

Contribución al estudio de la vacunoterapia de las infecciones de origen gonocócico

Por A. Jaubert y P. Goy.

Los autores comienzan su trabajo señalando que la vacunoterapia de origen gonocócico tiene numerosos partidarios y algunos detractores. Afirman que cuantos hechos mencionan en su trabajo, son producto de sus observaciones personales durante cuatro años y del aporte clínico y científico de más de trescientos médicos franceses, en su mayor parte urologistas.

Los fenómenos de inmunización, adquirida por una primera infección de gonococos, son, según los autores, mínimos y pasajeros, de aquí la dificultad de la formación de anticuerpos gonocócicos y por tanto una inmunidad artificial poco sólida y durable. Este método (vacunoterapia) es para ellos un medio y no un fin. Los éxitos y fracasos dependerán para los mismos, del antígeno utilizado, del organismo infectado y de la posología instituida.

No insisten en el estudio del modo de preparación de las vacunas, dan preferencia a su fórmula del "Gonagne", que contiene a mas de cuerpos microbianos, una antitoxina muy bien tolerada.

Señalan la importancia del sujeto a inmunizar y las reacciones a que pueda dar lugar. No todos los organismos dan reacciones saludables y de igual va-

lor. La sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo y ciertas taras son causas de una inmunidad reciente. Un fracaso y aun fracasos sucesivos no deben ser causa para condenar un **método**.

Los autores entienden que existen de un 20 a un 30 por ciento de individuos incapaces de realizar con éxito una inmunización activa a pesar de ser bien conducida.

La posología tiene aquí, importancia capital: del instante de intervención, de la dosis inyectada y de la vía de introducción de la vacuna pueden depender la curación o la agravación de la infección.

Ellas emplean la vacunoterapia en los distintos períodos de la blenorragia (abortivo, agudo y crónico), así como en las complicaciones de la misma.

En período abortivo: J. Mook y otros autores estiman conveniente asociar la vacunoterapia al tratamiento por el argirol seis inyecciones subcutáneas de vacuna, comenzando por un cuarto de ce. hasta 1 ce. Una cada tercer día. Recomiendan también los autores la vacunoterapia después de un coito sospechoso, antes de la aparición del menor signo clínico.

En período agudo: Se impone la vacunación en este período, si

ella, Dr. Telemaco Sucini, gloria de la ciencia médica Argentina. En esta aula, el Prof. Llambías, desarrolló una labor edificante y concienzuda, que vino a llenar vacíos que su antecesor no puso llevarlos a cabo, por su avanzada edad y porque el tiempo y los escasos medios de que dispuso, le cohibieron para llevarlos a término.

Cuando estudiábamos allan, en las riberas del Plata, en la docta ciudad de Buenos Aires, nos dimos cuenta de cómo trabaja un sabio tras el secreto de la ciencia, para arrancar verdades que la juventud ha de conocer en seguida.

El Prof. Llambías reconstruyó el Instituto TELEMACO SUCINI, al cual dio amplitud para que sus laboratorios pudieran contener en su seno el mayor número de estudiantes, que en su afán de aprender, jamás faltaron tras el sabio Maestro.

—Deja también un bien organizado museo de piezas Anatómico Patológicas, que según el decir de muchos Médicos del propio Buenos Aires, es orgullo y único en América; trabajo que honra la personalidad de aquel ilustre desaparecido y que queda allí, para decir a las generaciones futuras, de la labor de que fue capaz un sabio y patriota como él

Fue asimismo, el Dr. Llambías, un ciudadano ejemplar que en diferentes ocasiones ocupó puestos de gran importancia en Buenos Aires; intendente Municipal de la misma, en cuyo puesto también deja rastros que lo recordarán siempre como un progresista.

En medio de todo esto, jamás abandonó su aula, en donde siempre estuvo con todo tesón trabajando por la humanidad.

Hoy quizá con la desaparición del Maestro Llambías, llegarán a la cátedra como titulares, los Dres. Roffo Elizalde, Brochetto Brian, quienes con el desaparecido hacían la enseñanzas de ésta, en su carácter de Profesores Suplentes, lo mismo que el Prof. Mosto, que igualmente dicta cursos libres de Anatomía Patológica en el Hospital **Ramson**, y tío quien el Prof. **Llambías** tenía conocimiento y a la vez aplaudía a dicho joven Profesor.

En esta hora de dolor intenso, quiero que lleguen a la familia **Llambías**, con especialidad la ejemplar amigo Dr. Alfredo del **mismo** apellido, quien también es ya una promesa para la tierra del Plata, un distinguido Cirujano, mis frases de sincera condolencia.

Pastor Gómez h.

SÍFILIS GÁSTRICA

George H. Eustermann de Rochester en Journal of the American Medical Association estudia este asunto extensamente haciendo ver el error de considerar que las lesiones sifilíticas del tubo digestivo. Son las localizadas en la boca, faringe y recto.

Las lesiones sifilíticas del estómago son más frecuentes de lo que se piensa.

