

Revista de Revistas

Resúmenes del canje

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS.—Año 1, N6. 1, mayo de 1943

Algunos resultados del Tratamiento de los Estados Siéntales y Emocionales por el Shock Eléctrico. Por Foster Kennedy (F. K. S. E.) y Benjamín Wiesel, de Nueva York

En el presente artículo los AA. examinan los méritos de la convulsoterapia eléctrica en los estados mentales y emocionales.

Hacen el estudio en pacientes ambulatorios (con excepción de 2 de los 48 tratados). Los pacientes eran hospitalizados dos horas, los días de tratamiento.

No hacen estudio de la técnica de administración por haberlo hecho en artículos anteriores, pero recuerdan la conveniencia de sobreextender el dorso de los pacientes y de sujetarles de los hombros, crestas ilíacas, brazos y piernas.

Administraron los tratamientos tres veces por semana. Las recaídas eran comunes al suspender los shocks al iniciarse la mejoría.

Hacen notar que el shock eléctrico, solo excepcionalmente, provoca temor. No hubo accidentes en los casos tratados.

De los 48 tratados, 36 eran depresiones del tipo cíclico o asociadas con la menopausia. 5 casos se clasificaron como equivalentes maníaco ^depresivos. 5 eran antiguas esquizofrenias y 2, neurosis de angustia.

Los mejores resultados se obtuvieron con respuestas convulsivas. Mejoraron más rápidamente los pacientes con depresiones agitadas. El tratamiento influye muy favorablemente sobre la fase depresiva, pero no modifica el carácter básico cíclico de la enfermedad. De los 36 pacientes con depresión cíclica o menopáusica, en 24 desaparecieron los síntomas; 9, se mejoraron bastante; 3, se mejoraron poco y 1 no mejoró.

De los cinco casos de equivalentes maníaco-depresivos, 3 se mejoraron mucho; 1 no mejoró y 1 quedó sin síntomas.

De los de neurosis con angustia crónica, 1 mejoró mucho y el otro no mejoró.

Las cinco esquizofrenias tratadas constituyen un grupo . muy pequeño para sacar conclusiones, pero los resultados fueron concordantes con los obtenidos en otras partes. La electroterapia chocante puede modificar ciertos estados catatónicos y modificar favorablemente la conducta de los esquizofrénicos, no afecta significativamente el curso de la enfermedad.

Concluyen: "El tratamiento por el shock eléctrico, es el tratamiento específico elegido actualmente para los ataques cíclicos de depresión. Su valor en el tratamiento de las neurosis crónicas y la esquizofrenia es menos alentador en nuestro pequenísimo grupo de casos, pero la realización de algunas curas de alivio tempora-

rias, o alivio de los síntomas en estas condiciones, prueban el acierto de esta manera de atacarlas.

Debe recordarse también el marcado poder de este tratamiento en casi todos nuestros casos para abolir los pensamientos obsesionantes y compulsivos, como ejemplo, la torturante preocupación de los números (que se ven u oyen diariamente) y abolir los estados emocionales obsesionantes como los celos infundados e irrazonables, y en dos mujeres los delirios paranoicos de infidelidad por parte de sus maridos, que aparecen tan frecuentemente durante la menopausia."

R.A.C.

REVISTA ARGENTINA-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS
MEDICAS. Año 1, N.º. 2. Junio de 1943

Estado actual de la Terapéutica Endocrina en Ginecología, por Samuel H. Geist y Udall J. Salmón. Hospital Mount Sinai. Nueva York

En la introducción a su trabajo los AA. hacen notar que los últimos 10 años han presenciado el crecimiento y desarrollo de la hormono-terapia en ginecología. La inmensa literatura de esos 10 años pone al clínico frente a un laberinto de hechos y teorías de difícil interpretación. Escriben: "Debemos comprender que para el médico práctico las observaciones clínicas no son más valiosas que las teorías, aparte de lo ' científicas que puedan ser estas últimas, o cuan grande es la autoridad de los que las sostienen." Recuerdan el factor con que no cuentan los que experimentan con animales de laboratorio y substancias químicas inanimadas: "Este factor es la psiquis. Desde tiempo inmemorial se reconoce que la mente influye sobre el funcionamiento del cuerpo. Este concepto en medicina ha sido revivido y destacado recientemente, por los psicoanalistas que han designado esa relación como psicósomática. Nuestros propios estudios en colaboración con psicoanalistas, parecen indicar que las relaciones psico-somáticas desempeñan un rol considerable en los desórdenes funcionales ginecológicos correlacionados con el sistema endocrino sexual." "Este factor X debiera ser tenido en cuenta al considerar el resultado final de nuestros problemas terapéuticos."

