En fin, el Dr. Torres Umaña de Bogotá, cree que la permanencia en altitudes elevadas predispone a la enfermedad de los vómitos periódicos. El Dr. Torres Umaña atribuye la acción de las altitudes a "la disminución de las oxidaciones orgánicas" y al "debilitamiento de la tensión alveolar del pulmón, particularmente de la tensión de CO₂" que favorece la producción de la acidosis.

TRATAMIENTO

Durante el acceso. En pocas palabras el tratamiento usual de un ataque de vómitos periódicos con acetonemia se reduce a lo siguiente: alcalinización, dieta hidrocarbonada e insulino-terapia.

La ingestión de alcalinos constituye uno de los medios más eficaces para combatir el acceso. Recurriremos ante todo al bicarbonato de soda que administraremos a la dosis de 0.30 a 0.60 ctgrs. cada media hora en un poco de agua azucarada. Dosis superiores serían mal soportadas. También puede procederse de la siguiente manera: disolver una cucharadita de bicarbonato de soda en un vaso de agua azu-

carada con hielo y dar al enfermo tres o cuatro cucharaditas de dicha solución cada veinte minutos.

Este medicamento puede además ser introducido por otras vías: endovenosa, subcutánea y rectal.

Cuando elijamos la vía endovenosa nos serviremos de soluciones al 4%, inyectando cantidades que variarán conforme a la edad del paciente (25 a 20 c. c.)

A la vía subcutánea recurriremos por imposibilidad de efectuar la punción venosa. En este caso utilizaremos una solución al 2% e inyectaremos lentamente de 50 a 400 c. c.

En fin los enemas también son recomendables pero a condición de que su temperatura no sea inferior a 40°

La dieta hidrocarbonada consiste en administrar al niño 3 o 4 cucharadas de agua de azúcar cada media hora. Hay que insistir aún cuando los vómitos persistan, pues aunque sea una pequeña cantidad del líquido ingerido pasará al intestino y será absorbida.

Si se trata de un niño de pecho, lo que es excepcional, se le dará de mamar como de ordinario y en el intervalo se le hará ingerir agua azucarada con hielo.

Si los vómitos se prolongan más allá del primer día, recurriremos igualmente al suero glucosado por la vía subcutánea.

La insulino-terapia en fin queda reservada para los casos gra-

ves, rebeldes a la medicación alcalina y aún en estas circunstancias, hay que emplearla con todas las precauciones necesarias, dados los peligros que su administración encierra.

No obstante dejemos constancia de que hay partidarios tan decididos y entusiastas de este medicamento, que lo emplean aun al principio del acceso. Según ellos la insulina haría abortar el acceso o disminuiría su duración. "La insulina administrada a dosis suficientes, han escrito, hace cesar en quince minutos un acceso de vómitos con acetonemia".

La técnica de su empleo es la siguiente: "inyectar cinco a diez unidades de insulina; diez minutos después, ingestión de una cantidad prudencial de puré de papas o inyección subcutánea de suero glucosado. Si la reacción de Legal es positiva tres horas después, se da una dosis más fuerte de insulina; si es negativa se administra una dosis igual o la mitad de la dosis inicial. Cada inyección seguida de una comida de puré o de una inyección de suero glucosado. En los días que siguen, la investigación de los cuerpos cetónicos en la orina dará la pauta para el empleo de la insulina.

TRATAMIENTO EN EL INTERVALO DE LOS ACCESOS

En el intervalo de los accesos el enfermo será sometida a régimen alimenticio especial y a curas alcalinas intermitentes,

con el fin de alejar lo más posible las recidivas.

El régimen será regido por los principios siguientes que da el profesor Marfan: 1° Disminuir la cantidad de alimentos grasos, sin llegar a su absoluta supresión, ya que dichas sustancias son indispensables para el crecimiento. 2° No abusar de la sal de cocina por su repercusión sobre la reserva alcalina. 3° Evitar los alimentos ricos en lipoides: huevos, sesos, ubre, etc. 4° Hacer, uso discreto de la leche por su riqueza en grasa.

Si se trata de un niño al biberón darle leche descremada e introducir el uso de harinas en su alimentación. Las curas alcalinas intermitentes consisten: 1) Si se trata de un niño menor de tres años hacerlo tomar durante diez días cada mes, dos veces por día, antes de las comidas principales, 0.10 a 0.15 de bicarbonato de soda disueltos en agua -de azúcar. 2) Si se trata de un niño mayor

de tres años, hacerlo tomar durante 10 días consecutivos de cada mes. dos veces por día, media hora antes de las comidas, el contenido de un paquete compuesto de:

Sulfato de soda 0.30 ctgs.
Bic. de soda 0.30 ;

disuelto en 50 grs. de agua caliente.

Si el niño es un poco constipado, tomará todos los meses la solución:

Agua destilada.....1.000 grs.
Sulfato de soda..... 8 „
Fosfato de soda 6 „
Bicarbonato de soda . . 4 - „
Bromuro de sodio ... 3 „
(MARFAN)

Tomar dos veces por día 50 grs. de esta solución, calentada al baño de maria.

M. J. ECHEVERRÍA H.

París, septiembre de 1931.

Paludismo primitivo

Por el doctor Daniel Thamm.
Profesor Suplente de Clínica de enfermedades infecciosas Jefe de
Silla del Hospital Muñí/.

Antes que la infección palúdica se manifieste clínicamente, transcurre un intervalo de tiempo llamado período de incubación, que se inicia en el momento de la inoculación o las picaduras infectantes. Su duración, hasta la aparición de las manifestaciones apreciables, subjetiva u objetivamente, varía por las tres especies de parásitos, pero puede ser estimada, en general, como oscilando entre 10 y 20 días. Es más largo este período en la cuartana y casi igual en las dos tercianas, pero con un predominio de brevedad para la terciana maligna. Varía también la duración del período de incubación según la época del año en la cual se produce la inoculación parasitaria, hecho que depende de las condiciones del medio ambiente, que favorecen más o menos la pululación de las anofeles y la consiguiente repetición y multiplicidad de las picaduras.

El paludismo experimental, dejado de lado los estudios hechos con inyecciones de sangre, pues no están de acuerdo con las leyes de la naturaleza, y ateniéndose solamente a los resultados obtenidos por medio de picaduras de mosquitos, confirma también en duración media del período de incubación. Sin embargo, si la incubación

se ajusta en su duración a este período de tiempo, en la mayoría de los casos, puede variar en más o menos. En estas incubaciones anormales por las vías naturales y no por experimentación, .5011 más frecuentes aquellas más largas que de costumbre, especialmente en aquellos sujetos que han hecho profilaxia con la quinina, hasta uno a tres meses, por más que, como veremos al estudiar el paludismo latente, se discute si esta larga incubación es realmente incubación o si se trata de latencia.

Las incubaciones más breves que las ya citadas y habituales son muy raras, y tanto así que Nocht dice al respecto que todo individuo que al llegar a una Zona palustre determinada se enferma de paludismo antes de los 10 días, no ha contraído la enfermedad en esa zona sino antes y en otra parte.

Terminado el período de incubación, el paludismo entra en la escena clínica; éste es el que se llama paludismo primitivo o paludismo de invasión o de primera infección. ¿Cómo se manifiesta?

Sobre esta cuestión existen opiniones diametralmente opuestas y vertidas por observadores que han podido estudiar los hechos sobre el terreno y sobre un

gran número de enfermos, especialmente durante la última gran guerra, la que, indirectamente proporcionó un vasto campo de experimentación, pues tuvieron los anofeles millares de sujetos vírgenes de paludismo a su disposición.

En zonas de endemia palustre y con seres humanos indemnes de la enfermedad, qué mejor campo de observación para clínicos. Y, sin embargo, la luz no surgió de estos estudios y las cosas han quedado, más o menos en el mismo estado de antes, no existiendo acuerdo completo a su respecto.

Todos sabemos muy bien cómo, una vez terminado el período de incubación, se inicia el período de invasión de las fiebres eruptivas, pero en el paludismo ¿cómo se manifiesta este período de invasión, este paludismo que hemos llamado paludismo primitivo?

Para poder apreciar mejor y juzgar los hechos aducidos, es necesario tener en cuenta los conceptos que, por un lado y a través de los tiempos nos han legado los observadores que desde Hipócrates tenían que dejar evolucionar las fiebres palúdicas sin poderlas modificar por carecer del remedio específico; por el otro, las conclusiones de los que, usando la quinina, la emplearon también en fiebres cuya etiología no era el paludismo, y por último los estudios de aquellos contemporáneos que tuvieron en el descubrimiento del hemato-

zoario una base sólida para sus concisas visiones.

Pero aun así, si el parásito es mucho en la enfermedad, no lo es todo, y siempre queda la interpretación clínica de los hechos. Hay que tener presente siempre que las manifestaciones de la infección dependen de una serie de factores variables: el terreno, las predisposiciones y las resistencias individuales.

Recordemos también la importancia grande que tiene para, estos casos la prolija construcción de la curva térmica, hecha a base de mediciones termométricas exactas y frecuentes (cada tres horas por lo menos y por vía rectal), y que también comprenden varios días de fiebre.

Teniendo en cuenta todos estos elementos de juicio y haciendo la síntesis de los mismos, diremos que en las opiniones es opuestas emitidas todos tienen razón, pero es necesario distinguir según los casos, y no se puede establecer como regla o como hecho habitual y corriente en todas partes lo que no es sino, en relación, la excepción.

Hemos dicho, al ocuparnos del estudio de la fiebre palúdica, que ésta en la gran mayoría de los casos tiene el aspecto intermitente y que el acceso intermitente constituye la fiebre palúdica típica.

Pero, cualquiera que sea la especie parasitaria en acción y, sobre todo, si está evolucionando el *P. procox*, las primeras manifestaciones febriles no siem-

pre están representadas por el acceso intermitente. Estas primeras manifestaciones, dice Schiassi, se traducen por elevaciones de temperatura poco marcadas y fugaces o por elevaciones de evolución irregular y prolongada, que el autor clasifica entre las formas atípicas del acceso palúdico, es decir, como manifestaciones que no son las más frecuentes.

Las primeras manifestaciones del paludismo, dice Ascoli, son variadas según la especie parasitaria y según la receptividad individual.

“Este paludismo primitivo, según el autor, es frecuentemente un paludismo múltiple, es decir, producido por el desarrollo de varias generaciones, provocando, cualquiera que sea la especie parasitaria inoculada, la sintomatología más grave de la que esta especie es capaz.

Como regla general, que tiene en cuenta todas las posibilidades, que la clínica puede constatar, podemos decir que en el paludismo primitivo, la curva térmica no presenta con frecuencia el tipo primario o fundamental que corresponde a la especie de parásito que produce la fiebre y la causa se debe a que, como acabamos de decirlo, evolucionan varias generaciones parasitarias. Paralelamente a ello, resulta la mayor intensidad de la infección, especialmente cuando está actuando el P procox.

Nosotros tenemos que aceptar las consideraciones y conclusiones de aquellos que observan los

enfermos en regiones de clima templado, análogas a las muestras y en las que las formas exageradas o masivas por superinfecciones a causa de múltiples inoculaciones contemporáneas o sucesivas son constatadas con escasa frecuencia relativamente, comparando con lo que pueden estudiar aquellos médicos que se encuentran¹ en los trópicos.

Las tres especies de hematozoarios pueden dar en la iniciación de la infección, tipos febriles que, de por sí no representan el tipo intermitente clásico, ni por el trazado; de la curva térmica, ni por su modo de comienzo, que no es brusco, y violento como el acceso de fiebre palúdica.

Pueden dar fiebre continua o, mejor dicho, pueden reproducir el tipo febril que hemos llamado sub-continuo. por seguir la costumbre que nos han legado los clásicos y que, como sabemos, es en realidad un tipo febril remitente.

A veces, es una fiebre completamente irregular, que *no* encuadra dentro de ninguno de los tipos "febriles, habituales del paludismo, En ciertos casos, como dice Ascóli, tiene el tipo intermitente, pero de una fiebre intermitente un poco especial; con accesos apareados, es decir injertados el uno dentro de otro tipo febril que ya conocemos el nombre de sub-intrante.

Estos caracteres; dé de la fiebre de la iniciación de la infección palúdica, distintos de los del acceso francamente intermitente,

se observan; como lo dijimos hace un momento, sobre todo cuando está en acción el P. procox, aun cuando éste no siempre procede así. Pero, tanto el Vivax como el Malaria, en sus primeras manifestaciones, pueden dar fiebres atípicas, pero por lo común afectan el tipo intermitente y además, si la fiebre llega a ser muy Tuerte, no existe el cuadro de una infección general grave, como sucede generalmente con el procox, produciéndose Siempre, en los periodos intercalares de apirexia, una atenuación más o menos grande de la finí ornitología.

Y finalmente, en otros casos, terminada la incubación, el paludismo se inicia con accesos francamente intermitentes y con ritmo periódico, asumiendo entonces los caracteres fundamentales de la fiebre palúdica que son: la intermitencia y la periodicidad.

Pero también hay que tener en cuenta, porque tiene muy grande importancia, tanto bajo el punto de vista clínico como epidemiológico, el hecho de que las primeras manifestaciones de la infección se traducen en algunos sujetos por una sintomatología poco marcada, y a la que, por otra parte se le reconoce una causa muy distinta del paludismo. Y, lo más interesante todavía, es que estos fenómenos pueden ser tan leves, que pasan completamente desapercibidos subjetiva y objetivamente. Veremos lo fundamental de estas nociones cuando nos ocupemos del es-

tudio de las recidivas y del paludismo latente.

Estos hechos hay que tenerlos siempre presentes, porque, si como sabemos, el paludismo se traduce por fiebre intermitente en la gran mayoría de los casos, puede apartarse de este tipo y afectar en su iniciación los que acabamos de exponer.

Sin embargo, hay que admitir que casi siempre se puede reconocer en las distintas curvas febriles atípicas de las fiebres primitivas, prolijamente construidas, el carácter intermitente de la temperatura o el carácter intermitente de las manifestaciones, las que se encuentran más o menos disimuladas según los

Esto está de acuerdo con la tradición clínica, y lo que la clínica actual nos enseña y en ella debemos basarnos, como lo dijimos al comenzar este estudio.

Estas conclusiones generales no deben hacernos olvidar las opiniones de aquellos autores que sostienen que las manifestaciones iniciales del paludismo, es decir el paludismo primitivo, se traducen siempre por fiebre de tipo continuo o sub-continuo, y que no se encuentra en las curvas térmicas la intermitencia característica de la infección.