Ha observado 93 casos 65 en hombres y 28 en mujeres con los caracteres siguiente:

Sobreviene en jóvenes de 26 a 48 años. Más de la mitad tienen de 30 a 40.

Evolución clínica rápida.

2 años.

Acompañada de reacción de Wasserman en la sangre y líquido cefalorraquídeo positivo en 92% de los casos.

Da lugar a una hipoclorhidria o anaclorhidria en 85% y de los casos.

Radiológicamente: imagen lagunar extendida de sitio periférica. Píloro permeable.

Tumor en 20% Hemorragias abundantes u ocultas raras. En 2 tercios de los casos dolor inmediatamente después de las comidas.

La agravación es rápida. El estómago se comporta como si fuera muy pequeño, llegando pronto a un enflaquecimiento extremo.

En el 15% de los casos forma

sendo neoplástica, aparición lenta y progresiva. He los síntomas. Dolor media hora después de las comidas. Calma inconstante por los alcalinos.

En 23% tipo pseudo-ulcerosa. Se encuentran *las* fases características; dolor, comida, calma.

Anatómicamente lo trata de lesiones mal circunscritas y múltiples consistentes en infiltración úlcero-nodular de la pared gástrica.

En los casos en que hay fuertes presunciones en favor de la úlcera sifilítica no operar nunca.

En los casos que la radiografía muestra una lesión franca, operar aún a riesgo de engañarse. La gastrectomía es inofensiva; en el curso de la operación se constata la naturaleza *de* la enfermedad y que el tratamiento sea aplicado sin retardo.

En los 93 enfermos, 28 sufrieron una operación exploradora o una operación gástrica cualquiera.

En 65 sólo tratamiento médico. Todos curados como específicos.

Los resultados terapéuticos en 87 enfermos fue el siguiente:

32 curados clínicamente.

37 muy mejorados.

11% poco mejorados.

10% ninguna mejoría.

El examen radiológico después de la curación muestra a menudo una persistencia *de* deformaciones gástricas.

viente y progresivo que debe llenar una misión trascendental en la sociedad.

Y este concepto, que apenas comienza a iniciarse, tendrá que imponerse a pesar de todas las resistencias y los indiferentismos. La Universidad, por la voluntad firme de unos cuantos profesores y de la mayoría de los alumnos, tendrá que ser el semillero de ciudadanos conscientes de sus derechos y de sus deberes de profesionales y de hondureños. Más de medio siglo de vida sin trascendencia, ha colmado la medida y ya existe la decisión firme de que o hacemos una Universidad que sea lo que debe ser, o la cerramos para no arrebatárle al campo o al taller elementos que formados en ellos podrían dar mejores resultados que los obtenidos en la mayoría de los casos si siguen las tendencias actuales de la Universidad.

En nuestro número anterior y refiriéndonos a la Escuela de Medicina, hablamos del papel despreciable que desempeñaron algunos elementos de esos que acabamos de señalar, para los que la misión del profesor se reducía a tomar una lección, y aprobar a todos los alumnos de su clase, por miedo, por complicidad con la pereza o por desprecio de los intereses sociales.

Esta conducta ha dado sus frutos de vergüenza para la universidad. Ya son varios los casos en que un alumno reprobado considera como algo inicuo ser condenado con justicia y atenta contra el que considera responsable de su fracaso.

Y los principales responsables de estos incidentes oprobiosos con los profesores que por su cobardía y su falta de orientación habitúan al alumno a pasar por las aulas en una especie de excursión que no les deja en el espíritu ninguna huella. Ellos son los que han creado en los estudiantes una conciencia errada o mejor dicho una falta absoluta de conciencia, que repercute sobre la moral actual del alumno, repercutirá mañana sobre su porvenir y repercute y repercutirá sobre la sociedad entera.

Y debemos decir que aquellos elementos deben eliminarse porque están en vías de ser eliminados. La Universidad no quiere profesores que consulten su hora de digestión o el estado higrométrico del aire para dar sus clases; no quiere profesores que se conformen con tomar lecciones ni vayan a los exámenes a aprobar a todos los estudiantes por cobardía

o porque le importa muy poco el porvenir de la juventud y de la sociedad.

La Universidad quiere hombres, hombres en el sentido no sólo sexual de la palabra sino sobre todo hombres en el sentido moral.

Y como decimos antes, esos elementos indeseables están condenados implacablemente a adaptarse a las nuevas tendencias o a desaparecer.



Doctor Joaquín Llambías

Ha muerto en ¿Sueños Aires el sabio Maestro don Joaquín Llamabias, distinguido Médico que dedicó toda su vida a la ciencia de

Hipócrates, especializándose en Anatomía Patológica, cuya cátedra adquirió por oposición y en la que sustituyó al fundador de

puede ser realizada "antes del 5º día del derrame". Del 5º al 10º día parece establecerse en el organismo una fase negativa, humoral, idéntica a la descrita por Wrigth en el curso de las infecciones vacunales.