El Síndrome de la Menopausia.—La disminución o supresión de la actividad ovariana tiene como resultado un aumento de la hormona gonadotrópica en la orina y sangre. Esa hiperactividad hipofisaria se puede disminuir por la administración de diferentes esteróles sexuales. Sin embargo, el significado de la hiperactividad gonadotrópica de la hipófisis en relación con la sintomatología de la menopausia permanece oscura y desde el punto de vista práctico clínico no hay correlación entre el número e intensidad de los síntomas y los valores de la hormona gonadotrópica en la orina. Al llegar la menopausia cesa la excreción de estrógenos por parte de los ovarios, pero queda una excreción de estrógenos de origen todavía no bien determinado (probablemente suprarrenal o digestivo). La falta de los estrógenos ováricos provo-

ca desequilibrio en el sistema autónomo. Hay también cese de la producción de progesterona, pero aparentemente sin manifestaciones clínicas. Las mujeres normales excretan sustancias andrógenas y esta producción no se modifica en la menopausia o después de ooforectomía bilateral.

Como las hormonas producidas por los ovarios provocan cambios morfológicos vaginales y endometriales y la extirpación de los ovarios provoca también cambios endometriales y vaginales y se ha demostrado que esos cambios pueden ser puestos de manifiesto por el frotis vaginal, se tiene en este último método una guía diagnóstica y un índice para la comprobación de los resultados de la hormonoterapia.

Los cambios hormonales de la menopausia llevan asociada un trastorno autónomo que abarca los sistemas cardiovascular, neurovascular y gastrointestinal. Se asocia inestabilidad emocional variable. En colaboración con los psiquiatras Samuel Atkin e Isidore Silverman, los A.A. han hecho las siguientes observaciones: a), que la intensidad de los síntomas menopáusicos está influenciada por los factores psíquicos; b) el estado psíquico influencia los resultados de la hormonoterapia; c) algunos casos "refractarios" presentan trastornos psíquicos o emocionales que hay que tener en cuenta cuando no responden a la terapéutica hormonal.

Es de gran valor diagnóstico el frotis vaginal y dado que su técnica no emplea más de tres minutos y puede hacerse en el consultorio, es un procedimiento que se recomienda con entusiasmo. Permite referir al síndrome menopáusico variedad de trastornos funcionales que preceden a veces con mucho a la aparición de la amenorrea.

Las necesidades de estrógenos varían en cada caso particular y en el mismo caso de un momento a otro. Como se trata de una terapéutica sustitutiva se requiere, en general, su uso prolongado. Para este efecto los autores han obtenido los mejores resultados con la implantación subcutánea de cristales de alfa estradiol y benzoato de alfa estradiol. Estos productos, sin embargo, no existen en cantidad suficiente para la práctica clínica diaria. Para, la administración parenteral los AA. encuentran que el benzoato de estradiol y la estrona tienen efectos muy similares, pero que el estradiol tiene ventajas teórico-prácticas sobre la estrona. El benzoato y dipropionato de estradiol provocan un efecto rápido y llamativo que ayuda a levantar la moral de la enferma.

El médico debe familiarizarse con los equivalentes de las diferentes formas de unidades. (Unidad Internacional, Unidad Rata y peso de la hormona cristalizada) para saber en cada caso las cantidades administradas, ya que las diferentes casas comerciales valoran sus productos en diferentes formas.

La vía - oral puede usarse como vía de mantenimiento una vez que la parenteral ha llevado gran mejoría o desaparición de los síntomas. El elevado costo de cantidades suficientes para obtener buenos resultados hacen que sea de uso limitado. El etinil-estradiol es más barato y más potente, pero todavía no está al

alcance de los médicos. Tiene el inconveniente de provocar náuseas y vómitos. Es sintético estilbestrol, es también muy activo y de poco costo. Sin embargo, no es tolerado por un porcentaje considerable de enfermas, y en otras, la dosis tolerada es insuficiente para obtener buenos resultados. Puede usarse como medicamento de sostén. El sulfato de estrona, aunque parece eficaz, no ha sido suficientemente estudiado. La solución de estradio en glicol de propileno también puede usarse (administración sublingual) como medicamento de sostén. La vía percutánea tampoco es conveniente usarla como vía inicial ya que los resultados clínicos se hacen esperar algunos días.