Grall, por ejemplo, dice "La fiebre y el malestar febril de primera infección evolucionan bajo formas continuas y sub-continuas y se prolongan, en casos frecuentes, por reprises inmediatas y sub-intrantes, cuya intensidad puede variar mucho".

"La influencia del calor, invocada por Colín, para explicar la continuidad del tipo febril, no tiene acción más que sobre la gravedad de los casos y en realidad no obra ese factor por la elevación de la temperatura, sino porque favorece el desarrollo y actividad de los anofeles".

Más recientemente, durante la última guerra pasada y haciendo *sus* observaciones en Macedonia, Armand Delille, Paiseau, Abrami y Lemaire, han emitido conclusiones que son muy dignas de tenerse en cuenta porque, como ya dijimos, se han basado en el estudio de muchos sujetos que se encontraban indemnes de paludismo.

Dicen los autores: "Durante los primeros meses de su evolución, el paludismo, en un sujeto indemne, se traduce no por accesos intermitentes tercianos, cuartanos o cotidianos, sino por ataques febriles muy distintos, y cuyo conjunto constituye el paludismo primario. El paludismo primario comprende a su vez varias fases. Una primera faz, llamada de invasión, que comienza de diez a quince días después de la inoculación, faz durante la cual el enfermo presenta generalmente un síndrome febril de evolución relativamente corta. Luego, sobreviene generalmente un período de apirexia de duración variable, y durante el cual el palúdico parece curado. Pero esta curación no es más que aparente, porque el enfermo durante varios meses presentará una serie de ataques febriles de tipos

muy diversos, cuyo conjunto constituye la segunda faz, llamada de las recaídas y recidivas. Esta segunda faz no cesa más que para ser reemplazada por el paludismo secundario, de los accesos francamente intermitentes".

"Los fenómenos que caracterizan el período de invasión del paludismo, se presentan general bajo el aspecto clínico de un embarazo gástrico febril, otras veces bajo la forma de una fiebre continua de aspecto tifoideo, y finalmente, en un cierto número de casos, se traduce por una forma atenuada de malestares febriles".

Estos tres síndromes, son formas de fiebres continuas del paludismo de invasión, y son, según los autores, las manifestaciones más frecuentes.

"Hay enfermos, sin embargo, agregan, que parecen entrar en el paludismo por una fiebre de aspecto muy diferente de la citada, y que se traduce por una fiebre de tipo intermitente y que se acompaña también de los mismos síntomas de embarazo gástrico. Es una fiebre intermitente cotidiana".

Pero esta fiebre intermitente cotidiana, no sería más que aparentemente una manifestación de invasión, porque un interrogatorio minucioso del enfermo, permitirá siempre encontrar malestares o manifestaciones fabriles anteriores, que constituyen el verdadero estado de invasión que ha pasado desapercibido. En estas curvas térmicas de las fie-

bres de invasión, según estos autores, no aparece para nada el tipo intermitente y no hay en su evolución nada que recuerde el paludismo, ni en su principio ni en su terminación, que no presenta fenómenos críticos y las oscilaciones térmicas, mientras la fiebre dura no van más allá de un grado. La defervescencia se hace generalmente en lisis".

Penna y Barbieri, describiendo el paludismo de nuestras zonas de endemia del Norte, nos dicen que: "Cualquiera que sea la modalidad que el mal va a revestir, es entre el 6° y 12° día que él se inicia, y los fenómenos de principio consisten en un malestar general, cefalalgia, dolores vagos a lo largo de los miembros, sensación de frío, anorexia, náuseas, vómitos, rara vez diarrea y en seguida se manifiesta una fiebre de forma irregular, de tipo invertido, poco susceptible a la acción de los antitérmicos o, por el contrario, estalla el acceso clásico, con todos sus estados y caracteres que le han dado nombre".

En los casos en que este acceso no viene a iniciar o interrumpir con su periodicidad la curva febril, dándole su tipo especial, la fiebre *se* sostiene sin declinar por varios días, revistiendo el aspecto y carácter de una fiebre prolongada. Este conjunto de síntomas, se repetirá en igual o diferente forma en la evolución progresiva del mal, sin perder en ninguna de sus recrudescencias la característica general de la fiebre". A Blanchard

y Taulec dicen: Se entra en el paludismo (en las zonas cálidas) por diversas puertos clínicas: uno tendrá un pequeño malestar febril sencillo; otro un embarazo gástrico febril; un tercero, una fiebre cuartana o forma tifoidea".

Las diferentes opiniones emitidas por los autores que hemos citado, dependen, indudablemente, de las distintas circunstancias o condiciones de medio en que han hecho sus observaciones.

Hay que recordar siempre, que el paludismo se comporta diferentemente según el clima, y que no es igual en sus manifestaciones en las zonas cálidas o tórridas que en las zonas templadas.

La intensidad y gravedad del cuadro clínico, tanto en su incubación como durante toda la evolución de la enfermedad, es mucho mayor en las zonas cálidas. En las zonas templadas, "el proceso se desarrolla de una manera que sus síntomas son mitigados, comparados con los de las primeras. Y aun, durante el período de endemo-epidemia, obsérvanse los cuadros morbosos que se constatan en los trópicos.

Aparte del calor, que actúa, como ya lo dijimos, favoreciendo el desarrollo de los anofeles y la multiplicación y multiplicidad de sus picaduras infectantes, existen otros factores propios del clima que contribuyen a hacer mucho más seria la infección.

Sin embargo, estas diferencias entre paludismo tropical y el paludismo de los países templados,

son conceptos de orden general aplicables a la gran mayoría de los casos, en ambas circunstancias de clima, porque hay que recordar también que pueden observarse las manifestaciones inversas o no habituales a cada clima.

Así es que las formas atenuadas del paludismo en su iniciación, pueden observarse en los trópicos, exactamente como sucede en los países de clima templado, pero no llaman frecuentemente la atención, frente a las otras formas intensas habituales. Lo mismo diremos que sucede en los países templados, en los que puede observarse casos de tan exagerada sintomatología como si se encontrara el enfermo en los trópicos.

De manera que los tipos febriles primitivos, suelen con frecuencia apartarse del tipo clásico intermitente, especialmente los que dependen de la proliferación del *P. precox*. Esto hay que tenerlo bien presente cuando el médico se encuentra en regiones donde el paludismo reina endémicamente, porque del exacto reconocimiento de la etiología palúdica de esas manifestaciones, dependerá la aplicación de una terapéutica adecuada, tanto más necesaria cuanto que el pronóstico es, en general, mucho más serio cuando está actuando el parásito con gametas semi-limares.

Lo importante es recordar estos hechos, pues en esas circunstancias el análisis de la sangre confirmará o desechará el diag-

nóstico de paludismo, pues no porque el sujeto se encuentre o llegue de una zona palúdica, todos los fenómenos patológicos que presente han de ser forzosamente producidos por el hemozoario. No hay que erigir en sistema el hecho de que, en los trópicos o en los que recién llegan de ellos, lo mismo que de las zonas de endemia de los países templados, la casi totalidad de las fiebres son palúdicas y establecer la ecuación: fiebre paludismo, y lo que es peor todavía, tratar toda fiebre en zona de endemia palustre, por medio de la quinina, pues si ésta es beneficiosa en el paludismo, puede producir desastres irreparables en otros procesos febriles no palúdicos.

Porque debemos recordar también, que la mayor parte de las enfermedades de los países cálidos o de los subtropicales, son la consecuencia de infecciones gastro-intestinales y biliares y su frecuencia se explica lo mismo que su mayor gravedad, comparada con las enfermedades análogas de los países templados, por una serie de factores propios del clima, tales como calor, humedad, infracciones del régimen y el alcoholismo.

Y precisamente por esto, no debemos confundir el paludismo con estos diferentes procesos y tratar siempre de establecer sobre bases sólidas el diagnóstico.

(Revista del Círculo Médico Argentino),

La extraña aventura de una hernia estrangulada en 1751

Nuestros modernos cirujanos que, meticulosamente exploran, extirpan, suturan ansas intestinales con toda la minucia de un método aséptico e intransigente y la preocupación del "plano por plano" no *se* figuran siempre 3a audacia temible que, a veces, animaba a sus abuelos. Testigo esta "observación de cirugía" que extracto del Journal de Médecine de 1751. Esta historia me parece tan excepcional bajo todo punto de vista que no puedo resistir al deseo de comunicarla. El título solo ya da qué pensar:

Carta al autor del Journal, sobre una observación de una hernia inguinal del intestino curada por la gangrena y cicatrizada por la naturaleza, por M. Rousselet, cirujano de Troyes".

Después de un largo exordio lleno de reflexiones generales y de cortesías en que florece la honradez del siglo XVIII, y en que, con una serena ingenuidad, M. Rousselet deplora la suerte desgraciada de los hombres que, faltos de discernimiento, se exponen a "ser víctima" de un hombre sin razón y sin experiencia, y al fin morir tranquilamente entre las manos de un charlatán, hemos aquí al grano de nuestro caso;

El sábado 10 de marzo de 1751. fui, con los señores Groat, cirujano mayor de los graneros del rey, de guarnición en esta ciu-

dad, y Bronquot, cirujano de París, agregado entre nosotros, al Pueblito de Echevilly, parroquia de San Andrés, a media legua de aquí, pava ver a la llamada Luisa Orsean, mujer de Juan Arnoul, obrero. Esta mujer, *de* 53 años, de una constitución fuerte, de temperamento seco y sanguíneo, tuvo varios hijos. El sábado G, levantando dos sacos de avena, para colocarlos sobre su cabeza, hizo un esfuerzo que hizo aparecer en la ingle derecha un tumor conocido bajo el nombre de bubonocèle, bajada o hernia inguinal. Cuando la examiné; la primera vez, era grande como un puño; el vientre de la enferma estaba tenso, el pulso muy pequeño y vomitaba materias fecales casi continuamente. M. Bonquot le propuso la operación, pero no quiso ella consentir. Le hice una sangría en el brazo, y la estación no siendo propicia para encontrar yerbas emolientes, le hicimos aplicar sobre el tumor y sobre el vientre, compresas empapadas en aceite de cáñamo. Nos retiramos con la intención de no volver.

El 13 esta mujer me hizo llamar. Le dije que ya no podría curar; que el intestino estaba gangrenado y que la misma operación que ella había rechazado sería ahora inútil, a mi modo de ver.

Me rogó sin embargo de no abandonarla, y de volver a verla cada dos días, aunque no se operara, a lo que accedí para agradarle y observar al mismo tiempo lo que ocurriría en una enfermedad tan peligrosa; seguía vomitando materias fecales; para no quedar como espectador ocioso, le apliqué primero una cataplasma con yerba cana, hojas de violeta, de malva, de azucena, al cual agregué basilieón. Iba cada 2 días a renovar esta cataplasma, creyendo cada vez que la encontraría muerta. No tomaba más que 4 salditos flacos, bien claros en 24 horas, su vientre estaba siempre tenso y los vómitos continuaban, hasta que el 22 del mes (16 días después del ataque), al levantar la cataplasma, tantas veces retirada, apercibí en el tumor y a su alrededor, una extensión bastante grande de piel, gangrenada y negra como tinta.

Entonces coloqué, entre la enferma y yo, una persona que le impedía ver lo que yo hiciera, y con un bisturí, abrí el tumor en una incisión de 3 pulgadas *más* o menos: salió abundante materia fecal y el vientre se distendió en parte. Limpié bien la herida; disequé, sacando todo lo que estaba gangrenado, y ha-

bienio apercibido (sic) el intestino todo podrido, saqué 9 o 10 pulgadas para llegar a la parte sana, donde lo corté, sin inquietarme por lo que ocurría con la porción superior ni la inferior, la enferma no teniendo bastante fuerza para pensar en la dilatación del anillo, ni en hacer un pliegue del mesenterio y continué yendo cada dos días para surada.

El vómito, a pesar de la operación que había hecho el 22, sin grandes sufrimientos de la enferma, continuaba siempre: introduje en la herida un manojo de hilos de $\frac{1}{2}$ pulgada de largo y tenté de procurar un ano artificial en la ingle; yo creía que ya no tendría otro recurso, cuando el 31 del mes, yendo para curarla, echó materia fecal por la vía natural; lo que me sorprendió en extremo y al mismo tiempo me causó mucho placer.

En fin, el 15 del mes siguiente (54 días después de la operación), esta mujer estaba completamente curada; goza hoy (1757), de una salud perfecta, no habiendo tenido desde entonces ninguna molestia. Trabaja, y *viene* casi todos los días, a pie, a la ciudad. ..

De El Día Médico".

EUGENESIA La reforma sanitaria del matrimonio

Por el doctor Alfredo Fernández Verano.
Presidente de la Liga Argentina de Profilaxis Social. Adscrito en la
Cátedra de Higiene.

-I-

EUGENICA Y MATRIMONIO

Siendo el objeto esencia! de la medicina preventiva poner a cubierto *anticipadamente* al ser humano de los peligros de enfermedad y de muerte que le amenazan, lógico es suponer que cuanto más precozmente intervenga, mayores serán sus probabilidades de alcanzarlo. De ahí que, a medida que sus progresos lo han permitido, haya dedicado sucesivamente su atención a la infancia (puericultura), a la protección maternal (puericultura intrauterina) y a la Eugénica (puericultura pre-concepcional).

Esta última; puede definirle como *la ciencia que estudia las influencias de todo orden capaces de actuar sobre la reproducción, con el fin de prevenir las degeneraciones y obtener el mejoramiento de la especie humana*. Para el logro de sus fines, la Eugénica se propone aplicar las medidas conducentes a la selección de los más aptos, por una parte, y a evitar, por otra, la reproducción de los inadaptables. Existe, pues, una *Eugénica positiva* y otra *negativa*, con mucho la más importante, pues, al menos por ahora, como sostiene

Forel, "más que proponernos en manera alguna crear una nueva raza humana, una especie *superhombre*, debemos sencillamente eliminar a las *subnombres* defectuosos".

A primera vista, este propósito no ofrecería mayores dificultades: sería suficiente suprimir a los tarados, o, por lo menos, impedir su reproducción, realizando de este modo una verdadera *selección artificial*, semejante a la empleada en Zootecnia para la obtención de los mejores ejemplares.

La aplicación de estos medios simples, en procura del mejoramiento humano, tiene orígenes muy remotos. El primer procedimiento fue aplicado por Licurgo, con un fin eminentemente bélico, al pueblo espartano, y en Atenas, Platón sostuvo la conveniencia de que el Estado regulara las uniones, en beneficio de los intereses generales, debiendo estar facultado para elegir a los hombres más sanos y vigorosos y las mujeres más hermosas y fuertes, para la obtención de productos seleccionados.