Ellos establecen el siguiente principio: "En toda infección gonocócica aguda el tratamiento vacunal deberá ser comenzado ya antes del quinto día, y después del décimo día del derrame".

Aconsejan, púas, en este período, a mas de los tratamientos locales y generales, una cura vacunal adyuvante, que deberá ser comenzada antes del 5º día o después de 10º del derrame.

La primera inyección será de dos o tres gotas de vacuna; tres días después, segunda inyección intradérmica de tres o cuatro gotas, y después cada 4 o 5 días hacer una serie de seis o diez inyecciones subcutáneas a la dosis progresivamente crecientes de un cuarto, a uno o dos centímetros cúbicos, según la tolerancia individual. No renovar una inyección hasta que todos los fenóme-

nos reaccionales hayan desaparecido. Si después de una inyección la temperatura sobrepasa de 38°, es necesario repetir la dosis sin aumentarla hasta la tolerancia perfecta.

Practicada así y asociada a los tratamientos locales y generales, la vacunoterapia **de las infecciones** agudas gonocócicas parece poner al enfermo al abrigo de complicaciones.

En *período crónico*: En este período la vacunación se emprenderá en cualquier momento.

P. Ertzbischoff utiliza la siguiente técnica: se sirve de una **stoc-vacunas** o de una **autovacuna** mixta que encierra, no sólo las cepas microbianas aisladas de", enfermo, sino también numerosas cepas heterogéneas, así como una **stock-antitoxina** gonocócica. Se practica una serie de seis u ocho inyecciones preventivamente antes de toda intervención mecánica o antiséptica", produciéndose así una verdadera atenuación de la virulencia microbiana. Después tratamiento local conveniente.

asociado al tratamiento vacuna. La vacunoterapia será continuada, doce o diez y ocho inyecciones, según los casos. Una inyección cada 4° o 5° día.

Para ser eficiente esta vacunoterapia deberá ser espaciada y prolongada durante mucho tiempo. Ella será el coadyuvante a **los** tratamientos locales o generales.

En complicaciones de la blemorragia: Los autores consideran las complicaciones que evolucionan sin afectar seriamente el estado general del enfermo y las que presentan hipertermia. En el primer caso: las reglas de vacunoterapias son las mismas que las que han expuesto en el periodo crónico.

Es mi propósito, en esta breve comunicación, hacer resaltar la gran importancia que tiene, a mi juicio, la leche de mujer como elemento biológico e inmunizante en las infecciones graves y prolongadas, del aparato respiratorio del lactante.

Los casos a que haré mención

(*) Comunicación presentada a la Conferencia de Médicos de la Primera Infancia, de la Asistencia Pública, en la sesión del 21 de septiembre de 1931, con representación de enfermo.

En las complicaciones con hipertermia. hacen excepción de la septicemia gonocócica, para la cual emplearían una cura vacunal semejante a la preconizada por los mismos, en período agudo.

En complicaciones localizadas, tales como prostatitis, vesiculitis o salpingitis supurada, los autores estiman que los métodos de choc o de derivación podrán ser combinados con la inmunoterapia. En el reumatismo blenorragico, ellos añaden una cura salicilada al tratamiento vacunante rápido., ya que el germen reumatismal se puede encontrar asociado al diplococo de Neisser. *V. Díaz Orero.*

en esta comunicación, son niños que ya habían pasado el año y medio de edad, que se encontraban en alimentación artificial y que en esas condiciones contraen sus infecciones, todas ellas de carácter grave. En el primer caso se trata de un niño de trece meses, que había sido visto en el Dispensario que dirijo, cuando tenía diez meses, encontrándose en buenas condiciones de desarrollo y estado nutritivo; se le indicó régimen dietético y concurrió por espacio de un mes, aumentando

nervioso o no, capaces de dar lugar propios del ataque epiléptico, **que** a ataques epilépticos, nos los que le acompañan u ocupan su saldríamos en primer lugar de los intervalos. Los últimos tres casos límites que queremos asignar a este de **epilepsia sistemática** es-trabajo, y en segundo, por mucho estudiadas por nosotros, han sido que detalláramos, no seríamos debidas a nefritis aguda, parálisis completos. Baste saber, en general y esclerosis múltiple; basta términos generales, que la solución mencionarlos para **comprender** de este problema diagnóstico que no había de ser tan **difícil** diferente entre los dos tipos encontrar la etiología acertada, de epilepsia no es tan difícil y confirmándose así lo antes dicho, complicada como a primera vista de la relativa facilidad en clínica pudiera parecer. Hace un de hacer ese diagnóstico momento entrecomillamos lo que a diferencial.