La administración profiláctica de estrógenos tiene dificultades en la menopausia natural por la variabilidad individual de la respuesta a los cambios que ocasiona aquella y porque generalmente hay una sobreproducción de estrógenos al acercarse la misma. El valor profiláctico de los estrógenos en la menopausia quirúrgica o por rayos X lo han probado los AA. en series con control. El método de elección sería el de la implantación subcutánea.

Entre los trastornos urinarios post-menopáusicos los AA. han usado durante 7 años la terapéutica por estrógenos con buenos resultados, excepto en aquellos casos que ofrecían una evidente lesión anatómica (cisto-uretrocele), en los que habían sido objeto de uretroplastias y colporragias anteriores; en los que habían sufrido vulvectomías por craurosis de la vulva y en las enfermas en estado avanzado de senectud. Explican la acción de los estrógenos por un aumento de la irrigación sanguínea de los tejidos alrededor de la base de la vejiga y muscularis vaginal, con restitución del tono de esas estructuras y posiblemente con restitución del tono esfinteriano. Creen que es probable que la inconstancia de los trastornos urinarios en la época post-menopáusica se debe, a que muchas mujeres continúan excretando estrógenos muchos años después de la aparición de la menopausia, y que en otras, los estrógenos endógenos (de origen suprarrenal) evitan que se presenten las síntomas.

En los casos de prurito vulvar el ginecólogo debe excluir las vulvitis, consecutivas a vaginitis o endocervicitis, diabetes, melitos, pediculosis, irritaciones químicas, psoriasis, herpes o dermatitis alérgica. El prurito va con frecuencia acompañado de craurosis y leucoplasia. Si se comprueba por medio del frotis vaginal la insuficiencia estrogénica hay que iniciar la terapéutica de sustitución. Cuando hay lesiones avanzadas con ulceración y marcada atrofia conviene hacer la biopsia para excluir el carcinoma. Para los autores no hay prueba de las acciones carcinogénicas de los estrógenos en la mujer.

La acción estromimética del propionato de testosterona es de interés científico, pero de poca o ninguna utilidad en la terapéutica práctica de la menopausia. Las dosis muy altas provocan cambios parecidos a los de los estrógenos sobre la mucosa vaginal, pero no modifican el endometrio. La terapéutica endrógena está

indicada en el síndrome menopáusico: lo., en pacientes con síntomas menopáusicos que menstrúan todavía o tienen menorragia o metrorragia; 2o., en pacientes con síntomas menopáusicos aliviados parcialmente por los estrógenos y en los que estos aumentan la irritabilidad nerviosa; y 3o., en pacientes preocupadas por la metrorragia que ha producido la medicación estrógena.

(Continúa en el siguiente resumen)

REVISTA ARGENTINO NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS. Año I, No. 3, Julio de 1943.

Estado actual de la Terapéutica Endocrina en Ginecología, por los Drs. Samuel H. Geist y Udall J. Salmón

Meno-metrorragia funcional.—El crecido número de teorías para explicar el síndrome han producido gran confusión en el práctico. Durante los diez últimos años se han ensayado numerosas formas de hormonoterapia. Ninguna teoría correlaciona de manera adecuada los hechos **clínicos**, morfológicos y hormonales. Y a falta de base científica concluyente los AA. se refieren a un plan terapéutico que han encontrado eficaz el 90% de los casos, aproximadamente.

Los casos de Meno-metrorragia endocrinopática los clasifican los AA. desde el punto de vista clínico en: lo., Menorragia o metrorragia de las niñas; 2o., Menorragia o metrorragia de las jóvenes, asociada con dismenorreas y/o con el cuadro de tensión premenstrual; 3o., Menorragia y/o metrorragia de las mujeres de la quinta o sexta décadas (premenopáusica).

