

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MEDICA
HONDUREÑA

Director:

Dr. Ricardo D. Alduvin

Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. Antonio Vidal

Dr. Julio Azpuru España.

Administrador:

Dr. Miguel Sánchez

Año II Tegucigalpa, Honduras, C. A., Marzo de 1932 | Núm. 23

NOTAS DE LA DIRECCIÓN

Se ha realizado, por fin, el milagro en el que no creyeron los hombres débiles o sin fe: LA POLICLÍNICA, uno de los más elevados, si no el más elevado exponente de nuestra cultura científica y social, fue inaugurada el primero de mayo, día del trabajo, en medio del mayor entusiasmo de su iniciador, el doctor Salvador Paredes, y de todos los que lo han secundado.

Y era en realidad difícil augurar buen éxito a una obra de tanta trascendencia como LA POLICLÍNICA, en un ambiente como el nuestro eminentemente pesimista y en una situación económica tan difícil como la que estamos atravesando.

Organizar una Compañía que en estos momentos representa un capital de cerca de cien mil lempiras, adaptar ventajosamente una casa que no había sido construida especialmente, instalar Rayos X, Laboratorios, Farmacia, armonizar elementos sociales y científicos diferentes en aras de una aspiración elevada, es en verdad un milagro que sólo un haz de voluntades de hierro ha podido realizar.

Y el milagro está hecho y muy pronto comenzarán a verse sus frutos espléndidos desde el punto de vista de la ciencia, de la solidaridad médica y del progreso social.

Honduras y la ciencia médica deben este progreso positivo al distinguido grupo de accionistas de LA POLICLÍNICA y muy especialmente a los miembros de la Junta Directiva, doctores Paredes y Bellucci, Ingeniero Manuel A. Zelaya y P. M. Donato Díaz Medina.

El cumplimiento de una ley

Después de catorce años de ser ignorada por las autoridades y por las casas extranjeras fabricantes de medicinas de patente, ha comenzado a ponerse en vigor de una manera estricta el artículo 67 de nuestra Ley de Farmacia, que establece que toda especialidad farmacéutica, debe ser registrada y analizada por la Facultad de Medicina antes de ser puesta a la venta.

Es inútil discutir las ventajas de esa prescripción legal. Nuestro país está inundado de especialidades farmacéuticas que no llenan ninguno de los requisitos que establece el citado artículo 67.

Es inútil discutir también si un funcionario está en el deber o no de cumplir esa Ley.

Y más absurdo sería establecer si ese funcionario tiene el derecho para dar plazo para que esa ley comience a cumplirse. Emitida como ha sido por el Honorable Congreso Nacional, sólo éste puede reformarla, derogarla o aplazarla.

La única verdad es la de que la Facultad de Medicina está en el deber ineludible de cumplirla, y si no lo hace, merecerá las más justas y acerbadas críticas de todo el país, especialmente del cuerpo médico que eligió a sus miembros.

Nosotros tenemos confianza plena de que dicha Facultad cumplirá con su deber, pero tenemos que hacer constar con pena que ha habido funcionarios que han solicitado que la Facultad dé plazo para el cumplimiento del artículo 67. Es inadmisibles que pueda haber funcionarios hondureños que por ignorancia o por complicidad con intereses extranjeros se pongan de parte de éstos, en contra de los intereses materiales y morales del país.

Desgraciadamente en Honduras no hay conciencia nacional plena que abarque todas las capas sociales en toda su trascendencia y así se explica cómo los mismos encargados de velar por nuestras instituciones sean los primeros en atentar contra ellas.

Pero tenemos fe en que ese estado caótico ha de concluir y podemos responder de que nuestra Facultad, consciente de sus responsabilidades y del papel que tiene que desempeñar, será inflexible en el cumplimiento de sus deberes.

La Sueroterapia Sistemática en la Apendicitis Aguda

Por el Dr. José María González Galván, (De Sevilla).

La incorporación de la sueroterapia a los ataques de apendicitis, constituye una brillante conquista de índole práctica que interesa a todos los médicos en general, ya que por las condiciones de presentación del acceso, es llamado el más próximo, sin distinción de jerarquía o especialidad.

La importancia causal, evolutiva y pronóstica del factor infección, ocupa la casi totalidad de los mecanismos nosológicos que en ella juegan papel.

A la presencia habitual de gérmenes exaltados en número y virulencia, a los que nuevamente se añaden otros, se debe el presente y porvenir, gravedad o benignidad del caso, derivándose de aquí la importancia y justificación de aquellos medios, con los cuales combatir y aun neutralizar la virulencia microbiana, y ampliando los elementos nocivos creados y diseminados que sacándola de afección local le da carácter septicémico por la diseminación sanguínea de toxinas, puedan combatirla neutralizando sus efectos,

La flora bacteriana del segmento ceco-apendicular, rica en condiciones normales, arrastra una vida saprofítica de perfecta tolerancia, pero bastante predispuesta por motivos de disposición estructural anatómica y por consecuencia de marcha mecánica en la circulación de su contenido alimenticio, con remanso a hacer explosión con el cuadro típico inflamatorio, doloroso y febril.