nuestro juicio tiene más valor para Si conociéramos la patogenia hacer ese diagnóstico, que de la epilepsia, se podría seguir repetiríamos: los ataques de un tratamiento, que a falta de epilepsia sintomática forman en etiológico, tratara de llenar el todo momento una parte tan sólo mínimas de condiciones exigidas del cuadro clínico; es decir, nunca das a toda terapéutica que prevengan solos; y una exploración tendra ser científica; por desgracia, son más hipótesis que determinadas (no hace falta que sea cia, son más hipótesis que determinadas) revela al momento chos lo que poseemos en este sentido. Sin embargo, en lo que pocas veces neurológicas (trastornos del damos, necesariamente tenemos movimiento, de los reflejos, del que apelar a la patogenia para tono, de la sensibilidad, de la explicar o justificar el tratamiento. palabra, del psiquismo etc.), y A nuestro juicio, no se puede otras de otros aparatos y sistemas, prescindir de dar reglas precisas no que acompañan "obligatoriamente" sólo en lo referente a tratamiento a los ataques, siendo las únicas medicamentosas, sino a género de manifestaciones vida y alimentación más interparoxísticas. Para hacer ese adecuados para los epilépticos. diagnóstico, en resumen y dicho de En un enfermo nuestro de otra manera, nos sirven mucho menos los elementos

treinta y nueve años, que le venían dando doce o quince ataques al año desde los doce hasta medio año antes de verle nosotros, en que ya le daban cada ocho o diez días, a pesar de estar bien tratado medicamentosamente con 20 cg. de gardenal diarios, logramos al principio distanciar los ataques y más tarde reducirle a uno cada cuarenta o sesenta días, sin más que aconsejarte que se proporcionara un permiso de descanso durante un mes y que permutara su puesto en la oficina en que trabajaba por otro de menor responsabilidad. Por la manera de hablar, el tono ampuloso de sus palabras, por el orgullo y la hipervaloración de su yo que en él descubrimos, justamente con una gran susceptibilidad e irritabilidad que constituían elementos fundamentales de su carácter, pudimos suponer que la enfermedad originaba en él un complejo de inferioridad, que teníamos que valorar debidamente para comprender en totalidad al enfermo, y por consiguiente, para tratarle.

El empirismo viene adoptando desde hace tiempo, la supresión en el régimen alimenticio de los epilépticos de substancias y condimentos excitantes, salsas fuertes, carnes, etc. ¿Es acertado este proceder? A nuestro juicio, aparte la supresión del alcohol, café y tabaco, cuyo poder convulsivamente nadie pone hoy en duda en sujetos con rebajado nivel de excitación para las convulsiones, todo lo demás, no tie-

ne tanta importancia, a no ser que descubramos que algún alimento particular actúa como elemento anafiláctico en la aparición del ataque, o que el régimen rico en proteínas favorece o acentúa el estreñimiento.

La primera eventualidad, por rara que sea (en nuestra práctica no hemos encontrado ningún caso, y los que se citan, lo son a título de excepción), no requiere menos el ser investigada; recordemos a este propósito, el caso Pagniez, en que pudo demostrar que la ingestión de chocolate iba seguida -siempre de un ataque, bastando la supresión de ese alimento para curar la manifestación convulsiva.

La pereza intestinal como causa ocasionadora de la aparición y repetición de los ataques, tiene, a nuestra manera de pensar, más importancia que la que corrientemente se le da; es una función que no dejamos nunca de vigilar en nuestros epilépticos, por estar muchas veces convencidos del papel que ejerce el estreñimiento en la repetición de los ataques. A veces, no basta el régimen vegetariano para luchar contra el mismo, siendo necesario apelar a laxantes, y aun añadiríamos, basándonos en nuestra experiencia, que el estreñimiento, acompañando a la epilepsia, es frecuente en sujetos cuyos ataques aparecieron en los primeros años de la vida como consecuencia de procesos encefalíticos que ocasionan, además de los ataques, un evidente y a veces intenso déficit intelectual;

clínica de la misma a partir desde el momento que se inicia un tratamiento en consonancia con esos mismos motivos. Porque ocurre con la epilepsia lo que con las restantes enfermedades cuyas causas se desconocen: que son ellas precisamente las que obligan al médico a indagar con todo detalle las condiciones biológicas de aparición del mal, completamente distintas de un sujeto a otro en la mayoría de los casos. Y no se diga que desde el momento que en un caso determinado se conocen alguna o algunas de sus condiciones etiológicas, ya no estarnas ante un caso de epilepsia esencial, sino secundaria o sintomática, porque lo que define a aquélla (y por lo tanto, a éstas) no es tan sólo el desconocimiento de sus causas, sino un conjunto sintomático tan variado, proteiforme y heterogéneo, y una evolución y terminación tan particular en relación con tan numerosos factores, que **no** deben ser ignorados por el médico que trate a enfermos epilépticos.