Las pacientes son siempre sometidas a examen físico general, incluyendo metabolismo basal y recuento globular. Si hay menorragia se hace biopsia de endometrio en período de secreción. Si hay metrorragia se hace curetaje. Si del resultado de los exámenes se concluye la presencia de un cuadro hiperestrogénico se hace terapéutica con andrógenos. Si por el contrario hay hipoestrogenia, se usan estrógenos y se combinan con progesterona. Si el metabolismo basal es bajo se da tiroides y una dosis suficiente de hierro, ya que existe anemia de manera casi invariable. Hay muchos casos de fibromas submucosas o adenomiosis uterina sin aumento de volumen del útero que habrá que temer mucho cuidado en **diagnosticar**, sobre todo en los casos en que el curetaje y la hormonoterapia han fracasado.

De su larga experiencia derivan los AA. la seguridad de que los andrógenos tienen un puesto definido en la terapéutica de la menometrorragia funcional y que los inconvenientes que han llevado a algunos autores a proscribirlos se derivan de una mala dosificación.

En los casos graves creen que debe iniciarse el tratamiento con 250 mgs. el primer mes, a dosis fraccionadas, trisemanales al principio y bisemanales después. Si se obtiene mejoría se dan 200 mgs. el segundo mes y si hay mejoría se dan 100 ó 150 mgs. el tercer mes.

En los casos moderados se administran 150 a 200 miligramos el primer mes, a dosis fraccionadas y la mitad o los dos tercios de la inicial el mes siguiente. Si después de varios meses de normalidad se presenta metrorragia se deberá iniciar un nuevo ciclo de dos meses. Las biopsias de endometrio y vaginal controlarán la terapéutica.

Dismenorrea funcional (Endocrinogénica).—El diagnóstico de la dismenorrea funcional presupone clínicamente la ausencia de enfermedad orgánica pelviana de la que la dismenorrea puede ser un síntoma. Hay tres teorías etiológicas de la dismenorrea funcional: 1o. Insuficiencia de progesterona, permitiendo sin obstáculo la libre acción de la hormona estrogénica sobre el miometrio; 2o. La producción excesiva de estrógeno, de la que resulta una hiper-motilidad de la musculatura uterina; y 3o. Desequilibrio del balance andrógeno-ginecógeno con predominancia de los factores ginecógenos que llevan a un trastorno de la miodinámica uterina.

Desde el punto de vista práctico de la terapéutica, dividen los casos de dismenorrea endocrinogénica en dos grupos: 1o. El tipo hipo-ginecogénico caracterizado por oligomenorrea o hipoplasia uterina o por ambos síntomas; y 2o., El tipo hiperginecogénico, con uno o más de los siguientes síntomas: **Blenorragia**, tensión premenstrual y mastalgia premenstrual. En el primer tipo están indicados los estrógenos por la vía subcutánea, administrándose durante las primeras semanas del ciclo. Se usan dosis de 10 a 20.000 U.R., tres veces por semana, decreciendo después si **hay** mejoría. Con esta terapéutica (la cual debe prolongarse unos seis meses), se obtienen resultados que se mantienen varios años. En el segundo tipo se han empleado con éxito los andrógenos a la dosis inicial de 25 mlgrs. de propionato de testosterona, tres veces por semana, disminuyendo después la dosis en un 50% para suspenderla después de varios meses. No parece que la prolongación de este tratamiento produzca fenómenos arrenomiméticos.

Tensión Premenstrual.—Considerando que en la etiología de estos trastornos se encuentran un exceso de estrógenos se ha aconsejado su eliminación por medio de purgantes drásticos, o el uso de cloruro de amonio como diurético.

Se ha aconsejado también su tratamiento con progesterona y por irradiación de la hipófisis. Los AA. han aconsejado los andrógenos, usando 25 mlgrs. de propionato de testosterona, intramuscular, dos veces por semana. La dosis se disminuye a 35 mlgrs. y después, a 10 mlgrs. una vez por semana. Después de algunos meses se puede cambiar a la vía oral. Y en las mujeres que no mejoran se pueden aconsejar 5 mlgrs. diarios de metil testosterona.

Mastopatías pre-menstruales.—Están en relación posible y probable con la estimulación mamaria excesiva provocada por los estrógenos y la progesterona. Su tratamiento por medio de andrógenos, a las mismas dosis y en la misma forma que la tensión premenstrual, se ha mostrado satisfactoria. Los andrógenos actuarían **o disminuyendo la producción de estrógenos y progesterona o**

por acción directa sobre las mamas contrarrestando los cambios vasculares provocados por los ginecólogos.