Con idénticos propósitos fue aplicada modernamente la esterilización de los degenerados o de los expuestos a procrear seres enfermos o deformes.

Descartados estos procedí-

mientos cuya aplicación repugna a nuestros sentimientos y que, en realidad, han fracasado allí donde se les ha puesto en práctica, la atención de los higienistas dirigióse especialmente hacia la reforma del matrimonio, desde el punto de vista sanitario, a fin de constatar el estado de salud de los contrayentes e impedir la unión de los portadores de una afección susceptible de ser transmitida al otro cónyuge o a la descendencia. Trataríase, pues, de realizar una verdadera *profilaxis conyugal*.

Desde el momento que se han probado los beneficios que reporta el *examen sanitario periódico*, tal como lo realiza el Life Extension Institute, de Nueva York, la oportunidad de practicarlo con motivo del matrimonio parece indiscutible.

Los actuales conocimientos acerca de la influencia hereditaria de algunas enfermedades e intoxicaciones cuya enorme difusión constituye un real peligro para la humanidad actual y las generaciones futuras, demuestran la importancia y urgencia de adoptar medidas tendientes a *asegurar la generación* en las mejores condiciones que sea posible obtener.

"La multitud siempre creciente — dice el doctor Haskovec — de alienados, de epilépticos, de degenerados de toda índole, de criminales recidivitas, de vagabundos, de mendicantes profesionales y de tarados psíquicos y físicos a toda especie, de sífilíticos, alcoholistas y afectos de otras enfermedades crónicas, hijos de padres enfermos y degenerados; esa multitud que llena los hospitales, los manicomios, los asilos diversos, los sanatorios públicas y también las casas correccionales y las prisiones; cuyo mantenimiento pesa improductivamente sobre los presupuestos y obstaculiza otros gastos útiles para el pueblo, nos obliga a prestar mayor atención que la concedida hasta el presente respecto a la salud *de* los novios y de los futuros esposos. Si deseamos luchar más eficazmente contra la degeneración humana y disminuir el número de enfermedades congénitas. luchar contra las enfermedades venéreas, mentales, nerviosas y tóxicas, es menester dirigirnos directamente a los novios y a los esposos".

El matrimonio, tal como se cumple actualmente, obedece a razones Ú2 conveniencia social

antes que a la obtención de una descendencia sana y vigorosa. Los futuros cónyuges, durante el noviazgo, procuran disimular mutuamente sus taras físicas y psíquicas. Las precauciones referentes al estado de salud de los contrayentes y especialmente de las enfermedades transmisibles a la descendencia, no son tomadas en cuenta. Las desastrosas consecuencias de tal imprevisión no tardan en presentarse, causando a menudo la ruina material y moral del hogar. Es evidente que ello se debe, en primer término, a la falta de nociones de eugénica y que sería deseable que cada uno de los futuros cónyuges fuera informado acerca de las condiciones hereditarias, físicas y morales, en que se halla el otro.

El Estado se halla interesado en obtener generaciones sanas y fuertes desde el nacimiento. ¿Qué puede esperarse, para el progreso de una nación, de una multitud de idiotas, imbeciles, retardados mentales, deformes, inválidos, epilépticos, sordomudos, ciegos, criminales, etc., etc.? Si se somete a los jóvenes a un examen médico para cumplir el servicio militar ¿con cuánta mayor razón no habría de seleccionárseles antes de realizar la función más importante, por su transcendencia, de cuantas han sido confiadas al hombre, cual es la reproducción?

Tales son, sucintamente expuestas, las ideas que han dado origen a un movimiento mundial de opinión, favorable a la dilu-

cidación de los problemas que ellas comportan y a la adopción de medidas tendientes a la defensa del porvenir de la raza, mediante la protección de la natalidad, por el examen médico de los futuros cónyuges.

CONDICIONES DE APTITUD PARA EL MATRIMONIO

Entre los impedimentos del matrimonio se hallan comprendidas las enfermedades e intoxicaciones susceptibles de transmisión hereditaria y las que pueden constituir un riesgo para uno u otro de los cónyuges. En la mayoría de los casos constituyen una causa de simple postergación del matrimonio, hasta la obtención de la curación o del estado de *latencia clínica*; en otros en cambio, la unión debe ser formalmente desaconsejada.

Enfermedades venéreas. — De ellas debemos ocuparnos en primer lugar dado que son las más temibles, desde el punto de vista del matrimonio y la prole, como desde muchos otros. Sabido es que el movimiento de opinión mundial sobre el tema que nos ocupa se debe, precisamente, a la enorme difusión alcanzada y a los estragos producidos por estas afecciones.

La *sífilis*, especialmente, puede considerarse como la enfermedad hereditaria por excelencia.

El sifilítico que se casa en estado contagioso o insuficientemente tratado, contamina segu-

ramente a su esposa. Sobre 100 mujeres sifilíticas, 20 han sido infectadas por el marido (Fournier).

La consecuencia inmediata es la mortinatalidad. Se ha señalado que el 70 % de los abortos espontáneos pueden atribuirse a la sífilis.

Sus efectos sobre la mortalidad infantil son también importantes, sobre todo si se tiene presente que gran parte de las defunciones que figuran en los rubros de "debilidad congénita" y otras, son imputables a la sífilis.

Los heredo-sifilíticos presentan generalmente distrofias y degeneraciones diversas que hacen de ellos deformes, raquíuticos, débiles mentales, idiotas, vesánicos, desequilibrados, pervertidos, criminales, etc. Nos llevaría muy lejos la simple enumeración de las taras físicas y psíquicas, alteraciones anatómicas y fisiológicas y trastornos de toda índole originados por la heredosifilís. Y esta ría se detiene en la primera, sino que ex-

tiende sus estragos a varias generaciones sucesivas.

Ahora bien ¿cuándo puede autorizarse el casamiento de un sifilítico? Y, dando por convenido que no puede autorizarse mientras presente lesiones contagiosas ¿cuánto tiempo después de iniciado el tratamiento adecuado puede contraer enlace? A falta de un medio que permita asegurar la curación, debemos guiarnos por la sola experiencia clínica. El tema ha sido y es objeto de vivas discusiones.

Al respecto, Gougerot opina lo siguiente:

"Un sifilítico o una sifilítica, lo mismo si se trata de sífilis adquirida que hereditaria, sólo podrá casarse en el caso de que reúna las siguientes condiciones, tendientes a constituir el máximo de garantías de curación, y entre las cuales son las de *tiempo* las que tienen mayor importancia:

1 Cuando el diagnóstico es tardío, los chancros o primeros accidentes tratados deben remontar a 4 años, por lo menos, por lo que hace al hombre, y a

también por lo menos, por lo que respecta a la mujer, según la regla de Fournier, si el tratamiento comenzó después del decimoquinto día del chancro. Estos plazos podrán acortarse en dos o tres años, tanto para el hombre como para la mujer, en caso de haberse iniciado un tratamiento arsenobenzolito intensivo con anterioridad al décimoquinto día del chancro, y de que se prosiga durante largo tiempo. La mayor parte de los sífilógrafos conceden, en efecto, la mayor importancia a esa fecha del decimoquinto día, por cuanto con anterioridad a ella se encuentra aún la sífilis prácticamente localizada, siendo, por lo tanto, más fácil de esterilizar.

Pero no es bastante esa condición de tiempo; a ella es preciso añadir aún:

"2° Un tratamiento suficientemente riguroso, continuado con regularidad durante el tiempo indicado;

"3° Ausencia de todo accidente desde dos años antes, por lo menos, para el hombre; cuatro para la mujer;

"4° Carácter no amenazador de la enfermedad (A. Fournier); (obsérvese que hay que mostrarse muy reservados en presencia de una sífilis recidivante);

"5° Serorreacción negativa, de ser posible, previa reactivación;

"6° Punción lumbar que acuse un líquido céfalo-raquídeo normal, sobre todo en caso de existir la menor duda sobre posible lesión nerviosa;

"7° Algunos añaden una cura

de tres meses antes del casamiento.

"A estas siete condiciones es necesario añadir, cuando se trate de heredosifilíticos, la ausencia de defectos transmisibles y la de distrofias que puedan impedir la procreación, la gestación o el alumbramiento".

La *'blenorragia* constituye asimismo un impedimento para el matrimonio, por los riesgos que comporta, no solamente para el otro cónyuge, sino también para los hijos.

Varios motivos concurren para tornar particularmente temible esta afección. En primer término, su enorme difusión, la que permite suponer, según las estadísticas más autorizadas, que, por lo menos en las grandes ciudades, la mayoría de la población masculina ha sido contagiada una o más veces. Noeggerath declara que en Nueva York: sobre 1.000 hombres casados, 800 habían presentado blenorragia; que el 90 % de los mismos no habían sido curados y, por consiguiente, el 72% de las mujeres casadas eran contaminadas.

Por otra parte, a causa de la Ignorancia, mantenida por los prejuicios, es general el erróneo concepto según el cual se trataría de una enfermedad sin importancia, fácilmente curable y hasta, para muchos jóvenes, una irrefutable demostración de virilidad.

La frecuencia con que la blenorragia pasa al estado crónico y la insignificancia de los síntomas visibles que presenta en este

período, unido al hecho de que puede prolongarse hasta el límite de la vida, constituyendo siempre una fuente de infección, *son* otros tantos motivos para que se la considere como una de las afecciones a tener presentes, en primer término, desde el punto de vista de la profilaxis conyugal.

La infección gonocócica, determina en la mujer serias complicaciones: metritis, inflamación de los anexos (salpingo-ovaritis), pelviperitonitis, etc., que hacen necesarias intervenciones quirúrgicas graves y pueden conducir a la invalidez y a la muerte. El 50 % de los casos de esterilidad femenina deben imputarse a la gonorrea.

Además, el gonococo puede depositarse, durante el parto, en la conjuntiva del recién nacido, dando origen, cuando no se han adoptado las precauciones profilácticas de rigor, a la conjuntivitis purulenta, y, si no se in-

terviene a tiempo y enérgicamente, a la ceguera. Es causa, asimismo, de la vulvovaginitis infantil, de funesta terminación en algunos casos.

No debe, pues, autorizarse el matrimonio de los blenorragícos, con tanto mayor motivo cuanto que la blenorragia, tanto aguda como crónica, es curable y la curación exige un plazo relativamente breve. Sólo se autorizará el enlace cuando, después *de* sometido el enfermo al tratamiento metódico y completo, se haya constatado por los medios de práctica la desaparición del gonococo y de la flora bacteriana que se desarrolla simultáneamente con él.

Alcoholismo. — Después de la sífilis, el hábito del alcohol debe ser incriminado como el factor más importante de bastardeo racial.

"Los hijos de alcohólicos — dice Roger — están mal desarrollados y presentan numerosos es-

tigmas de degeneración. Su talla es inferior a la normal; las estadísticas publicadas por las zonas *la* reclutamiento establecen, para cada departamento, un paralelismo casi perfecto entre la disminución de la talla en los reclutas y la cantidad de alcohol consumida. El trastorno evolutivo pueda llegar tan lejos que jóvenes de 18 a 20 años de edad no están más desarrollados que niños de 14 a 15. El sistema piloso es rudimentario; los órganos genitales son mezquinos. Además de este infantilismo, se pueden encontrar deformidades más notables: la asimetría craneana, la asimetría cerebral, la porencefalia, la hidrocefalia, la esclerosis neuróglia de los centros nerviosos.

Sí, después del estudio anatómico, se examina el estado de las funciones, se notan numerosos trastornos nerviosos: placas de anestesia y de hiperestesia, exageración de los reflejos, sueño turbado por pesadillas, terrores y, a menudo, incontinencia le orina.

El carácter es triste, moroso; la sensibilidad exagerada. La inteligencia es a menudo precoz y se podría creer a primera vista que el niño tendrá brillantes cualidades intelectuales. Pero pronto se produce una detención o cuando menos se observa una falta de equilibrio, un defecto de atención y de voluntad, una extravagancia de ideas y de carácter. A veces persisten algunas aptitudes, sobre todo aptitudes artísticas. Aún en este caso, la

astenia del sistema nervioso se traduce por una ausencia del sentido moral, por impulsos malos e irresistibles. "Entre las impulsiones debemos citar, especialmente, la dipsomanía. Se repite a menudo que los excesos en la bebida arrastran al alcoholismo; generalmente es la inversa la que se produce: una primera embriaguez pone en movimiento un sistema nervioso predispuesto".

Investigando las causas de la criminalidad infantil, se constata que la mayoría de los criminales jóvenes son hijos de alcoholistas. Muchos otros trastornos reconocen la misma patogenia: el 80% de los epilépticos ha nacido de padres tachados de alcoholismo.

De ahí que la autorización para el matrimonio no debiera ser concedida a los dipsómanos hasta que no hayan probado, durante un lapso de tiempo suficiente, que se hallan curados de su hábito de intoxicación.

Enfermedades nerviosas y mentales. — Las taras nerviosas se heredan, como la locura y la criminalidad y si bien, generalmente, se transmite una predisposición, que necesita una causa ocasional (traumatismo, infección, choque moral) para desarrollarse, otras veces la neuropatía se establece fatalmente; tal es el caso de la ataxia hereditaria de Friedrich, la heredoataxia cerebelosa de Marie, la miopatía progresiva de Landouzy-Déjerine, la enfermedad de Thomsen, el temblor llamado hereditario.

Estas enfermedades tienen el carácter común de aparecer a la misma edad en los hijos que en los padres.

Con una causa ocasional, surgen las taras que engendran la corea, la histeria, la epilepsia, la parálisis agitante, etc.

La mayor parte de las enfermedades nerviosas son debidas a infecciones o intoxicaciones, actuando sobre el sistema nervioso, al frente de los cuales figuran la sífilis y el alcoholismo.

Heuyer, estudiando las convulsiones llamadas esenciales en la infancia, encuentra casi constantemente en los padres y abuelos una causa infecciosa o tóxica y, en el 50 % de los casos, la sífilis, en sus manifestaciones dermatopas o neurotropas.

En nuestro entender sostiene dicho autor en una comunicación presentada a la Sociedad Francesa de Eugénica no es la epilepsia ni aún la aptitud a la crisis convulsiva lo que se hereda, sino la causa Infecciosa y, más a menudo, la sífilis".

Desde el punto de vista que

nos ocupa, esta noción es importante. Ante un epiléptico, candidato al matrimonio, será necesario practicar los exámenes biológicos de sangre y líquido céfalo-raquídeo, que permitirán demostrar la naturaleza infecciosa de la enfermedad causal. Aún en ausencia de resultados positivos, el solo hecho de presentar crisis epilépticas deberá hacer desaconsejar el matrimonio y la procreación, no tanto por el temor a la herencia epiléptica similar, como por el riesgo de transmitir una herencia diferente, debida a la causa infecciosa que siempre existe.