No creo que exista un sólo caso de la epilepsia esencial más típica, en que un análisis meticoloso del mismo no revele alguna o varias particularidades etiológicas. Lo que complica el pro-

blema no es esto: es que en esta neuropatía, como en otras muchas de etiología conocida, no es una sola la causa que la produce, si no más bien "una constelación causal" en el sentido de Minor. Dos **ejemplos** de nuestra experiencia aclararán **nuestro** pensamiento. Uno se refiere a un hombre de treinta y dos **años**, en cuyos **antecedentes** hay; jaqueca en su madre, sonambulismo en un hermano, y **enuresis** y terrores nocturnos en su niñez; la adolescencia y los primeros años de su pubertad transcurren sin novedad neuropática alguna: a los treinta y dos años presenta un proceso tifoideo, cuya sintomatología neurológica a juzgar por sus manifestaciones, no fueron más intensas que lo corriente y habitual en esos procesos; en la convalecencia, veinte días después de quedarse **sin** fiebre, desenvuelve **el** primer ataque típico de epilepsia esencial, que repite cada dos o tres semanas durante medio año, estando en la actualidad sin ataques desde hace diez meses, aunque -sometidos todavía a dosis refractas (5 cg. cada tres días) de gardenal.

El segundo, **es** otro hombre que a los treinta años sufrió un grave traumatismo en la cabeza con

fractura del parietal derecho; cura de este accidente sin haber tenido, durante su evolución, ninguna manifestación convulsiva y, diez años después, viene a nosotros quejándose de vértigos de tipo epiléptico y de movimientos convulsivos localizados a la mitad izquierda del cuerpo típicamente jasonnianos; hallamos en este enfermo, además, una moderada hipertensión arterial no nefrótica: su padre murió en demencia epiléptica.

Sintetizando la etiología del primer caso, diríamos que un enfermo de "**constitución** epiléptica", no tuvo ataques hasta que una enfermedad adquirida — el proceso tifoideo —, puso de manifiesto la latencia epiléptica, que en el terreno patogénico se describe, siguiendo a Foerster, como caracterizada por la disminución del dintel de excitación convulsiva. Y en el segundo, diríamos asimismo, que no bastó el trauma para que la constitución epiléptica se manifestara, sino que fueron precisos otros factores — los que condicionan la hipertensión — para que, todos juntos, desencadenaran la latencia convulsiva.

Estos casos demuestran que el problema etiológico de las epilepsias no es tan sencillo como pudiera parecer a un examen superficial, pero nos demuestran también que un análisis metódico de los motivos generadores, debe sernos de una utilidad grande para el tratamiento adecuado de cada caso que se nos presente. Este trabajo, que no pretende

ser más que un resumen de cuestión tan debatida como el título que le encabeza, está basado en el estudio concienzudo de 63 casos de epilepsia, que siguiendo el uso de la terminología **actual**, se incluyen en la denominación genuina, con las limitaciones o aclaraciones que los ejemplos arriba mencionados hacen fácilmente concebir.

No necesitaremos mencionar más que de pasada, que puesto que el ataque epiléptico no es más que un síntoma capaz de formar parte de múltiples enfermedades, lo primero que de realizar el médico es una exploración adecuada de su enfermo. por si los ataques epilépticos no fueran más que "una parte" del cuadro clínico de **conjunto**. **Nuestra** experiencia nos ha el **pos-trado** que el conjunto de todos los casos de epilepsia sintomática, forma la cuarta parte aproximadamente del conjunto de los de epilepsia esencial; así, de 79 casos de epilepsia estudiados en cuatro años, 16 son de epilepsia sintomática y 63 de epilepsia esencial; éstos se dividen así: 22 de epilepsia esencial y 6 de epilepsia secundaria, vistos en la consulta privada, y 41 y 10 **respectivamente** en el Manicomio provincial. (En este estudio **no** hacemos referencia a los enfermos vistos por primera vez en **los** últimos diez meses y **eliminamos** a los que, por cualquier motivo no han sido debidamente estudiados).

Si fuéramos a describir todas las enfermedades, de sistema

siempre el peso sin ninguna alteración, salvo un estado gripal ligero que curó rápidamente.

Este niño dejó de concurrir a pesar de haber sido inspeccionado e instado a hacerlo en varias oportunidades.

Un buen día, cuando el niño contaba diez y ocho meses de edad, otra concurrente me informa que el niño estaba sumamente grave, desahuciado, y me pide autorización para traerlo a la consulta nuestra por tener interés para que fuera examinado allí.

El niño es retirado la tarde anterior del hospital donde se asiste y me es dado examinarlo a la mañana siguiente.

Me encuentro con un niño sumamente grave, con gran enflaquecimiento, piel seca, disnea en tenéis mayos seca, temperatura elevada; presentaba una bronconeumonía gripal con otitis supurada del lado derecho. Había sido llevado a la clínica donde se asistía por una quemadura extendida sobre el cuero cabelludo, región frontal y ojo izquierdo, y estando en asistencia contrajo la bronconeumonía.

Presentaba, también, una herida gangrenosa en el muslo, donde posiblemente se le había

hecho una inyección de suero, y cuanto inyección se le hacía se le "echaba" a perder, según decían sus allegados.

Ante este cuadro, hice el pronóstico de circunstancias e indiqué terapéutica clásica sin medicación específica ni inyecciones, tratamiento a que, por otra parte, ya había sido sometido. Agregué a las prescripciones terapéuticas medio litro de leche de mujer proporcionada por otra concurrente, en condiciones absolutamente asépticas.