Inhibición de la lactancia.—En las mujeres que no desean amamantar puede evitarse la fluxión dolorosa de las mamas, administrando después del parto andrógenos o estrógenos. Se puede usar dipropionato de testosterona intramuscular en dosis total de 200 mlgrs, repartidos en unas cuatro dosis fraccionarias de 50 mlgrs. dadas diariamente. Se puede usar la vía oral. Entre los estrógenos se puede usar el benzoato de estradiol, el dipropionato de estradiol y el estilbestrol.

Amenorrea Funcional.—Aparte de la clasificación etiológica científica de las amenorreas funcionales, los AA. hacen una clasificación clínica más útil para el práctico: Amenorrea asociada con hipotiroidismo y sin signos morfológicos de insuficiencia estrogénica, la cual se trata por medicación tiroidea a la que hay que añadir en ocasiones algunas dosis de progesterona. Amenorrea asociada con obesidad, la cual con frecuencia se corrige con la sola reducción de peso y en la que también en ocasiones hay necesidad de emplear progesterona. Amenorrea asociada a los signos morfológicos de Insuficiencia estrogénica, grupo en el que se necesita una terapia cíclica con estrógenos y progesterona, administrando estrógenos a dosis suficiente tres veces por semana las dos primeras semanas; la tercera semana se agrega progesterona a los estrógenos y la cuarta semana se da sólo progesterona. Estos ciclos podrán repetirse varios meses y comprobar los cambios de mucosa vaginal. En la amenorrea asociada con el síndrome arrenomimético habrá que descartar en primer lugar la existencia de tumores arrenogénicos. Cuando está indicada la terapéutica por ginecólogos se hará según el caso con estrógenos, progesterona o ambos. Hay varios aspectos psíquicos de la amenorrea, algunos de ellos de causa hormonal indirecta a través de transformaciones somáticas, tal la pérdida del goce sexual y dispareunia, por disminución o ausencia de las secreciones vaginales.

Aspectos endocrinos de la esterilidad.—La esterilidad endocrina debe de diagnosticarse a través de un cuidadoso diagnóstico diferencial. Hay que investigar después si existe hipotiroidismo, hipogonadismo o anovulación. En el primer caso está indicada la medicación tiroidea, en el segundo el uso cíclico de ginecólogos y en la menstruación anovular se carece de investigaciones hormonales suficientes.

Insuficiencia ovárica primaria? Insuficiencia de producción gonadotrópica de antero-hipófisis ? Hay experiencias dispares en cuanto al éxito del tratamiento por gonadotropinas. Los autores creen que han obtenido una estimulación gonadotrópica por medio del uso combinado de andrógenos y estrógenos y existen observaciones experimentales que apoyan esa manera de ver.

Tratamiento de la frigidez en la mujer.—Se admite en general que a la frigidez es esencialmente psicógena en origen y desarrollo. Estudios recientes se refieren a un grupo de casos de **frigidez por desequilibrio hormonal: a) Casos asociados a insuficien-**

cia estrogénica, y b) Casos asociados con trastornos somáticos y ginecológicos. Después de determinar que la frigidez pertenece al tipo endocrino hay que valorar el estado estrogénico de la paciente. Si hay déficit de estrógenos se deberá hacer tratamiento intensivo con estrógenos, a los que se añade ,más tarde andrógenos. En algunos casos los resultados sólo se mantienen con la medicación de sostén androgénica.

Valor de los diferentes tipos de terapéutica andrógena.— Los autores comentan brevemente las diferentes vías de la medicación andrógena. Por la vía oral es eficaz la metiltestosterona- La vía- percutánea puede usarse, pero tiene poco valor. Las soluciones en glicol propileno para administración sub-lingual, pueden usarse para tratamientos de sostén; son económicas y de simple uso. La cutánea de andrógenos, les hace pensar que ella tiene poco o ningún valor terapéutico y que tiene además el peligro de la sobredosificación.

REVISTA ARGENTINA-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS.—Año 1, No. 4 Agosto de 1943.

La política de la Alimentación en el mundo de la Post-Guerra, Por el Prof. Dr. Pedro Escudero. (Traducción del resumen).

En el Tercer Congreso Internacional de la Alimentación, llevado a cabo bajo los auspicios de la Liga de las Naciones (14 de octubre de 1939) y presidido y organizado por el autor, les expuso el punto de vista del Instituto Nacional de Nutrición acerca de los Problemas fisiológicos, económicos y sociales de los países.