Heuyer resume el trabajo a que nos hemos referido, indicando las condiciones a encarar desde el punto de vista del matrimonio, respecto a las enfermedades nerviosas y mentales:

10 Numerosas enfermedades nerviosas y mentales (parálisis general, tabes, epilepsia, etc.) tienen, como las demás enfermedades orgánicas, un origen infeccioso o tóxico. Este es el que debe investigarse; es el conocimiento de la sífilis, la tubercu-

lisis, el alcoholismo, en los antecedentes familiares, el que permitirá, lo más a menudo, señalar las condiciones pedidas.

2) La mayoría de las enfermedades nerviosas a herencia similar son enfermedades familiares que no permiten el matrimonio.

3) Ciertas enfermedades mentales a herencia similar (psicosis maniaco-depresiva, estado; esquizoides, disposiciones paraloicas) no permiten adoptar daciones aplicables a todos los casos; es necesario estudiar cada uno en particular y prevenir los riesgos resultantes para ellos y sus hijos.

Pero en las perversiones instintivas, origen de la delincuencia y la criminalidad, no pueda haber duda sobre la necesidad de impedir el matrimonio.

Enfermedades familiares. — Se agrupan en esta denominación cierto número de afecciones que presentan los caracteres siguientes, señalados por Charcot:

1° Atacan habitualmente cierto número de individuos de una misma rama genealógica.

2° Afectan, en cada rama atacada, una forma y una evolución semejantes en cada uno de los individuos que las presentan.

3° Aparecen en estos individuos independientemente de toda causa patológica externa y únicamente como consecuencia de una tara original hereditaria, puesta ulteriormente de manifiesto por la sola acción del progresivo desarrollo.

Aunque son, felizmente, poco frecuentes, las enfermedades fa-

miliares deben tenerse presentes como causa de impedimento del matrimonio, puesto que en algunos casos constituyen una seria amenaza para la descendencia, que puede significar la invalidez, una existencia penosa y hasta la muerte precoz.

Apert las clasifica en la siguiente forma:

1) *Enfermedades familia es a herencia continua o enfermedades parentales.* — Son las que se transmiten directamente, de padres a hijos. La enfermedad no aparece jamás sin que un ascendiente inmediato, padre o madre, se halle afectado.

Este modo de transmisión se observa en la corea crónica hereditaria, en la queratodermia palmo-plantar, en la atrofia progresiva hereditaria del nervio óptico, la psicosis maniaco-depresiva, etc.

Desde el punto de vista del matrimonio, los miembros de la familia que permanecen indemnes no son pasibles de medida alguna coercitiva y aún los matrimonios consanguíneos no ofrecen peligro.

2) *Enfermedades matriarcales.* — Son las que se transmiten por la línea femenina a los hijos, mientras las hijas, que permanecen indemnes, las transmiten a su vez a su descendencia masculina.

La enfermedad no se manifiesta en las mujeres, ni tampoco puede transmitirse por intermedio de los varones. La descendencia por la línea masculina permanece indemne indefinida-

mente. En cambio se transmite por las mujeres. Estas, como la enfermedad no presenta síntomas visibles, se reproducen sin obstáculos, razón por la cual puede seguirse la enfermedad a través de árboles genealógicos que se remontan a varios siglos atrás.

La enfermedad más típica de esta clase es la *hemofilia*, caracterizada por un retardo en la coagulabilidad sanguínea, que expone al enfermo a hemorragias, tan graves que pueden llegar a ser mortales, por causas mínimas.

Menos común es el *daltonismo*, que consiste en la imposibilidad de distinguir ciertos colores.

De acuerdo con la modalidad de la trasmisión hereditaria de estas enfermedades, no deben oponerse impedimentos al matrimonio de los individuos de sexo masculino. En cambio, debe desaconsejarse el de sus hermanas.

3) *Enfermedades fraternales.*

— Aparecen en cierto número de hermanos o hermanas, nacidos de padres sanos, pero en cuya ascendencia se encuentra la misma enfermedad. El peligro de que surja la enfermedad es mayor, en tales casos, cuando se

trata de matrimonios consanguíneos que, como es sabido, obran, sobre todo, por la acumulación de las taras hereditarias. Se observa este modo de transmisión en las amiotrofias familiares, en la mayor parte de las enfermedades nerviosas familiares, la sordomudez congénita, el albinismo, la retinitis pigmentaria, etc.

Las probabilidades de aparición de estas enfermedades son menores que para las anteriormente citadas, pero los matrimonios consanguíneos deben ser desaconsejados, cualquiera que sea su parentesco.

Tuberculosis. — La tuberculosis debe incluirse entre las enfermedades a considerar desde el punto de vista de la aptitud para el matrimonio, no tanto por sus consecuencias hereditarias, forma en que actúa sólo en contados casos sino por sus efectos sobre el enfermo, sobre el otro cónyuge y sobre la descendencia, cuando ésta no ha sido alejada precozmente de la fuente de contagio que representa el hogar familiar y especialmente, cuando es la madre la atacada, el contacto materno.

(Continuará).

Los fenómenos de intolerancia con la Quinina

Pedro Seé. que los estudia en la *Gazzete dos hópitaux*, los clasifica en dos categorías.

En la primera incluye los fenómenos de intoxicación propiamente dicha y propios de la quinina. Son los accidentes oculares, la sordera y los vértigos.

La ambliopía de la quinina, especialmente después del empleo de dosis elevadas, podría ser resultado de la constricción de las arterias de la retina. Los zumbidos son debidos a la congestión do: oído medio y del laberinto.

Las sales de quinina ejercen un efecto depresor sobre el miocardio; el alcaloide tiende a paralizar el centro bulbar del neumogástrico. Fenómenos idénticos se observan en los vasos y centros vasomotores.

Tanto en estos casos, como en lo referente a la acción de la quinina sobre el útero, hay que distinguir, por parte del terreno, una hipo y una hipersensibilidad.

Los síntomas de la segunda categoría son *de* orden trivial. Nos referimos a los eritemas (en los que la luz desempeña también un papel por ser la quinina fluorescente, a las hemorragias cutáneas, a la urticaria, los fenómenos digestivos, el asina, la disnea, los estados de asfixia con trastornos vasomotores y enfriamientos; síntoma tología que se observa también con la albúmina del huevo. Los territorios son siempre los mismos, cualesquie-

ra que lean las substancias que provocan la crisis. La sintomatología no tiene nada de especial a la quinina. Tratase de fenómenos de sensibilización que, se cree son debidos a la idiosincrasia o a la anafilaxia.

Por otra parte, parece que la hemoglobinuria puede ser producida por la quinina que destruye *in vitro* los glóbulos rojos, siendo posible que en los casos de hemoglobinuria haya obrado por hemolisis. Es indudable que la quinina ataca electivamente el glóbulo rojo, quisas más fácilmente si antea ha sido modificado por la luz.

Pero la quinina no puede ser considerada responsable de todos los accesos de hemoglobínuria, pues bien conocidos son los casos de fiebre biliosa hemoglobínúrica observados en individuos que nunca habían tomado quinina. Por lo que a este punto se refiere parece natural deducir que la hemoglobinuria tiene un origen mixto. La acción hemolizante de la quinina, que seria casi nula con las dosis terapéuticas en los individuos normales, estaría reforzada en los palúdicos por el estado defectuoso del hígado y de los glóbulos rojos, debido a la infección y a la larga permanencia en las Colonias.

Los casos de intolerancia con la quinina son raros por fortuna. Puede después realizarse la desensibilización de los pacientes,

haciéndoles ingerir una dosis muy pequeña de medicamento dos horas antes de administrar la dosis terapéutica. Otros han obtenido el mismo resultado administrando por la boca 50 centigramos de peptona media hora antes de tomar la quinina. En cambio, la supresión de la quinina hace al organismo más sensible al medicamento. De aquí que suspendiéndose la administración de ésta durante la esta-

ción fría, será necesario emplear pequeñas dosis al reemprender de nuevo el tratamiento al comenzar la próxima estación palúdica.

Los casos de intolerancia por la quinina en nada disminuyen el valor de este medicamento, cuyas indicaciones son numerosas y que continúa siendo uno de los medios más eficaces de lucha contra el paludismo.

Cátedra de Clínica Médica del Profesor Castex

Algunas consideraciones terapéuticas sobre los Hipertensos

Por el Profesor Karl Falirenkamp.

(Director del S.u'atorio de Wurtetnbersr para enfermos de] corazón)

Después de breves y elocuentes palabras de presentación del Dr. Castex, ocupó la cátedra el Dr. Fahremkamp, quien *se* refirió a las necesidades terapéuticas que deben llenarse en todo enfermo con hipertensión arterial.

Recalcó primeramente la importancia de los traumas psíquicos y morales sobre la hipertensión, de donde deriva la necesidad de la observación escrupulosa del temperamento psíquico especial de estos enfermos, que tan desfavorablemente repercute sobre los aumentos tensionales.

En ellos, el conocimiento de su enfermedad revelada frecuentemente por el médico y la terapéutica dirigida contra la hipertensión arterial, provocan sobre estas temperamentos neuropsicopáticos una influencia

nefasta que se exterioriza por una neurosis que de latente se hace manifiesta. El porvenir dependerá ya, más de la preocupación constante por la tensión elevada, que de la propia enfermedad.

En estos enfermos no se debe hacer tratamiento únicamente dirigido contra la hipertensión, pues se logra el efecto contrario: aumentarla; es sólo con la terapia psíquica hábilmente conducida que se los mejorará.

Los hipertensos pueden ser muy bien tratados en clínicas y sanatorios especiales; pero el médico práctico no está tan habilitado para hacer el pronóstico y tratamiento de esta afeción tan compleja. En efecto, no basta la determinación de una o varias mediciones aisladas de

la presión arterial de un enfermo, para poder efectuar deducciones exactas. Sólo tienen valor las curvas de la tensión sanguínea o sea la resultante gráfica de numerosas mediciones tensionales, efectuadas a corto intervalo, lo que demanda tiempo y trabajo.

Por otra parte, la comprobación de la hipertensión despertará en seguida en la mente del médico la idea de una afección renal, de una alteración cardíaca, de la arterio-esclerosis, del ictus apoplético y hará partícipe al enfermo o dejará traslucir sus temores o recelos, influenciando desfavorablemente el psiquismo, que repercutirá de igual modo sobre la presión sanguínea; tanto más de lamentar cuanto que en gran número de estos enfermos sólo hemos podido revelar como única alteración tensión arterial elevada.

Cita a continuación algunos ejemplos, de la acción desfavorable de los factores psíquicos sobre la presión sanguínea:

Un hombre de 49 años nos consulta por su hipertensión arterial, que le ha sido revelada por los numerosos colegas que lo habían examinado con anterioridad. Se queja de ligeros vértigos y malestar general que disminuye en algo su capacidad para el trabajo; pero lo que más le preocupa es el temor a la congestión cerebral que cree inminente. Un tratamiento especial de 2 meses, baja la tensión de 220 a 160, con solo psicoterapia y cambio de régimen de vida,

reanudando su trabajo en condiciones normales y habiendo desaparecido la angustia ocasionada por el conocimiento de que era hipertenso.

2ª observación: Un pastor protestante, de 60 años de edad, antes de efectuar un viaje a las montañas, quiere saber nuestra opinión sobre la enfermedad que padece: hipertensión arterial y esclerosis renal, diagnosticada por el propio hijo, estudiante de medicina. En efecto, presentaba una hipertensión arterio-esclerótica, sin descompensación cardíaca y como la curva tensional confeccionada por el hijo (oscilaba entre 200 y 160 m. m. de mercurio), aumentase en los últimos días, este temió se estuviese constituyendo una esclerosis renal y nos lo trae para su examen. Es de imaginarse la situación psíquica desfavorable de este enfermo, de continuo influenciado por la actitud del hijo que temía por la vida de su padre. Efectuamos un solo tratamiento psicoterápico, convenciéndolo de lo infundado de sus temores, y pudo efectuar el viaje proyectado sin inconveniente alguno.

Este caso explica por qué gran número de médicos conociendo a importancia nociva del factor afectivo, se rehusan a tratar personas a las que los liga vínculos estrechos.

En muchas oportunidades, la aptitud psíquica de nuestros enfermos ha sido influenciada por artículos aparecidos en la prensa diaria y que han actuado so-

bre terrenos ya preparados, a los que designamos con el nombre de "inquietud de la hipertensión".

Así, el año pasado, un conocido diario alemán publicó a grandes títulos un artículo donde se elogiaba las maravillosas propiedades hipotensoras de un nuevo preparado a base de hormonas cardiacas. Sabemos que estas tienen una acción neta sobre la angina de pecho, pero sus efectos son casi nulos sobre la tensión arterial y en los casos en que se han obtenido descensos, se ha demostrado que ellos dependían de factores psíquicos. A raíz de la publicación de dicho artículo, fui consultado por no menos de 8 enfermos, quienes deseaban a todo trance se les aplicase este tratamiento, costándome disuadirlos -de sus propósitos. Estas publicaciones provocan verdaderos traumas psíquicos sobre los enfermos, repercutiendo en sentido desfavorable sobre la hipertensión arterial, de que están afectados. Y por otra parte no deja de tener alguna influencia sobre la orientación terapéutica de los médicos jóvenes, quienes sin suficiente

experiencia pueden ser arrastrados a ensayarlos en sus enfermos.

A continuación el Dr. Fahrenkamp pone de manifiesto la acción beneficiosa del reposo no sólo psíquico, sino corporal, sobre estos enfermos. Y cita una observación personal de una enferma, cuya tensión cae de 200 a 120 con clinoterapia.

Se refirió luego a los hipertensos con descompensación cardíaca, estando de acuerdo con Krauss, que el mejor tratamiento en estos casos es el digitalico prolongado hasta obtener y luego mantener el perfecto funcionamiento del corazón.

Muestra unos gráficos de observaciones personales, donde se registran las variaciones tensionales, las curvas del peso y de la eliminación acuosa bajo la acción de la digital. En un primer grupo las variaciones en la curva de la tensión son paralelas a la de la eliminación del agua, produciéndose con la administración de la digital un descenso de la presión sanguínea concomitante con la mayor eliminación de agua.

En un segundo grupo no se ob-

serva descenso de la tensión con la pérdida de agua. Son los gráficos "en meseta" que indican una hipertensión alta y fijada. Constituyen los cuadros nosológicos descriptor por Volhard como "formas blancas" de peor pronóstico que las "formas rojas" del primer grupo.