En estas condiciones el enfermo evolucionó lenta, pero favorablemente, curando totalmente su proceso bronconeumónico, de su quemadura infectada y aumentó su resistencia y su inmunidad.

He tenido otras observaciones por el estilo: una pleuresía purulenta con bronconeumonía a los diez y nueve meses y otra bronconeumonía a los catorce meses, post-coqueluchosa, todos ellos curaron con el agregado de leche de mujer.

Como parece que en los momentos actuales no es frecuentemente usada la leche de mujer en las infecciones prolongadas que no son de orden alimenticio, me ha parecido oportuno apor-

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

tar estos conceptos a esta reimpresión por tratarse de un elemento clásico para el tratamiento de las infecciones, reconocidas por los pediatras de todos los tiempos.

¿Cómo actúa? Aumentando la inmunidad, exagerando las defensas orgánicas, curando los trastornos nutritivos, como estimulante biológico, no está claramente establecido aún; posiblemente hay que hacer notar, como dice Schweizer, que su presencia en el tubo digestivo constituye un estímulo fisiológico y

que su acción sobre la resistencia orgánica resulta favorable, al conservar todo el intercambio nutritivo en estado normal.

Creo, pues, en conclusión, que la leche de mujer es un recurso preciosísimo en todas las infecciones graves y prolongadas en general, y del aparato respiratorio en particular, y no debe **ser** olvidado este precioso recurso clásico de la medicina infantil de antaño y que aun hoy conserva todo su valor en la alimentación y terapéutica del lactante infectado.

No conociéndose completamente cuáles son los factores etiológicos y patogénicos de la llamada epilepsia esencial, idiopática o genuina, el problema terapéutico de un síndrome de tal naturaleza; "tiene que adolecer necesariamente en la actualidad de las dificultades inherentes a **todo** tratamiento dirigido contra enfermedades cuyas causas raras son desconocidas. De otro lado, es capaz la enfermedad de conducir a tales trastornos psíquicos y de tal gravedad, y en el mejor de los casos, suele ir acompañada de tales limitaciones en el ejercicio profesional y en las demás actividades individuales y sociales de los individuos que la padecen, amén del inmediato pe-

ligro que supone en muchos casos la brusquedad del comienzo del ataque, con su inconsciencia característica, que constituye el tratamiento adecuado y oportuno de esta dolencia, una de las tareas más engorrosas y -desagradables de la medicina actual. Podrá parecer exagerada esta última afirmación a quien de la epilepsia tenga un concepto tan simplista, que desde el punto de vista terapéutico la resuma en la ecuación;

"epilepsia-bromuros-régimen vegetariano", **pero** no para aquel que se enfrenta a diario con enfermos de esta naturaleza, persiguiendo meticulosamente lo que podríamos llamar "motivos generadores" de la enfermedad, y la evolución

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

sabida es la frecuencia que en estos casos aparecen afectados también diversos órganos endocrinos, tiroides y genitales principalmente, y conocida es asimismo la constancia con que el estreñimiento acompaña a los estados de hipofunción de esas glándulas, del tiroides sobre todo, y la tenacidad con que resiste al tratamiento alimenticio y por laxantes mejor dirigidos. En estos casos, hemos de apelar a la terapéutica **harmónica** correspondiente, que si deja sin efecto muchos **síntomas** dependientes de la insuficiencia glandular (ejemplo: la somnolencia), es **muy** eficaz, y a veces la única eficaz, contra el estreñimiento, y de una manera indirecta, contra los ataques.

inútil decir que debe impedirse sistemáticamente al epiléptico el ejercicio de profesiones **que** por las circunstancias en que se desenvuelven, pueden ocasionar un peligro evidente para su

vida (el oficio de albañil, por ejemplo), y para la suya y la de los demás (el chofer); los citamos porque a dos epilépticos nuestros (por cierto no con ataques, sino sólo con ausencias, que no debieron ser diagnosticadas), nadie les había hablado de ese posible peligro.

Como **regímenes** especiales, aparte la hipocloruración que comentaremos al tratar de los bromuros, se han propuesto en estos últimos tiempos, tres, en razón del concepto patogénico de la epilepsia en general y del ataque convulsivo en particular. Estos tres regímenes, que vamos ahora a estudiar, son el régimen **cetógeno**, hipohidrato y azucarado.

Régimen cetógeno.— Consiste, como su nombre indica, en someter a los enfermos a un régimen alimenticio que de lugar, en su desintegración metabólica, a la formación de grandes cantidades de cuerpos ce tónicos cuyo pa-

so a la orina será el testigo de que se consigue el fin propuesto. Es, sin disputa, el que más entusiasmos ha originado y el que ha sido puesto en práctica por un gran número de autores, sobre todo norteamericanos. Está basado en una hipótesis patogénica del ataque epiléptico, que ha gozado de gran boga hace unos años, y que aun sigue siendo mantenida por muchos investigadores; la resumiremos lo más brevemente que podamos.