Estas doctrinas fueron sostenidas en el Libro intitulado "La Política Nacional de la Alimentación en la República Argentina" 1939, por el Prof. Escudero, quien sostenía que: "Los lazos económicos que mantienen la unión de los hombres y que se sintetizan en la frase "Capital y Trabajo", deben ser sustituidos por lazos biológicos sintetizados en la siguiente idea: La formación, conservación y rendimiento de la vida de un hombre y de su familia debe de asegurarse por el rendimiento de trabajo del jefe de la familia. Debe garantizarse la alimentación normal". El Profesor Escudero llama alimentación normal, la que perpetúa el carácter del individuo y de la especie a través de varias generaciones.

Mantiene que la desnutrición crónica en varias generaciones modifica substancialmente todo el cuerpo y cambia su. moral, de tal manera que los delitos más repugnantes aparecen como acciones normales.

La salud social se mide por el vigor de la clase media.—Esta clase se origina de la parte más selecta de la clase baja, y así transformada, se convierte en la simiente y el cimiento de la sociedad. Alimentación normal, trabajo seguido del descanso suficiente, habitación, vestido, recreación y cultura, constituyen las necesidades mínimas de una sociedad bien organizada.

El Sr. R. A. Scott Jones, editor del diario oficial "Inglaterra hoy día," en un artículo intitulado "El Posible Imposible" (No. 84,

octubre de 1942), explica los esfuerzos que se han hecho para colocar a las Islas Británicas en condiciones apropiadas para desarrollar los máximos esfuerzos hacia la victoria.

Los ingleses han tenido que abandonar muchos modos convencionales de vida y de pensamiento. El pago de los trabajadores se basaba solamente en las necesidades básicas de los receptores considerando el costo de la vida, sus necesidades, y ofreciendo una remuneración apropiada por la habilidad técnica que posean. Es decir, mantiene el Profesor Escudero, "que la remuneración deberá asegurar la formación, conservación y rendimiento de la vida.

Sir John Orr, en un artículo titulado "El Frente Alimenticio en la Gran Bretaña", habla de lo que se ha hecho para obtener lo que parecía imposible; desde el cambio de las costumbres dietéticas hasta la utilización de las pequeñas parcelas de tierra. La producción relacionada con sus necesidades y bajo la guía especial de un juicio verdaderamente económico y dietético ha permitido a la Gran Bretaña la transformación de su población y sus industrias y la terminación de una gran tarea. Las ideas del Profesor Escudero, pues, se han llevado a cabo.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS.—Año I, Nos. 5 y 6, septiembre y octubre de 1943.

Un análisis del "Método Kenny" para el Tratamiento de la Parálisis Infantil, por el Dr. A. Brucé GH1. (Traducción del Resumen).

Recientemente se ha sostenido que el método Kenny, es mundialmente famoso", pero su fama no es el resultado de una investigación científica seria, sino casi enteramente el resultado de una publicidad organizada. Esta publicidad es ciertamente peligrosa y, al final de cuentas, la única víctima es la gente.

Se ha proclamado que el método es "único", "original", "revolucionario" y "fundamentalmente diferente" de los hasta ahora prevalentes en el tratamiento de la parálisis infantil. Sus seguidores adelantan argumentos que se pueden describir mejor como dialécticos, que como resultados de una observación racional científica.

En este artículo intentamos examinar si las ideas y principios de este tratamiento son realmente originales o si son idénticos a aquellos en que se basa el tratamiento clásico. Aunque nuestro conocimiento de la enfermedad es aún indudablemente incompleto, es un hecho reconocido desde hace largo tiempo el de la diversidad de sus manifestaciones. Sin embargo, las ideas de Kenny acerca de espasmos, incoordinación y "alienación mental" no son nuevas y los principios de la reeducación muscular son prácticamente los mismos a los proclamados hace muchos años por Lovett.

"Los síntomas, como los señala la señorita Kenny y como los hemos observado nosotros, son principalmente: 1o. En los músculos afectados hay espasmo; 2o. Esos músculos se acortan; 3o.