Sobre más de 2.000 observaciones estudiadas por el conferenciante, no recuerda un solo caso de gráfico en meseta, que no haya terminado con la muerte del enfermo, por lo general de hemorragia cerebral, en un plazo más o menos breve.

Concluyó diciendo:

Bastará que el médico práctico tome la tensión mañana y noche en sujetos descompensados-

sometidos a la acción de la digital, para poder inferir el pronóstico: si la tensión no descende, permaneciendo al mismo nivel después que la insuficiencia cardíaca se haya corregido, se trata de una hipertensión arterial muy grave que llevará más o menos pronto a un desenlace fatal.

De esta conclusión pronostica, se deriva otra conclusión terapéutica: no molestar a estos enfermos con regímenes y prescripciones severas; que por lo menos se den la satisfacción de hacer lo que les plazca durante el corto tiempo de vida que les resta."

"El Día Médico" de Buenos Aires,

Ovaritis escleroquistica y varicocele pelviano

Síntesis de la conferencia del Profesor C. A. CASTAÑO.

Son dos afecciones que ocupan en la actualidad un lugar importante en Ginecología y que, en mi sentir, deben estudiarse conjuntamente por las estrechas relaciones que guardan entre sí como luego veremos.

El varicocele pelviano, es una afección venosa que compromete el sistema pelviano y que en la mujer hace allí ostensible su sintomatología a diferencia del hombre, donde constituye el varicocele escrotal.

La pared de la vena sufre un proceso escleroso que facilita la distensión, lo que trae por consecuencia congestión intensa de la

pelvis y formación de verdaderos tumores sanguíneos, todo ello repercutiendo, como se comprenderá, sobre el útero y el ovario. Hace 10 a 12 años; no se mencionaba siquiera en los tratados de Ginecología el varicocele pelviano, y excepto algunos autores americanos, negábase su entidad clínica y anatomopatológica. En la actualidad, se diagnostica y se trata con éxito, gracias a los estudios hechos en nuestro país, que han tenido repercusión en el exterior, como lo demuestran las tesis publicadas en Río de Janeiro y Santiago de Chile al respecto.

Existen antecedentes en Francia, pues a mediados del siglo pasado Richet, profesor de la Facultad de Medicina de París, descubrió en cadáveres de mujeres paquetes venosos en los ligamentos anchos, que en ocasiones formaban verdaderos tumores sanguíneos.

En 1356. de Valz, su ayudante, publicó en su tesis (que se conserva en los archivos de la Facultad de Medicina de París), las experiencias de su maestro. No obstante ello, no tuvo eco en el mundo médico hasta hace pocos años.

Richet estudió la cuestión desde un punto de vista fisiológico y mecánico; sus experimentos consistían en inyectar el sistema venoso y efectuando compresiones en la base del tórax ingurgitar el sistema venoso abdominal, viendo en esas condiciones que por reflujo sanguíneo, se inyectaba el sistema pélvico.

Sabemos que el útero y sus anexos desaguan por dos circuitos venosos, uno superior (útero-ovárico) que resume las tres corrientes eferentes de útero, trompas y ovarios; y otro inferior (hipogástrico) que lleva

también parte de sangre del útero y que tiene numerosas anastomosis con los anexos.

También sabemos que la vena útero-ovárica izquierda es tributaria de la renal del mismo lado y que la vena útero-ovárica derecha lo es de la cava inferior, donde aboca sin cayado alguno formando un ángulo agudo sin existir ninguna válvula que asegure la regularidad de la progresión sanguínea. Esta disposición anatómica particular nos explica el experimento de Richet.

Así, pues, para constituirse el varicocele pélvico, deben concurrir una serie de factores que a nuestro modo de ver pueden agruparse así:

- a) Factores anatómicos.
- b) Factores mecánicos.
- c) Factores de orden distrófico.
- d) Terreno.

De las razones anatómicas y mecánicas hemos dado ya una noción; en cuanto a las de orden trófico, diremos que son lesiones especiales de las venas cuyo substractum anatomopatológico condiciona las várices en general (en miembros inferiores, recto, etc.) Se trata de un proceso

de fleboesclerosis más o menos generalizado que ataca en especial la túnica músculo-elástica del vaso (mesoflebitis) y llega al final hasta la adventicia (periflebitis).

No hace mucho tiempo, Hovelque y Segond, hicieron en un estudio y una tesis publicados una revisión de los conocimientos anatómicos que hasta el presente se aceptaban como clásicos sobre la innervación del útero y sus anexos. De ellos se desprende que al ovario, va un filete nervioso del gran simpático que da sólo un pequeño ramúsculo a la trompa correspondiente y nada más; así, pues, el ovario tiene una innervación completamente independiente del útero, lo que está en contraposición con los conceptos antiguos, vale decir, que existía una estrecha relación nerviosa entre ambos órganos.

El ovario provoca dolores por intermedio de su innervación simpática, lo que constituye un hecho interesante, pues dicho nervio, se comporta aquí como un filete sensitivo de la vida de relación.

Los nervios útero-ováricos que son ramas del gran simpático, están en íntima relación con el gran cerebro abdominal que se llama plexo celíaco o solar. La innervación del útero por intermedio del plexo pre-sacro, no da, contra lo que se creía, ninguna rama al ovario. Esto tiene su importancia práctica, pues no justifica fisiológicamente la resección de estos filetes. Sara cal-, ajar las algias ováricas,

Estudiamos la ovaritis escleroquística y el varicocele pelviano juntos, porque es imprescindible para la aparición de la primera la existencia del segundo.

La ovaritis escleroquística, contra lo que se podría pensar si nos atuviésemos a su nombre, no es una enfermedad inflamatoria: por el contrario, es netamente distrófica. El tejido escleroso ahoga al folículo, dando desde el punto de vista anatómopatológico, un ovario pequeño y lobulado.

Del lado del cuadro clínico, nos da una sintomatología muy ruidosa, que en muchas ocasiones desorienta al médico que no analice los hechos a la luz de los modernos conceptos. Toda una gama de fenómenos de orden simpático y espasmódico concurren a ello: Espasmos pilóricos, cólicos, dismenorrea intensa, etc.

Debemos analizar los distintos factores que intervienen para constituir la ovaritis escleroquística:

- a) *Factor congestivo*: imprescindible para que ella se establezca (también lo tenemos para el varicocele pelviano).
- b) *Factor varicocele pelviano*: de origen distrófico.
- c) *Distrofia*: vemos que ella nos conduce al varicocele pelviano, pero yendo más hacia su origen etiopatogénico, nos hallamos con un terreno donde la hereditaria anda en juego frecuentemente,

La ovaritis escleroquística aparece en la pubertad, haciéndose presente en cada menstruación. Comienza por dolores intolerables, acompañados de náuseas y vómitos, cefaleas, pilorismo, cólicos, etc. Toda una serie de alteraciones de orden simpático que transforman la época menstrual en una verdadera enfermedad. Es necesario que exista ya un varicocele, que poco a poco actúa sobre el ovario.

A estos fenómenos menstruales se le atribuyen como causa el neuroarritismo y perturbaciones de la esfera endocrina.

Sintomatología del varicocele pelviano

Existen todos los grados entre las enfermas con ausencia de alteraciones del lado del ovario y las que exteriorizan evidente intervención de éste. Se observa una característica en el cuadro clínico de las pacientes y ella es que al lado de gran número de síntomas subjetivos en ocasiones bien intensos, observamos la pobreza o ausencia de sintomatología objetiva.

No hay pasado inflamatorio, no hay lesión grosera de cuello ni anexos y precisamente estos signos ausentes deben hacernos pensar en la afección en estudio.

Dismenorrea, dolor que antecede unos días al periodo menstrual y que se intensifica en él, fenómeno de orden vagotónico.

Dispareunia, o coito doloroso, síntoma que no falta jamás.

Dolor erótico; llamo así a un dolor especial que se produce comprimiendo la pared vaginal en el lugar de salida de los filletes del nervio pudendo. La paciente acusa sensación de erotismo y al mismo tiempo dolor. La causa de este síntoma se debe a varicosidades del plexo clitorídeo (sensación de orgasmo y dolor a su excitación) y por ello lo he llamado dolor erótico.

Síntomas menstruales: Hipermenorrea y amenorrea, que aunque parezca paradójico se suceden dándonos cuenta del estado del ovario y al mismo tiempo nos demuestra que ya existe ovaritis escleroquística.

Síntomas subjetivos generales: conjuntamente con los síntomas de orden local que liemos analizado, aquejan a las enfermas otros que son puramente funcionales, que aparecen ya en el *aparato digestivo* (hiperclorhidria, espasmos, pilóneos, náusea, vómitos, etc., como trastornos gástricos y de parte del intestino: constipación que se torna en ocasiones en debacles diarreicas de tipo mucomembranoso al llegar la menstruación. Existe estado esasmódico cólico: cuerda cólica tensa y dolorosa). Con respecto a la *esfera nerviosa*, se observan: cefaleas tipo jaqueca, hemicráneas que duran 1 a 2 días para calmar luego. Estado tóxico agregado a una alteración del simpático que repercute en el sistema neuro-endócrino. Se observan neuralgias (intercostales, artralgias, etc.), pasajeras que desorientan al médico, pues no aparece causa evidente que las justifique.

El diagnóstico, además de los antecedentes, lo haremos por el tacto. El nos dará: útero móvil y en buena posición, a lo sumo ligeramente agrandado por la congestión, pero sin síntomas inflamatorios.

Los fondos de saco laterales y el Douglas son dolorosos sin le-

siones ostensibles, quejándose la enferma de dolor violento a la presión y sensación nauseosa; por su parte el médico percibirá al tacto cierta pastosidad en los fondos de saco laterales que no pasará inadvertida para una mano acostumbrada. El dolor no está en relación con lo que se toca—Una maniobra útil resulta poner a la enferma en posición Trendelenburg. que vacía la pelvis, si en estas condiciones repetimos el tacto, notaremos con sorpresa que es bien tolerado por la paciente, incluso podremos empujar el Douglas sin provocar dolor; dicha maniobra nos permite afirmar el diagnóstico de varicocele pelviano.

—¿Por qué se produce? Recuerden que existe una meso y una periflebitis y que los filetes nerviosos se encuentran comprimidos por los sacos ingurgitados; vaciando estos con la posición de Trendelenburg no prolongarán ya la compresión efectuada por nuestro dedo hasta los filetes mencionados, los que, por otra parte, están generalmente afectados de neuritis.

Distinguiremos el varicocele pelviano de las anexitis y pelviperitonitis porque aunque den también dolor, estas últimas van siempre acompañadas de síntomas inflamatorios, flujo, "pous-sees", brotes pelviperitoníticos, etc.

Tratamiento

La diatermia, los masajes, el barro radioactivo, etc.,- han fra-

casado. Dentro del terreno quirúrgico, la ignipuntura del ovario y la resección cuneiforme han pasado ya a la historia.

El único tratamiento eficaz en la actualidad es el quirúrgico que obre sobre el factor mecánico y congestivo, ligadura y resección a nivel del pedículo útero-ovárico. Yo completo la operación (sabiendo la relación que existe entre el varicocele pelviano y la ovaritis escleroquistica) resecando además de la vena, la arteria y nervio, evitando así la circulación de retorno y suprimiendo el elemento dolor ovárico.

Esta intervención no compromete el funcionamiento del ovario, por cuanto hemos operado con éxito enfermas que luego

han sido embarazadas. Suprimimos, pues, el desagüe venoso por el plexo pampiniforme (se hará por vía hipogástrica). Es una Operación sencilla.

Existen otros procedimientos que ligan por separado las venas del ligamento ancho, pero dadas las numerosas anastomosis que allí existen, se forman con frecuencia hematomas y la operación arriesga no ser completa.

Para el factor distrófico, tratamiento opoterápico al mismo tiempo y después de la intervención quirúrgica, no descuidando un tratamiento específico en los casos que así lo sugieran.

De "El Día Médico" de Buenos Aires.

Precocidad y Frecuencia de la Neuro-Sífilis Sus formas clínicas más habituales

Por Mariano Alurralde y Marcelino.). Sepich í de Buenos Aires)

El voto sancionado por el Tercer Congreso Nacional de Medicina, reunido en esta ciudad del 8 al 18 de julio de 1926. en el cual la subsección de Neurología y Psiquiatría recomienda a las autoridades sanitarias lleven datos estadísticos sobre la frecuencia de la neurasífilis y la relación que pueda tener con los métodos de aplicación de los nuevos remedios, nos ha inducido a continuar nuestro estudio en ese sentido, trayendo hoy a esta Conferencia Latinoamericana un voto semejante para todos los países.

En efecto, de todas las formas clínicas de la infección sifilítica, la neurosífilis es quizá la más interesante.

El conocimiento y estudio de los síndromes a que da lugar, de aspecto franco a veces, o a menudo de tipo silencioso o larvado, ofrecen al práctico un interés considerable.

Las complicaciones nerviosas de la sífilis eran consideradas antes como secuelas alejadas de la infección, pero desde hace trece o catorce años más o menos, su frecuencia es mucho mayor, como lo atestiguan con la elocuencia de los números, nuestros documentos estadísticos, así como su precocidad muy grande, coincidiendo todo ello con el empleo de los arsenobenzol es,

El punto de partida de nuestras observaciones fue el siguiente:

Empezamos a ver con sorpresa sujetos que nos relataban haber tenido su lesión inicial con o sin manifestaciones cutáneas y mucosas del período secundario, que fueron tratados muy precozmente con los arsenicales, con resultados al parecer brillantes, y que presentaban luego diversas formas de sífilis nerviosa.

Los accidentes iniciábanse poco tiempo después del uso de la sal de EHRLICH.

Desde ese entonces (1915) señalábamos constantemente a la consideración de nuestros colegas, numerosos y elocuentes casos de sífilis nerviosa precoz a raíz de la salvarsanoterapia.

Ya se presentaban formas psicopáticas, convulsivas o paráliticas de tipo cerebral o parapléjicas y mielomalacias por lesiones infiltrativas o básales.

Puestos así sobre la vía de una observación constante desde tantos años, los casos se han multiplicado, siendo frecuente encontrar la neurosífilis hoy, seis u ocho meses después del chancro, en enfermos que fueron tratados por el salvarsán los unos antes que aparecieran manifestaciones secundarias, los otros mientras las presentaban, o tenían todavía accidentes de sífilis

nerviosa desarrollados en forma casi aguda en pleno tratamiento arsenical, en sujetos con tipos atenuados o fijados clínicamente en apariencia.

Resultarla así que el arsénico, considerado como un remedio específico y esterilizante, limpia admirablemente las mucosas y la piel, cicatriza rápidamente el chancro; la reacción de WASSERMANN, índice seguro de la infección, se vuelve negativa en la sangre, el mal parece haber sido conjurado y el resultado es la aparente curación.