A consecuencia de los trabajos de Bigwood publicados en... 1924, se admitió como modificación humoral propia de la epilepsia esencial, una perturbación del equilibrio acidobásico de la sangre caracterizada por la tendencia a la alcalosis e hipercalcinidad del plasma que sería sobre todo frecuente inmediatamente antes del de; encadenamiento de la crisis; ésta no sería debida a la alcalosis misma, sino que ésta favorecería la acción de una sustancia tóxica o de un producto convulsivo. Si, pues, la alcalosis favorece la presentación de las crisis, su estado opuesto, la acidosis, dificultará el ataque convulsivo.

En realidad, cuando se habla de resultados de este régimen, no se tiene en cuenta más que el comportamiento que a consecuencia del mismo sufren los fenómenos críticos de la epilepsia, bien formen parte del gran mal como del pequeño mal, sin que pretenda modificar el substrato biológico, por otra parte desconocido de la enfermedad. Pe-

ro aun así concebido, si realmente éste como cualquier otro tratamiento, disminuye la presentación de las crisis, además de este efecto inmediato, tendría otro sobre la evolución de la enfermedad, desde el momento que se admite que un ataque sensibiliza en cierto punto al sujeto para sufrir el siguiente.

En estos estudios de Bigwood, que fueron después seguidos por otros muchos autores, se encontró la explicación de los beneficiosos resultados que desde 1921 venía obteniendo Geyelin con su cura por el ayuno, puesto que éste conduce a la acidosis. Retengamos, sin embargo, desde ahora, que el efecto acidótico del ayuno por sí sólo, no le admiten todos los autores, sin que ello quiera decir que neguemos los resultados de Geyelin. La explicación de hecho al parecer tan paradójica, la vamos a encontrar luego cuando comentemos los resultados del régimen cetógeno más comúnmente empleado.

Se sabe de hace tiempo, que el metabolismo completo de grasas y proteínas requiere por parte del organismo que le realiza, que disponga de una cantidad determinada de hidratos de carbono que debe ser moralmente metabolizada. Cuando el metabolismo hidrocarbonado se verifica defectuosamente, el resultado es la acidosis y la presencia consiguiente de cuerpos cetónicos en la orina aun con régimen alimenticio ordinario (por ejemplo, la acidosis diabética). El mismo

resultado se consigue, aun con metabolismo en potencia normal, si con el régimen alimenticio alteramos en alto grado la proporción de los distintos principios inmediatos, dando al sujeto una alimentación muy rica en grasas y pobre en hidrato de carbono y en proteínas. Este régimen puede ser el de Petermann, que proporciona al sujeto diariamente 15 g. de hidratos de carbono, 25 de proteínas y 180 de grasas; la ración de vitaminas se asegura con jugo de naranja y al enfermo se le da la cantidad de sal suficiente.

Nosotros no hemos intentado hacer este tratamiento en una decena de epilépticos jóvenes, sin haber conseguido otra cosa que proporcionar al sujeto una gran repugnancia e intolerancia por la comida. Aun reducida a los términos en que la aconseja nuestro compatriota Pardo, nos hemos visto en la imposibilidad de mantenerla el tiempo preciso para juzgar de sus resultados, pues no hemos alcanzado ese "hábito" de que nos hablan los autores norteamericanos.

Los resultados del régimen cetógeno son muy distintos según los autores: al lado de los que le dan importancia capitalísima en

el tratamiento de la epilepsia, hay otros muchos que no le dan más que un mediocre valor, no faltando quien se lo niega del todo. A juzgar por la no escasa literatura publicada, los inconvenientes de orden práctico para imponer y mantener la cura no compensan los beneficios obtenidos salvo en rarísimos casos. Nosotros lo reservamos para cuando fracasen todos los demás medios y hemos de confesar que no hemos necesitado todavía apelar a él.

En el adulto, los resultados que ha proporcionado este método, son menos satisfactorios que en el niño.

Todavía los partidarios del mismo encuentran en él otra ventaja, como es la de que los resultados obtenidos se mantienen muchos meses, aunque se modifique el régimen, aumentando progresivamente las proteínas e hidratos de carbono y disminuyendo las grasas.

Sin hacer otra crítica de este procedimiento, nos vamos a detener un instante todavía para ganar exactitud a la hipótesis de la alcalinidad preaccional que le fundamenta.

Con Andreu Arra fuimos los primeros que en España hicimos

investigaciones en este sentido, y los resultados en 66 casos fueron publicados en *La Medicina Ibero*, en abril de 1928. **Nosotros**, por el contrario, encontramos más veces en el epiléptico acidosis que alcalosis, y el estudio de la sangre tomada antes del acceso, durante el estado de mal, después del acceso y en el estadio interparoxístico nos llevó al convencimiento que lo que se venía diciendo sobre la perturbación del equilibrio acidobásico en estos enfermos, no se ajustaba en todo a la realidad de los hechos. Posteriormente, son ya muchos los autores que encuentran resultados más en consonancia con los nuestros que con los de Bigwood. Así, por ejemplo, Torres López de Granada, confirma nuestros hallazgos investigando la reserva alcalina del plasma en 17 epilépticos.