Con frecuencia hay incoordinación; 4o. Con frecuencia el paciente pierde el uso de los músculos no afectados porque los enfermos tiran a los sanos de su lugar de descanso y los mantienen en esa posición tirante a través de su constante espasmo; 5o. Los músculos no afectados con frecuencia rehusan la contracción debido a alienación mental. Es necesario aclarar que el método Kenny no está en discusión con ningún otro método de tratamiento de la parálisis infantil, por la sencilla razón, de que sus principios fueron ideados para el tratamiento de hallazgos específicos que aparecen en el estadio agudo de la enfermedad, los cuales nunca se habían reconocido antes de los trabajos de la Srita. Kenny. Casi todos los esfuerzos de tratamiento por los otros métodos se han dirigido a la prevención de las deformidades, generalmente por medio de entablillados e inmovilización, en vez de tratar las condiciones que afectan al músculo, las cuales son las que causan las deformidades (Pohl, J. A. M. A., Apr. 25, 1942, p. 1429). Continúa considerando al "espasmo" como la característica principal de la enfermedad y establece que es el hallazgo más dañino para el músculo en la poliomiélitis anterior aguda, independientemente de la presencia o ausencia de parálisis. Establece, además, que el método Kenny se basa en la creencia de que en añadidura a la inflamación aguda del sistema nervioso central "hay también un proceso inflamatorio en el músculo, y que el espasmo es la característica más visible de ese proceso".

Y también el espasmo podría hasta indicar una inflamación del músculo, ya que el proceso aparece con el comienzo de los síntomas de la enfermedad y si no se trata progresa hasta que el músculo está reducido a una masa fibrosa inextensible. El acortamiento de los músculos debido al proceso espasmódico es la causa de las enfermedades". (Colé, Pohl, Knapp, pp. 9 y 10).

Consideremos lo establecido en los últimos tres párrafos ya que ellos contienen los principios básicos del método Kenny. En primer lugar, se nota que los autores hablan de los músculos "afectados" y no de músculos debilitados o paralizados y ponen énfasis en que el espasmo es la característica principal y más dañina de la enfermedad independientemente de la paresia o parálisis de los músculos. Me ha dicho un Cirujano Ortopedista que visitó la Clínica Kenny en Minneápolis y que se ha convertido en un ardiente sostenedor de los métodos Kenny, que es hasta recientemente que la Srita. Kenny se ha visto obligada a admitir que puede existir una parálisis primaria. Ella desaconseja el uso de cualquier método de pruebas musculares para determinar la presencia de paresias o parálisis. Se dice, sin embargo, por los autores citados anteriormente que "en una infección severa se destruyen suficiente número de células de las astas anteriores, desde un principio, como para que se produzcan parálisis flaccidas; y que el tratamiento para esta circunstancia no tiene ningún resultado en la prevención de la parálisis". Esta parálisis flácida completa debe de investigarse por algún método de pruebas musculares, aunque

se nos diga que no se hacen ningunas pruebas. En lo que puedo entender de lo que ellos dicen, los músculos "afectados" son aquellos que presentan evidencia de espasmos. Desde luego, sólo los músculos que tengan fuerza total o parcial, v. gr.: los músculos normales o parésicos, o los músculos debilitados pueden responder a estímulos nerviosos exagerados o presentar espasmo y exageración de los reflejos. ¿Cómo, entonces, se puede determinar si un músculo en espasmo es normal o parcialmente paralizado a menos que se haga alguna prueba de la fuerza muscular? Aparentemente ellos asumen, que todo músculo con evidencia de espasticidad está "afectado" por la enfermedad y que se paralizarán a menos que la espasticidad se elimine por el método Kenny. Dicen ellos que el espasmo continuado "reduce el músculo a una masa fibrosa inextensible". Aparentemente el mismo destino les toca a estos músculos que el que les toca a los que sufren de parálisis flácida, completa primaria, producida por la destrucción de las células de las astas anteriores. Pero todos nosotros (inclusive los autores citados) somos familiares de que en varios tipos de parálisis espásticas, el espasmo muscular continuo existe por muchos años sin reducir los músculos enfermos, al estado que ellos describen. Para explicar la diferencia entre los dos casos, ellos suponen que la parálisis infantil es "un proceso inflamatorio intramuscular, del cual el espasmo es la característica más distintiva". Por consiguiente, el método Kenny se dirige contra la supuesta inflamación del músculo, ya que se establece que el espasmo es el único síntoma o característica de la inflamación base.