Como la punción lumbar no ha sido practicada a objeto de conocer el índice o la norma del tratamiento a seguir — método que la mayoría de los prácticos no utiliza — el enfermo se abandona o continúa un tratamiento sin dirección mayor.

Los accidentes da neurosífilis no tardan en presentarse.

Las estadísticas sobre punción lumbar, en efecto, demuestran que la infección específica es habitualmente intensa en el sistema nervioso y ella acompaña a las lesiones cutáneas, mucosas o viscerales, casi paralelamente.

Durante las dos primeras semanas que siguen al chancro, se sabe que no existen alteraciones del líquido cefalorraquídeo, apareciendo en cambio, como expresión de reacción meníngea precoz, frecuentemente en el curso de la tercera semana, la hipertensión del líquido medida al manómetro, sin signos clínicos meníngeos.

En el período secundario, cuando los accidentes cutáneos y mucosos han llegado al máximo de desarrollo, la reacción meníngea se acrecienta y se añade a la hipertensión una linfocitosis.

Como las lesiones se inician en un tejido de delicada histoarquitectura, resulta la complicación más grave y a menudo rebelde, pues radica en centros de cuya integridad dependen funciones de correlación y de sinergia en la vida psicológica de relación o vegetativa.

Las investigaciones realizadas desde hace 12 años por múltiples observadores en Francia y Alemania, encuentran la espiroqueta en la intimidad de las lesiones nerviosas cíclicamente la sífilis adquirida o de la heredo-sífilis. Así se no-

ta en efecto la presencia del parásito de SCHAUDIN no sólo en los vasos y las meninges: él se encuentra -señalado en el parenquima cerebral por RANCKE, PONSILLE. Otros indican su presencia en las células endodermarias y periependimarias, habiéndose hallado en la sífilis adquirida y en la heredo-sífilis el canal del epéndimo dilatado, sus células más numerosas y aumentadas de volumen, formando montones superpuestos o nodulos llenos de parásitos.

Estos autores deducen un concepto en la nosología general de la sífilis, del que participamos. El epéndimo y la glía ontogénicamente provienen del ectodermo; ello explicaría luego la relación casi constante entre las lesiones nerviosas y las manifestaciones cutáneas y mucosas del período inicial, en concomitancia y paralelismo con las alteraciones del líquido cefalorraquídeo.

Estas lesiones pueden organizarse lenta e insidiosamente., sin que ningún síntoma las denuncie al exterior, constituyendo la "faz preclínica de las determinaciones nerviosas de la sífilis", expuesta magistralmente por RAVAUT, NONNE y otros, y que a punción lumbar puede revelar.

Ahora bien, ¿a qué sería debida la frecuencia actual o terciarismo anticipado?

Nuestra observación personal coincidía en señalar un tratamiento arsenical sistemático a

dosis llamada curativa sin previa mercurialización.

Así, dos o tres gramos de salvarsán después de un chancro seguido raras veces de inyecciones de preparados mercuriales insolubles, constituían el tratamiento con la cura inmediatamente habitual de los accidentes. El enfermo generalmente abandona su terapia por indolencia o falta de una seria insistencia del médico tratante, que no hace ninguna indicación sobre la necesidad de una punción lumbar que fije normas al tratamiento ulterior y al pronóstico; podríamos citar centenas de casos en esta forma.

Si posteriormente el específico presenta cualquier accidente de sífilis nerviosa por erupción, verá al que trató su lesión inicial, práctico o sifilógrafo.

Unos enfermos por ignorancia, los otros, sólo sospechando las relaciones existentes, concurren luego a los servicios de neurología con las más diversas formas de sífilis nerviosa.

SICARD, RAVAUT y otros, en la reunión neurológica de 1920. empiezan recién a señalar las relaciones de la neurosífilis precoz, con la salvarsanoterapia, insuficiente a veces o empleada a dosis llamada curativa en otros casos, como único tratamiento.

Últimamente la Oficina Internacional de Higiene Pública, dirigió una circular haciendo una encuesta sobre la frecuencia de la tabes y la P. G. P. después de los nuevos tratamientos.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Nuestro propósito en esta corta exposición ha sido llamar una vez más la atención sobre la importancia de este problema terapéutico que encierra la salvasanoterapia a dosis insuficientes, o en muchos casos exclusiva y sistemática, en dosis llamada curativa, hecho que señalamos por vez primera entre nosotros desde varios años y que en el presente podemos concretar en un estudio estadístico que nos revelará su frecuencia y formas clínicas que afecta.

Este estudio estadístico comprende nuestras observaciones desde el año 1914 en el Hospital Rawson hasta la clausura de dicho Hospital en el año 1924, las que fueron continuadas en la cátedra de Neurología del Hospital Ramos Mejía desde el 29 semestre de 1924 hasta el año 1927, en que se clausurara el Hospital Ramos Mejía, siendo continuadas hasta el presente en el Hospital

Rawson. En suma catorce años de observación.

Pasando a comentar el cuadro estadístico general, resultaría que en un total de 11.000 enfermos examinados, encontramos un total de 2.000 enfermos neurosifilíticos. Este número está representado gráficamente por una línea que en insensible ascenso llega a un porcentaje cada vez más elevado, pues del 14.15 % en el año 1915 se eleva al 18% en 1918, en 1922 al 24.20%, en 1925 al 21.67 % y en 1927 al 21 %, observándose en estas tres etapas un aumento progresivo.

Un examen más minucioso de la estadística nos demuestra que algunas formas clínicas permanecen cuantitativamente las mismas, como por ejemplo la correspondiente a la neuritis, radiculitis, etc. y las meningomielitis y mielitis agudas y crónicas sifilíticas.

Otras formas, como el reblandecimiento cerebral, con .síndro-

me de hemiplejía izquierda, de 1.65 se elevan a 3.90. La hemiplejía derecha con afasia por reblandecimiento cerebral y arteritis primitiva, de 1.65 se eleva al 4%.

La tabes y la parálisis general progresiva presentan un aumento más seriamente creciente: así la tabes, de 2.59% en 1915, se eleva en 1918 al 2.60%, en 1922 al 4.23 %, en el año 1925 al 5.10 % y en 1927 a 5 %; es decir un alarmante crecimiento, en esta forma, del 50 %.

Lo mismo podríamos decir de la parálisis general, cuyo crecimiento es sensiblemente casi el doble, pues de 1.55 % en 1916, llega en 1925 a 2.30 % y en 1927 a 2.60 %, debiendo recordar que esta forma clínica que podríamos llamar neurológica no expresa su crecimiento real.

En efecto, las formas que se traducen desde su iniciación por trastornos mentales un poco bulliciosos, no caen bajo nuestra observación desde que son directamente llevados a los asilos o sanatorios de alienados.

Consultando las estadísticas del Hospicio de las Mercedes, puestas gentilmente a nuestra disposición por el profesor BORDA, encontramos que en el año 1915 el número de parálíticos ingresados representa el 13.428%; en el año 1918, el 17.582%; en 1921, el 14.264% y en 1925, el 14.616 %.

En el Hospital Nacional de Alienados, el número de parálíticas generales representa los siguientes porcentajes: en 1916,

el 0.930%; en 1918, el 1.443%; en 1921, el 1.824 %; y en 1925, el 1.298 %.

CONCLUSIONES

1º—Las manifestaciones clínicas de la sífilis nerviosa, son hoy más frecuentes y más precoces sobre todo en aquellos enfermos tratados exclusivamente con la sal de EHRLICH o en aquellos otros que habiendo hecho un tratamiento mercurial insuficiente, han continuado después con el arzenobenzol en forma exclusiva y sistemática.

2º—La frecuencia de la neurosífilis se eleva en un período de 14 años, del 14.10 al 21 %.

3º—La forma clínica que acusa el mayor porcentaje corresponde al tabes, que se eleva del 2.64 % en 1915, al 5 % en 1927.

4º—Le siguen en frecuencia los síndromes determinados por arteritis regionales: hemiplejía derecha con afasia el 4 %, hemiplejía izquierda el 3.65 %, la parálisis general el 2.60%.

5º—Las otras formas clínicas llamadas neuríticas no acusan sensible elevación.

6º—conviene distinguir, cuando sea posible, en la neurosífilis, aquellas formas que evolucionan hacia la parálisis general o la tabes.

6—Cuando clínicamente no sea posible establecer la diferencia en estos casos, la punción lumbar está prácticamente indicada.

La autouroterapia en el catarro de heno

TRONCHON y G. MARTINAUD expusieron en la *Soc. des Sciences Méd. de Franche-Compté* (sesión del 24 de noviembre de 1930) la observación del primero de estos autores afecto de un catarro de heno sumamente tenaz. Este paso había sido ya tratado con la auto-hemoterapia con resultados mediocres, y después con diez inyecciones intradérmicas de peptona seguidas de intensas reacciones dolorosas locales y una vez un síncope.

Este año intentóse la desensibilización con la autouroterapia, según la técnica de JAUSION, la cual no produce ninguna reacción y no es peligrosa.

El 26 de mayo de 1930 habían comenzado las crisis de catarro de heno, que se iban sucediendo con una intensidad tal, que impedían al enfermo dedicarse a sus ocupaciones.

En pleno período de asma nasal, el 2 de junio recogieron 40 ce. de orina en un recipiente es-

téril, siendo sometido durante veinte minutos a 120°, y después, repartidos en ampollas estériles de 2 a 5 ce.

Decidióse observar una gran prudencia, y en lugar de empezar con dosis de $\frac{1}{2}$ á 1 ce, se comenzaría con $\frac{1}{4}$ de centímetro cúbico. El 4 de junio" inyectóse esta dosis debajo de la piel; el 6 de junio llegóse hasta $\frac{1}{2}$ cc; los días 8, 10 y 12 de junio aumentóse hasta 1 ce; 10 y 12 de junio aumentóse hasta 1 ce; el 14, 2 ce; el 18, el 23 y el 19 de julio, 5 ce, no observándose reacción local alguna, ni fatiga general, ni ningún incidente.

Sólo las dosis de 5 ce ejercieron influencia beneficiosa. En efecto, el 19 de junio tuvo el paciente aún unos veinte estornudos, pero fue la última vez, en tanto que los años anteriores las crisis intensas continuaban hasta octubre. Desde entonces, ni conjuntivitis ni estornudos, a pesar de los frecuentes paseos en pleno

campo, «contactos repetidos con heno recientemente cortado, etc. Consecutivamente a esta comunicación, BIERER ha dicho haber visto curar una urticaria, consecutiva a una disentería amibiana, con el mismo método. MARTINAUD dijo no haber observado nunca incidentes en unos

treinta casos tratados con la autoterapia y haber visto sobre todo un éxito rotundo, -sin ningún régimen, en un caso de eczema solar. Citóse también el caso de un brote intenso y tenaz de deshidrosis de los pies curado con el mismo tratamiento.

Tratamiento de la Enterocolitis Muco-Membranosa

Durante las crisis dolorosas permanecer en reposo en cama, colocando sobre el vientre compresas húmedas y calientes, recubiertas de tafetán y renovadas cada dos horas.

Como alimentación caldo de legumbres.

Dar belladona o atropina por vía bucal:

Extracto belladona 0.01 gramo

Para 1 píldora.

Una cada hora y media hasta que se calme el dolor. A veces es necesario dar 6, 8, y hasta 10 píldoras en las 24 horas:

Sulfato de atropina 0.004

Agua destilada.... 100 grs.

3 a 6 cucharadas de café en las 24 horas.

Cuando resisten los dolores, administrar un enema de láudano: XV gotas; pero el láudano tiene el inconveniente de constipar a estos enfermos que ya de por sí tienen tendencia a la constipación.

Esta última cede, en general, a los aceites de parafina: una cucharada de sopa antes de las comidas; o al aceite de ricino: una cucharada, de postre en la

mañana.

Se puede asociar al aceite de ricino el jarabe de belladona:

Aceite de ricino... 100 grs.

Jarabe de belladona 50 „

Una cucharada de postre en ayunas.

Los granos de lino de psyllium a la dosis de una cucharada de sopa en las comidas, el agar-agar a la dosis de una cucharada de postre o de .sopa, prestan servicio.

Los enemas aceitosos son excelentes; hacer cada dos o tres noches un pequeño enema con 6 o 7 cucharadas de sopa de aceite de olivas tibio y puro, inyectado lentamente.

A estos enemas puede agregarse X gotas de tintura de belladona.

Mientras las causas morales del espasmo no hayan desaparecido, el alimento será en general mal soportado. Se le prescribirá papillas con caldo de legumbres, pastas, purés, compotas, pescados magros, aves, cremas cocidas, pasteles de sémola. (S. R. Journal des Praticiens, 31 de enero 1931),

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 álgicas. 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 popliteo 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:

19—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 úricos lisdina, urecidina, piperarazina, 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 acida; 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 secas, 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 eleve arriba de 7; 5° facilitar el lavado de Jos humores y tejidos por las curas de bebidas y las curas hidrominerales.

C. Litiasis fosfocálcica. Las causas de precipitación del fosfato de cal 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 reducirá el calcio alimenticio, suprimiendo los alimentos más ricos en caí fleche, 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.

Bronconeumonías infantiles

Clínica terapéutica de las bronconeumonías infantiles

Por Bascompte LAKANAL.

(Arch. del Inst. de Med. Práctica, mayo de 1931).

Habitación espaciosa para el enfermito, bien aireada y bañada por el sol; inhalaciones de vapores de eucalipto; ingestión de leche pura o adicionada de café, té, caldo de cereales: líquidos en abundancia; desinfección nasofaríngea con aceite alcanforado al 10 por 100, por ejemplo. Baños con agua a 38° que duren de cinco a diez minutos cada tres horas y paños húmedos fríos -de preferencia sinapizados, aplicados al tórax en el intervalo de los baños.

El tratamiento debe tener una triple finalidad, prevenir la as-

fixia, combatir la infección y tratar los síntomas.

Los bronconeumónicos están anoxémicos, como consecuencia de la obturación de los alvéolos y bronquios más finos por los exudados. Se comprende, por tanto, que un peligro al que están expuestos es la *asfixia*. Los antiguos clínicos trataban de atajarla haciendo que el paciente inhalase el oxígeno que se desprendía de paños empapados en agua oxigenada de 12 volúmenes que se acercaban al rostro de aquél. Muchas veces se alivian con estas inhalaciones los tras-

tornos respiratorios, pero estos buenos efectos ni son constantes ni duraderos, ya que normalmente son necesarios 12 litros de oxígeno por hora para la hematosis normal del hombre y aun más proporcionalmente en el niño, con lo cual se ve la insuficiente cantidad que se administraba. Esto se obvia con los balones que contienen 200 a 7500 litros de oxígeno comprimido a la presión de 30 atmósferas. Para que inhale el enfermo se hace terminar en un embudo, que se coloca cerca de su boca y nariz, el tubo de goma que parte del balón. En todos los casos éste debe ser el método de elección de la oxigenoterapia.