A la misma conclusión ha He-gado muy recientemente Dautrebande, para el que la acidosis producida por el régimen cetógeno no es la condición de la supresión de los paroxismos. El mismo Petermann, tan ardiente defensor de este régimen, ha observado en un epiléptico sometido al mismo, que no se le producían ataques aun provocándole una fuerte alcalosis. Todo esto viene a confirmar una de las conclusiones de nuestro primer trabajo, cuando sosteníamos que sin negar los buenos resultados de la alimentación cetógena, el mecanismo no debía ser el de oponerse a la alcalosis. ¿A qué, son, debidos, **pues**, los

beneficiosos resultados obtenidos? Hoy se les cree originados por la deshidratación del organismo como consecuencia de la eliminación considerable de bases fijas, producida por la tendencia del organismo a neutralizar la gran cantidad de elementos ácidos a que tal régimen da lugar. Así ha nacido un nuevo tratamiento dietético ríe la epilepsia, del que ahora brevemente vamos a ocuparnos.

Régimen hipohidrato. — Consiste en restringir la cantidad a ingerir de bebidas, hasta darle no más que 300 a 400 cm³ de líquidos al día; en la práctica de cada caso se tiene en cuenta la cantidad de orina emitida y se le dan unos pocos centímetros cúbicos más de líquido, teniendo en cuenta que el peso debe quejar estacionario.

Los resultados de este método son buenos a juzgar por lo que nos dicen Quarrie y Fay, los cuales han conseguido hacer desaparecer las crisis o transformarlas en accidentes de pequeño mal de corta duración. Nosotros tenemos en la actualidad sometidos a este tratamiento a seis epilépticos, que no comentamos por el escaso tiempo que llevan en tratamiento.

Lo que no parece ya tan exacto es el **mecanismo** de acción que le atribuyen los dos autores mencionados: para éstos, la deshidratación del organismo tiene por efecto hacer descender mucho la presión del líquido cefalorraquídeo. En efecto, nada hay tan variable como el estado de

la presión del líquido cefalorraquídeo durante el ataque y en sus intervalos; la literatura es ya enorme en este sentido y los resultados no pueden ser más dispares. En repetidas punciones lumbares hechas en epilépticos, hemos encontrado valores que entran dentro de la normalidad casi siempre, y en raros casos, moderada o gran hipertensión (manómetro de Claude). Lo que sí es más cierto es que ni las punciones lumbares repetidas tienen un influjo evidente sobre la frecuencia e intensidad de todos los ataques, ni se logra producirles aumentando la presión del líquido cefalorraquídeo. A consecuencia de las investigaciones de Wladyczko sobre el metabolismo hidrocarbonado en la epilepsia, surgió el *régimen azucarado* como tratamiento de la misma. La producción de ataques convulsivos por dosis altas de insulina y el hallazgo reiterado de hipoglucemia en sujetos epilépticos le llevaron a proponer un régimen de unos 200 g. de azúcar sobre el habitual, con resultados que este autor juzgó favorables.

También con Andreu Urrea estudiamos este asunto en 87 epilépticos, investigando a la vez la curva de glucemia, de mayor valor para juzgar el estado del metabolismo hidrocarbonado que la glucemia en ayunas solamente. En el 64 por 100 de los casos los resultados fueron normales, curva alta en 23,8 por 100 y baja en 12 por 100. Nuestra experiencia sobre es-

te régimen azucarado se resume así: 12 casos tratados, de los que 6 poseen curvas bajas, 3 normales y 3 altas; el período de tratamiento dura tres meses. Disminución en 50 por 100 del número de los ataques en uno de los primeros y dos de los segundos; se modifican en mucha menor proporción en cuatro más, dos de los primeros y dos de los últimos, y queda sin efecto en los cinco casos restantes; ninguno se agrava.

La Peritonitis biliar con integridad aparente de las vías biliares

Tiberio en el Policlínico comunica esta observación: una mujer de 33 años después de haber sufrido por 2 meses de dolores vagos en el epigastrio con punto intermitente sobre la vesícula es repentinamente atacada de accidentes graves de peritonitis.

Se opera, 27 horas después. La abertura del peritoneo da salida a un abundante líquido verdoso; el apéndice es normal. El colédoco lo mismo. La vesícula tendida, muy congestionada y humedecida continuamente de líquido bilioso. No se encuentra solución de continuidad. Se aspira el líquido con una aguja fina; no hay cálculos. La operación se termina por drenaje en la parte inferior de la herida. Un colgajo epiploico se coloca bajo la vesícula y se termina la protección por medio de compresas.

El postoperatorio es normal. La curación se hace en dos meses y dos meses después se ve la enferma en muy buen estado de salud.