La inflamación muscular no existe, ya que nunca ha sido comprobada. El espasmo es completamente de naturaleza refleja, y tampoco se ha comprobado que el espasmo continuo debilite al músculo. Por consiguiente ellos han falseado el concepto ortodoxo de que el espasmo se debe a inflamación o irritación del sistema nervioso central y que las parálisis residuales en los músculos afectados por la parálisis infantil, se debe al debilitamiento o destrucción y "pérdida funcional" de las células anteriores de las astas; o, como se ha enseñado desde hace tiempos, debido al estiramiento continuo y debilidad consecutiva de las fibras (musculares, independientemente de su conexión con el sistema nervioso central.

La consideración más importante no es la del espasmo, sino la de la debilidad o parálisis de los músculos, porque el sobreestiramiento y el grado de parálisis dará el pronóstico del estado del paciente para el resto de su vida. El incidente espasmódico de la parálisis infantil desaparecerá, pero la parálisis puede persistir; y con frecuencia lo hace.

Como todos sabemos, cualquier lesión que envuelve los centros cerebrales o sus neuronas eferentes causa espasmo. Además, la sobreexcitación del arco reflejo o periférico puede reducir el espasmo, en tanto que los centros espinales estén aptos para funcionar. La existencia de una condición espasmódica en la parálisis espinal infantil no fue reconocida por primera vez por la Señorita Kenny. Es una antigua enseñanza.

El dolor observado en la parálisis infantil aguda puede contribuir a la espasticidad. Según Schwartz, el espasmo es una manifestación refleja. El mismo autor dice: "Cuando la fuerza bajo el impulso voluntario aumenta por el tratamiento, decrece la espasticidad".

Esto nos conduce a confirmar lo racional del tratamiento clásico, vis, la inflamación del sistema nervioso central y la irritación y excitación del arco periférico o reflejo se tratan mejor por el reposo absoluto, tanto anatómica como fisiológicamente. El método Kenny se pone acorde con esta enseñanza ortodoxa, pero desacredita la "inmovilización", y sin embargo, mantiene al niño acostado sobre la espalda o el abdomen, y lo manipula con suavidad y lo mueve lo menos posible. La hermana Kenny desacredita el entablillamiento, y sin embargo, mantiene las extremidades en la posición neutral hace largo tiempo recomendada. Así pues, ¿cuál es la diferencia entre el tratamiento clásico y el de la hermana Kenny? Aun más: la originalidad y singularidad del método Kenny para el tratamiento de la parálisis infantil, tanto en su fase aguda como crónica, consiste en la aplicación de paños calientes. Desde tiempos inmemoriales el calor se ha aconsejado como tratamiento útil en la parálisis infantil, tanto en el estadio agudo como el de convalecencia. Lo mismo puede decirse de la reducción muscular en la cual la única diferencia entre el método Kenny y el ortodoxo o standard es la introducción del término "alienación mental" para expresar la pérdida del control mental del impulso motor (Incoordinación). Debe de tenerse en cuenta que en los métodos standard u ortodoxo se aconseja principiar la reeducación inmediatamente después que ha pasado la fase de agudeza, es decir, tan pronto como los movimientos de las articulaciones y las contracciones musculares lo permiten sin que aparezca* dolor. Durante este tiempo no ha habido tiempo para el paciente para haber comenzado movimientos agudos o sus sustitutos. Para este propósito se necesita la concentración mental del paciente, el "control que el método Kenny adopta como original". Los proponentes del método Kenny anunciaron que la verdadera contribución de la Srita. Kenny era la de un nuevo tratamiento para la parálisis infantil, con una concepción nueva de la enfermedad, absolutamente diferente a la de antaño, la cual puede sintetizarse del modo siguiente: "Los músculos flácidos son normales. La pérdida de la habilidad para contraerse es debida a una disociación funcional (alienación) del sistema nervioso. La habilidad para contraer voluntariamente los músculos que no funcionan, vuelve solamente después de que se relaja el espasmo de los oponentes y se restaura cuidadosamente a los músculos los poderes de conducción nerviosa. Las parálisis debidas a muerte celular se presentan pero no son frecuentes. La mayor parte de los supuestos debilitamientos se deben a espasmos no tratados y a la falta de uso de los músculos disociados. Las deformidades no se presentan. Las que resultaban de los viejos métodos se debían a espasmos musculares no tratados".

Continuará.