A veces, a pesar de emplearlo de esta manera, es insuficiente la cantidad que se administra y el cuadro sintomático no cambia mucho. En tales ocasiones se recomienda administrarlo por vía subcutánea, practicando la inyección en el tercio medio de la cara externa del muslo y en cantidad que oscila alrededor de 200 cm.

Para que la oxigenoterapia resulte realmente eficaz, debe ser puro el gas utilizado y no contener, como ocurre en algunos balones que suministra el comercio, óxido de carbono. Este gas, sumamente tóxico para el organismo, se reconoce porque enturbia las soluciones amoniaca-les de nitrato argéntico, debido a la reducción de la plata, que llega a depositarse en el fondo del recipiente.

Después de luchar contra la

asfixia, debe el médico luchar contra la *infección*. Para ello se utilizan medios específicos y no específicos. Entre los primeros, están el éter sulfúrico y los metales coloidales.

Éter sulfúrico. — No es -sólo anestésico, antie.spasmódico estimulante y vehículo en el que se disuelven las grasas, sino también antiinfeccioso. Así lo demostró por primera vez Mauricio Lasalle, de Thonon, que en un caso de bronconeumonía, inyectó una -cantidad de éter y vio con sorpresa que mejoraban notablemente los síntomas de la infección. Después hizo aplicación de este líquido sistemáticamente, con resultados no inferiores. También se administra en la coqueluche, sarampión, gripe y tifus. Posología, 1-2 cm. en inyección hipodérmica diariamente. La dosis varía según la edad del niño.

Metales coloidales. — De todas las propiedades -de estos metales la más saliente es la electividad con que obran en ciertas infecciones. Se sabe que en la erisipela es eficazísimo el electroplatinol, en la pústula maligna el oro coloidal, etc. El metal más utilizado en el tratamiento de las bronconeumonias es la plata. La plata coloidal puede ser química (colargol) y eléctrica (felectrargol). La primera se administra en pomada a 15 por 100 por vía .subcutánea, en fricciones, previo lavado y desengrasado de la piel, durante diez minutos. Las regiones más aptas para absorber la plata *son*: las

de piel fina (flexura de los codos, ingle, etc.) Y *es* evidente que se absorbe por esta vía por cuanto se puede comprobar su eliminación por el riñón; en efecto, la orina al cabo de un cierto tiempo aparece teñida en negro, por contener la plata reducida (melanuria medicamentosa) . El electrargol se administra intramuscularmente. Algunos autores proponen la vía intravenosa, pero como se han observado algunos casos en los que se ha producido un choque gravísimo, hay que andar con sumo tiento en su utilización, aparte de que no es siempre factible en el niño. Por la vía muscular se obtiene muy buenos resultados, mas tiene el ligero inconveniente de que son algo dolorosas. Por lo cual se ha propuesto, para sustituir al electrargol, otro

coloide, el dienol (hierro y manganeso) , que, como el anterior, se utiliza intramuscularmente y es completamente indoloro.

Y veamos, ahora, los medios específicos, con que cuenta el médico para combatir la infección. Son dos: el suero y la vacunación. Con la primera, se procura al organismo una inmunización pasiva. Se ha empleado el suero antineumocócico por haberse hallado el neumococo en el exudado de algunos bronconeumónicos (Congreso de Pediatría de Laussanne). Debe ser polivalente, como el preparado por el Instituto Pasteur, de París. Se utiliza a dosis masivas: 40-80 cm. Comúnmente da buenos resultados, pero cuando si organismo no responde al suero antineumocócico, será útil añadir al último unos 20-30 cm. de

suelo anti-estreptocócico. De todas maneras, si aun con esta adición la infección no mejora al cabo -de unos días, debe abandonarse el tratamiento.

. *Vacunoterapia.* — Hoy en día disponemos de muchas vacunas, relacionándose esta abundancia con la de los hallazgos bacteriológicos en los exudados pulmonares de bronconeumónicos. Hay autores que dicen que las bronconeumonías de la infancia son determinadas por un solo germen: neumococo o estreptococo o enterococo. Otros, por el contrario, creen que el morbo es ocasionado por una flora bacteriana rica en enterococos y focilos diftéricos, según han comprobado por el análisis de las secreciones faríngeas. De todos modos, las bronconeumonías de germen diftérico tienen un sello especial; el enfermo está asténico, tiene la facies grisácea, fisuras en las comisuras labiales y en los surcos auriculares y he-patomegalia dolorosa.

Las vacunas más usadas son las de Duchon, Minet, Weill y Dufour. La primera -contiene, neumococos, estreptococos, estafilococos y bacilos de Pfeiffer, bacilos diftéricos, colibacilos y piociánicos (la piocianasa acrece la actividad de los otros gérmenes) . Se conoce en el comercio con el nombre de Vaelydun y nosotros estamos encantados de los resultados obtenidas. La de Minet contiene neumococos, estreetococos, estafilococos y bacilos piociánicos. Y

tetrágenos. neumococos, estafilococos, enterococos la última. No son aplicables en el niño recién nacido, ni en el período inicial de la infección.

Sero y vacunoterapia no son incompatibles y se pueden utilizar al mismo tiempo. D'AElnitz ha visto descender en 20-30 por 100 los casos mortales en niños de menos de dos años tratados con sueros y vacunas.

Si nada de lo que hemos dicho ha ido bien, si es una forprolongadas la que tenemos ante nosotros. Queda aun un ultimo heroico el absceso ce fijación, ppopuesto por Fochier.. Sólo hay que remarcar aquí la sensibilidad del niño a la esencia de trementina, por lo que se recomienda no dar más que X, XV o XX gotas asociadas a dos veces su volumen de aceite.

Tratamiento sintomático

Cumple tres indicaciones: tónica, expectorante y diurética. Nosotros lo vamos a resumir en una sola fórmula:

Polvo de hojas de digital
estabilizadas30 cg\
Agua hirviendo 150 g.
Infúndase, cuélese y añádase;
Tintura de nuez de kola . . 10 g.
Infusión de estigmas de
maíz..... 100 g.
Jarabe de Desessartz 30 g.

Este jarabe contiene ipecacuana en forma atenuada para no ser emética y sí sólo expectorante.

Finalmente hay que retener una noción, la de la frecuencia de las suprarrenalitis en ésta, como en todas las infecciones, de donde se deduce la indicación de administrar enemas de 100 ó sólo 50 cm. cúbicos de suero glucosado que contenga una solución de adrenalina al milésimo.

El tratamiento expuesto, apli-

cado sistemáticamente con discernimiento y perseverancia, puede arrancar muchas veces al niño de las garras de la muerte, y no hay empresa más notable que ésta, que rescatar para la Vida al Padre del Hombre, al Heraldo del Porvenir, como lo ha llamado el filósofo.

AUROTHERAPIA

La práctica de la auroterapia en los tuberculosos

La terapéutica áurea de la tuberculosis, algunos la emplean con demasiada desenvoltura y otros, temerosos por la publicación de frecuentes y numerosos accidentes de los que es responsable, no se atreven a proporcionar los beneficios de la misma a sus pacientes. A pesar de los resultados las más de las veces inesperados y de los peligros—algunos de ellos evitables y por demás raros si, se siguen nuestros consejos—la crisoterapia es un arma a menudo eficaz y siempre sin peligro.

Se admitía, hasta ahora, que el oro, para ser activo, debía estar

necesariamente ligado al azufre. Se relacionaba este hecho con la unión indispensable del arsénico con una molécula de benzol en los remedios antisifilíticos. Por esto, en todos los preparados más corrientemente usados de sales de oro (sanoerisina, tiocrisina, crisalbina, etc.) por la vía venosa, y alocrisina por la muscular, el oro se halla ligado al azufre. Mas, en una sesión relativamente reciente -de la *Sociedad de Terapéutica de París*, Pedro Reynier presentó casos en las que había obtenido resultados sumamente satisfactorios, utilizando im compiejo de oro en el cual

no figura el azufre. Su composición es como sigue: una metal - amina a la cual quedan fijas: de un lado yodo; de otro lado los metales, bien alcalinotérreos (calcio o estroncio), bien pesados (oro o cadmio). Tal cosa lo hizo sin accidente. El autor concluyó que la acción de la auroterapia no se debía a la del azufre, ya que no lo contiene la preparación, y que los accidentes ocurridos con los otros preparados se debían, sin duda alguna, al azufre. Esta cuestión queda pendiente de estudio.

Los autores han empleado sucesivamente la sanocrisina intravenosa y la alocrisina intramuscular. Actualmente utilizan sólo esta última: tiopropanol sulfonato doble de oro y sodio de A. Lumiére, substancia blanca, soluble en el agua.

En este caso el metal aurífero está ligado directamente al azufre. No es sino después de numerosos ensayos, con otros productos, que se han decidido a emplear definitivamente la alocrisina. Esta posee las mismas ventajas de los otros compuestos, y no ofrece los inconvenientes de todos los medicamentos de aplicación intravenosa.

Técnica. — La técnica es la de todas las inyecciones intramusculares: se verifica en el punto elegido, en plena masa muscular.

Incidentes. Accidentes. Complicaciones. — Los fisiólogos, como han empleado repetidas veces el oro por la vía intravenosa, han publicado trabajos muy

interesantes sobre un número extraordinario de accidentes: reacciones generales impresionantes, albuminorrea masiva, diarreas rebeldes, ictericia sanocrisal, amilosis rápidas, hemoptisis, accidentes nerviosos, desarreglos sensoriales, accidentes de las mucosas (estomatitis), cutáneos" (eritemas, eritrodermias (Bezancon), púrpura hemorrágica (Dumarest), prurito, urticaria, dermatitis eczematiformes, granulomas anillares, erupciones liquénicas (Gougerot, Sa-yé), melanodermias generalizadas, accidentes llamados áúneos por Leboeuf y Mollard. Jacob y Dourdey observaron un caso de agranulocitosis por la crisalbina. Hacen constar la incompatibilidad del arsénico en la forma de anhídrido arsénico, con la quimioterapia áúrica (aurotiosulfato) que sería la causa de muchos accidentes nerviosos, y advierten que todos estos accidentes han sido observados en el tratamiento áúreo intravenoso.

También han observado accidentes empleando la alocrisina intramuscular, pero, en todo caso, son menos numerosos, menos frecuentes, menos violentos y menos rebeldes. ¿Cuáles son éstos?

Reacción local: ninguna. A veces, al día siguiente de la inyección, una clara reacción focal de tipo exudativo: aumento de los ahogos en número y volumen, aumento de la expectoración que seguidamente disminuye y se dirige hacia el me jo-

ramiento. En un paciente, uno o dos comprimidos de hiposulfito de magnesio (conocidos en el comercio por *Emge*) terminaban esta reacción. Otro hecho digno de tomarse en cuenta: estas enfermedades han parecido beneficiar más que las otras del tratamiento. Esta reacción focal en los pulmones debe relacionarse con las relaciones focales pasajeras descritas por Jeanselme y Burnier en los atacados de lupus tratados por el oro.

En fin, una *reacción general*: elevación térmica, la principal, la más frecuente. Una joven, desde el día siguiente de una inyección de 0.05 g., reacciona a 39; otra la propia noche de la inyec-

ción de 0,02 g., la eleva a 39.4 cuando su temperatura no excedía de 37.G. Generalmente, a pesar de ello, sólo se observa una elevación térmica de algunas décimas (y sólo en las primeras inyecciones), que puede durar varios días, pero, en la generalidad de los casos, es mucho más efímera.

Al lado de estos incidentes de gravedad relativa — pero a pesar de todo dignos de ser recordados, pues pueden ser la causa de la interrupción, bien momentánea, bien *sine* del tratamiento — se han observado accidentes y complicaciones más graves, que son, por orden de frecuencia: la diarrea y la albumi-

norrea (personalmente jamás hemos observado albuminorrea con la aiocrisina, pero conocemos algunos casos: albuminorrea ligera, transitoria, provocada por el aumento de la dosis). Para comprenderlos, es indispensable recordar que:

1. El oro se elimina más pronto por el sano que por el enfermo.

2. Esta eliminación es mucho más importante en el primero que en el último: en el primero un 60 por 100, en el segundo un 40 por 100.

3. Esta eliminación en el enfermo es lenta y prolongada. Aun existen vestigios ocho meses y medio después de un tratamiento.

4. El oro se elimina un 80 por 100 en la orina, y un 20 por 100 en las heces (hay también indicios en la expectoración).

El oro se deposita en todos los órganos, pero sobre todo en los riñones. "Es admisible, dice Molgard en su tesis, que situándose en las visceras, la sal primitiva se descompone y se convierte en tóxica.

¿Y el azufre? ¿Qué ocurre con el azufre?

Todos conocen sus propiedades congestivas. Por esta razón

está contraindicado en ciertos hemoptoicos. Tal vez sea la causa de las epistaxis y jaquecas observadas por el autor.

En algunos enfermos aparecen accidentes cutáneos leves: urticaria, eritemas fugaces, que a veces pudo curar mezclando la aiocrisina con solución de hiposulfito de magnesio (E. M. G. E.) en lugar y vez del suero. Pocos pacientes sufrieron dolores articulares el día de la inyección y grandes sudores. Algunos adelgazaron. En fin, señala la extraordinariamente fuerte reacción febril observada después de la primera inyección de una segunda serie, en los enfermos que toleraron y se beneficiaron grandemente de la primera serie.

Contraindicaciones. Absolutas.

— En todo enfermo que no tenga intactas las vías de eliminación el tratamiento está contraindicado. Examinarlo cuidadosamente, indagar sus antecedentes, explorar atentamente el valor funcional de su hígado y de sus riñones, separar todo sujeto con albuminorrea aun ligera, intestino más o menos débil, insuficiencia hepática aun benigna. La sensibilidad renal por las sales de oro, de un lado, la pre-

ferencia electiva del riñon por el oro, de otro lado, son clásicas. Insiste en lo referente al riñon porque aquí resta el peligro.

El hígado funciona siempre -de modo intenso a causa de la labor máxima de su función antitóxica; en las formas hiperevolutivas y úlcero-caseosas graves hay siempre alteración profunda del parénquima hepático: degeneración grasosa y aun a veces amiloide (Villaret asocia la inyección del extracto hepático a la de las sales de oro). Por lo tanto, están contraindicadas dichas sales en las formas infecciosas.

Todo paciente con inflamación del intestino revelada por constipación alternando con diarrea, y más si esto es permanente, debe exceptuarse del medicamento. Para Bonnamour y Beruay, la diarrea post-áurica será la rúbrica de una lesión bacilar intestinal.

También está contraindicado el tratamiento en los enfermos que no presenten una resistencia local o general suficiente. En las formas graves, en los enfermos caquéticos, no enérgicos, el tratamiento, lejos de mejorar su estado, a menudo le agrava. El medicamento es de-

masiado fuerte para el enfermo muy débil. Las formas agudas, fuertemente evolutivas, neumónicas, bronconeumónicas, congestivas, hemoptoicas y septicémicas no permiten el uso del medicamento. En fin, contraindicación absoluta para los diabéticos (Villaret, Justin Bezancon).

Relativas. — La edad del enfermo y la de la enfermedad. En general, el enfermo anciano y el ancianamente enfermo no obtienen grandes ventajas de las sales de oro. Tienen ambos, las más de las veces, vías de eliminación frágiles y ¡os predisponen a los accidentes áuricos.

Debe interrumpirse el tratamiento en un individuo que presente, desde las primeras inyecciones, una reacción, bien fecal, bien general, que se prolongaría, o un accidente cualquiera.

Indicaciones. — La indicación óptima es, sin duda alguna, la lesión reciente, débilmente evolutiva, en el enfermo joven, ya con lesiones bilaterales, ya unilaterales, y en las que no se puede practicar al neumotórax.

A pesar de todo, puede ensayarse el tratamiento y a veces con éxito, para obtener una reacción (Continuará),

Informe del Presidente de la Asociación Médica Hondureña Dr. Salvador Paredes P.

Señores:

Cumplo con el deber de informar a la Asociación Médica, la labor realizada por la misma, durante el año que hoy termina y en que he tenido el honor de presidirla.

Desde el día primero de noviembre, fecha en que tomé posesión del cargo que hoy entregaré, se presentaron a la consideración de la Sociedad, una serie de proposiciones que tuvieron el privilegio especial de realizarse todas en el transcurso del año, y aun más de lo que esperábamos.

Fue así como en la sesión celebrada por la Asociación el 6 de diciembre, la comisión encargada al efecto, presentó su proyecto de Plan de Estudios de Medicina más apropiado para las necesidades actuales que el plan que nos rige. Fue nombrada una nueva comisión para estudiar dicho Plan, y al presentar su dictamen fue discutido ampliamente hasta llegar a armonizar las diversas opiniones y formular el que fue enviado al Congreso y allá patrocinado por los diputados miembros de la Asociación. En la sesión ordinaria de enero fue presentado por la comisión respectiva un Proyecto de reformas al reglamento actual

del Hospital General que llena en un todo las aspiraciones del cuerpo médico y estudiantil. En sesiones subsiguientes fue discutido, aprobado y enviado al Ministerio de Gobernación para el trámite correspondiente.

Tanto en el primero como en el segundo proyecto se estableció que la opción a cátedras y servicios hospitalarios debe ser por concursos rigurosos de competencia para estimular y alentar, a los profesionales, para levantar el nivel científico de la Escuela y Hospital.

Solicitada la Asociación Médica por los estudiantes de Medicina, a fin de que emitiera su opinión respecto al restablecimiento del examen general privado, aquella respondió afirmativamente por unanimidad de votos.

En febrero la Asociación hizo una solicitud al Congreso Nacional pidiendo se derogara el Arancel Médico de 1893.

Se solicitó también al Congreso Nacional la fusión en una sola de los establecimientos Hospital General y Asilo de Indigentes, con rentas propias para su desarrollo y prosperidad.

La Asociación dio su dictamen, a la solicitud del Ministerio de Gobernación sobre el plano para

la nueva Sala de Operaciones del Hospital General.

Cuando ocurrió el cataclismo pavoroso de Managua, la Asociación estuvo presta a enviar allá una comisión de su *seno*, que, con la ayuda del Gobierno, llegó a ofrecer SILS servicios al de Nicaragua.

La Confederación de Sindicatos Médicos de Pachuca, Méjico, envió una atenta invitación a la Asociación Médica para entrar en relaciones amistosas y científicas, respondiéndoles de la manera *más* cordial, y aceptando la invitación.

Informada la Asociación por el Decano de la Facultad de Medicina de una resolución de la Corte Suprema de Justicia, sobre la facultad concedida a los Médicos para ejercer la profesión de Farmacia en lugares donde hubiese farmacéuticos titulados, la opinión unánime fue de que tal resolución era un atropello para los farmacéuticos; que la Asociación miraba con el mayor disgusto y que pediría una aclaración o reforma al artículo de la ley de Farmacia y Código de Instrucción para deshacer el entuerto.

En una sesión ordinaria se acordó invitar a la Juventud Médica para que asista a las confe-

rencias científicas que aquí se dictan.

En la sesión de octubre la Sociedad eligió ja Junta Directiva que ha lanzado a la consideración de los electores para regir los destinos de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Durante el año que hoy termina se dieron varias conferencias, que fueron del agrado general. Ellas abrieron el ciclo permanente de trabajos Médicos, y despertaron un entusiasmo inespereado entre los socios, hoy deseosos de prestar a la sociedad su contingente intelectual y material. Fueron las siguientes por orden de fechas:

Doctor Pom pillo Romero en diciembre, sobre Asueroterapia.

Doctor Ricardo D. Alduvín, Aparato Circulatorio completo con un esquema, en febrero.

Doctor Salvador Paredes, en mayo, Ovaritis escleroquística primitiva,

Doctor Ricardo D. Alduvín, en junio, Sistema Nervioso Bulbo y Médula.

Doctor Héctor Valenzuela, en agosto, Tratamiento del Paludismo por la quinina y electrargol.

Doctor Julio Azpuru España, en septiembre, Colerín.

Doctor Salvador Paredes, presenta un caso operado de Menin-

gócele, en un ninito de tres meses.

Doctor Manuel Lar los, en octubre, Diagnóstico Radiológico de la Tuberculosis pulmonar.

Durante el mes de octubre, la Sociedad celebró una sesión ordinaria y seis extraordinarias, para emitir dictamen sobre el Arancel Médico que envió la Comisión Permanente del Congreso Nacional, y que será discutido en las próximas sesiones del mismo.

Ingresaron este año como socios activos de la Asociación, los doctores: José Jorge Callejas, Rafael Martínez, Rubén Andino Aguilar, Guadalupe Reyes, Cornelio Moneada, Abelardo Pineda, Francisco Valle M., Rafael Rivera Lanza y Gabriel R. Aguilar,

Veintitrés socios fueron sacados por no cumplir con las obligaciones estipuladas en los estatutos, y uno expulsado por atropellos a la moral Médica.

La Revista Médica Hondureña, órgano cfe la Sociedad, salió con la mayor puntualidad durante todo el año, a pesar de la crisis que azota al país, y a pesar de la pereza enorme de los colaboradores.

Ha recibido un canje abundan-

te de varios países americanos y algunos europeos.

Se ha pagado su costo y no debe un centavo.

Señores:

El día que tomé posesión de la Presidencia de la Sociedad, fue un día de amargura. Comprendí la difícil tarea que me encomendabais y temí fracasar en ella. Dudé de todos; creí que el espíritu de Asociación iba a evaporarse como el espíritu de todas las nobles causas, en este escarnecido y pisoteado país; pero no; os entrego una Sociedad pujante, entusiasta y encarrilada con elementos valiosos que lejos de abandonarla le brindan la flor de sus energías y actividades; limpia de individuos tramposos, haraganes e inmORALES.

Por eso al entregar la Presidencia a mi sucesor Doctor Valenzuela, siento toda la amargura de hace un año, trocada en la mayor dulzura de mi vida.

Salvador PAREDES P.

Tegucigalpa, noviembre 7 de 1931.

NOTAS

TOMA DE POSESIÓN.—El día ocho del mes próximo pásalo tomó posesión de su cargo la nueva Directiva de la ASOCIACIÓN MEDICA HONDURENA y el personal de esta Revista. El nuevo Presidente doctor Valenzuela, en

nombre de los demás miembros ■de la Directiva y en el suyo propio, dio las gracias a los colegas que tan mercedamente lo han escogido para regir los destinos ■de nuestra Sociedad,

CONFERENCIA. — En la misma sesión nuestro Director dio su anunciada conferencia sobre SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO, ilustrada con un modelo en alambre que representa el Istmo del Encéfalo, Bulbo, Médula y nervios.

A dicha conferencia asistieron algunos alumnos de medicina, y las señoritas de la Escuela Técnico Práctica que cursan Anatomía y Fisiología con el distinguido profesor, doctor don Julio Aspuru España.

VIRUELA CONFLUENTE. — Hemos sido desagradablemente sorprendidos con la presencia de algunos casos de la temible enfermedad en esta capital. Si ya en los países civilizados se considera como una vergüenza la aparición del pavoroso flagelo, no sabemos cómo ha podido dejarse invadir por ella en plena capital.

La vacunación sólo en los momentos de peligro es insuficiente, como se ha demostrado en el presente caso. La única manera de impedir que aparezca, es el seguido en Alemania en que es casi absolutamente imposible la vida ciudadana sin estar vacunado. En dicho país nadie puede ingresar en una escuela, ni llegar al ejército, ni contraer matrimonio, ni votar, ni viajar, ni contratar matrimonio si no está vacunado.

Nuestras autoridades sanitarias están en el deber ineludible de evitarnos la vergüenza y el peligro de que padezcamos de viruela que tan fácilmente puede ser evitada.

PRÓXIMA CONFERENCIA. -- En la sesión que debe celebrarse el primer sábado de este mes dará una interesante conferencia sobre Tuberculosis el distinguido Médico Antonio Vidal M.

HERMANAS DE LA CARIDAD. — Quizás uno de los poquísimos países en donde nunca habían regentado Hospitales Zas Hermanas de la Caridad es el nuestro. Felizmente ya nuestro primer centro de Beneficencia cuenta con seis Hermanas, que sin duda alguna vendrán ya que no a remediar totalmente, por lo menos a disminuir el desastre pavoroso en que se encuentra y que es debido no sólo a nuestra crónica desorganización si no también a la medida inconsulta de disminuir a cuarenta y tres centavos la cuota que el presupuesto señala a cada enfermo.

Nosotros esperamos que Ja ¡legada de las Hermanas al Hospital y el aumento del Presupuesto de nuestro primer centro de Beneficencia contribuirán a hacer de éste, ya no el recinto del dolor y la privación, sino un verdadero centro de caridad en donde por lo menos las dolores físicos tengan alivio.

Miembros de la Asociación Médica Hondureña

En Tegucigalpa

Socios honorarios	
1 Dr. V. Mejía Colindres	18 Dr. Magín Herrera
2 Miguel Paz Barahona	19 Dr. Carlos Pinel h.
3 Dr. José María Ochoa V.	20 Dr. José Manuel Dávila
Socios activos	
4 Dr. Camilo Figueroa	21 Dr. Manuel G. Zúñiga
5 Dr. José Ramón Durón	22 Dr. Romualdo B. Zepeda
6 Dr. Salvador Paredes	23 Dr. Abelardo Pineda U.
7 Dr. Ramón Valladares	24 Dr. Pastor Gómez
8 Dr. Ramón Reyes Ramírez	25 Dr. Isidoro Mejía h.
9 Dr. Antonio Vidal	26 Dr. Ricardo Alduvín
10 Dr. Héctor Valenzuela	27 Dr. José Jorge Callejas
11 Dr. Tito López Pineda	28 Dr. Samuel Molina Gómez
12 Dr. Alfredo Sagastume	29 Dr. Robén Andino Aguilar
13 Dr. Marco Delio Morales	30 Dr. Ernesto Argueta
14 Dr. Trinidad E. Mendoza	31 Dr. Humberto Díaz B.
15 Dr. Manuel Larios Córdova	32 Dr. Aristides Girón Aguilar
16 Dr. Julio Aspurg España	33 Dr. Guillermo Bustillo Oliva
17 Dr. M. Castillo Barahona	34 Dr. Miguel A. Sánchez
	35 Francisco Valle
	36 Rafael Rivera Lanza

En los departamentos

37 Dr. Isidoro Acosta.....	Progreso
38 Dr. Pío Suárez.....	Yoro
39 Dr. Pompilio Romero.....	Olanchito
40 Dr. Guadalupe Reyes.....	Progreso
41 Dr. José Martínez O.....	San Pedro Sula
42 Dr. Presentación Centeno.....	" " "
43 Dr. Román Bográn.....	" " "
44 Dr. Manuel Morales.....	" " "
45 Dr. Cornelio Moncada.....	" " "
46 Dr. Rafael Martínez V.....	La Lima
47 Dr. Manuel Cáceres Vijil.....	" "
48 Dr. Juan V. Moncada.....	La Ceiba
+ 49 Dr. Francisco A. Matate.....	" "
50 Dr. Tulio Castañeda.....	" "
51 Dr. Gregorio A. Lobo.....	Catacamas, Olanchito
52 Dr. Juan F. Majirena.....	Dahli
53 Dr. Carlos J. Pinel.....	Choluteca
54 Dr. Manuel Corrales.....	San Marcos de Colón
55 Dr. Francisco Guillén Aguilar.....	" " " "
56 Dr. Gustavo Boquín.....	Comayagua
+ 57 Dr. Lorenzo Cervantes.....	La Paz
58 Dr. J. Miguel Zacapa.....	" "
59 Dr. Adán Bonilla Contreras.....	Marcala
60 Dr. Rafael Muñoz Cabañas.....	Matsitaca, Gracias
+ 61 Dr. Luciano Milla Cisneros.....	Santa Rosa de Copán
62 Dr. Ramón López Cobos.....	" " " "

63	Dr. Marco Antonio Rodríguez.....	Santa Rosa de Copán
64	Dr. Domingo Rosa	Ocotepeque
65	Dr. Virgilio Rodezno.....	"
66	Dr. Emigdio Mena.....	Santa Bárbara
67	Dr. Guillermo Pineda.....	Trinidad, Santa Bárbara
68	Dr. Ricardo Aguilar.....	Quiriguá, Guatemala
69	Dr. Arturo Zelaya Z.....	Tela
70	Dr. J. Jesús Casco.....	"
71	Dr. Grabiél A. Izaguirre.....	La Ceiba
72	Dr. Manuel L. Aguilar.....	Choluteca
73	Dr. José Leonardo Godoy.....	París
74	Dr. José Antonio Peraza.....	↔