Son el bacilo coli, el enterococo de Thiercelin, proteus, Gaertner, sobre todo los dos primeros, los predominantes y huéspedes más normales, en los casos de supervirulencia en que la efervescencia sintomática y lesiones anatómo-patológicas toman el aspecto de intensidad e intoxicación, llegando o amenazando llegar a la forma gangrenosa; la flora microbiana se hace más polimorfa y virulenta, encontrándose el perfringes, el vibrión séptico de Pasteur, histolítico, edematiens, esporógenos, conjunto bacteriológico que va siempre unido a la gangrena gaseosa.

Pero tenemos fe en que ese estado caótico ha de concluir y podemos responder de que nuestra Facultad, consciente de sus responsabilidades y del papel que tiene que desempeñar, será inflexible en el cumplimiento de sus deberes.

La Sueroterapia Sistemática en la Apendicitis Aguda

Por el Dr. José María González Galván, (De Sevilla).

La incorporación de la sueroterapia a los ataques de apendicitis, constituye una brillante conquista de índole práctica que interesa a todos los médicos en general, ya que por las condiciones de presentación del acceso, es llamado el más próximo, sin distinción de jerarquía o especialidad.

La importancia causal, evolutiva y pronóstica del factor infección, ocupa la casi totalidad de los mecanismos nosológicos que en ella juegan papel.

A la presencia habitual de gérmenes exaltados en número y virulencia, a los que nuevamente se añaden otros, se debe el presente y porvenir, gravedad o benignidad del caso, derivándose de aquí la importancia y justificación de aquellos medios, con los cuales combatir y aun neutralizar la virulencia microbiana, y ampliando los elementos nocivos creados y diseminados que sacándola de afección local le da carácter septicémico por la diseminación sanguínea de toxinas, puedan combatirla neutralizando sus efectos.

La flora bacteriana del segmento ceco-apendicular, rica en condiciones normales, arrastra una vida saprofítica de perfecta tolerancia, pero bastante predispuesta por motivos de disposición estructural anatómica y por consecuencia de marcha mecánica en la circulación de su contenido alimenticio, con remanso a hacer explosión con el cuadro típico inflamatorio, doloroso y febril.

Son el bacilo coli, el enterococo de Thiercelin, proteus, Gaertner, sobre todo los dos primeros, los predominantes y huéspedes más normales, en los casos de supervirulencia en que la eferescencia sintomática y lesiones anatómo-patológicas toman el aspecto de intensidad e intoxicación, llegando o amenazando llegar a la forma gangrenosa; la flora microbiana se hace más polimorfa y virulenta, encontrándose el perfringes, el vibrión séptico de Pasteur, histolítico, edematiens, esporogenes, conjunto bacteriológico que va siempre unido a la gangrena gaseosa.

En su aspecto de asociación, arribo y desenvolvimiento, podemos considerar al ceco-apéndice análogamente a una herida infectada (por ejemplo de guerra), en que por la índole de los tegidos traumatizados, trayecto tortuoso, magullamiento, déficit de riego sanguíneo, infección, permite la presa fácil por el conjunto bacteriológico aerobio con desarrollo de sus efectos destructores y envenenamiento; así el apéndice propenso al ectasis, a la obliteración, al acortamiento, extranguilación. etc., con las consecuencias de irrigación defectuosa, es un lugar adecuado para el buen cultivo microbiano aerobio; tan es así, que aparte de los traumatismos externos, PS la única parte del organismo en que se dan estos hechos.

Hasta el advenimiento del suero, el problema de la apendicitis aguda estaba planteado en unos términos que hoy podemos considerar cambiados; este criterio, primeramente muy debatido entre médicos y cirujanos, recomendando cada uno como mejor, su táctica; expectante, oportunista o intervencionista, al fin casi puesta en claro después de inacabables polémicas del lado de la intervención precoz y sistemática dentro de las primeras 36 horas, podemos ahora con el suero antigangrenoso apendicular diferir la operación en algunos casos e intervenir otros graves con una esperanza y resultado que antes no era posible sin este

magnífico recurso serológico.

Puede emplearse el suero antigangrenoso standard, pero entonces debe asociarse al colibacilar, forma de que resulte adaptado a las condiciones especiales de flora o recurrir a sueros específicos, por así decir o mejor ad hoc, como el elaborado por Ibystif, con el nombre de Apendiserum, en el cual se encuentran repartidos en la siguiente forma; cinco partes de suero **antiperfringens** media parte de sueros antidematiens y antiesporógenos y cuatro de anticoli-proteus. Tiene esta forma la ventaja de su simplicidad, no necesita recurrir a dos tipos distintos que inyectar sucesivamente; con las consiguientes molestias para el enfermo.

La técnica, del empleo como preventivo, y tal como nosotros la empleamos, es en los adultos: 20 c. c, que repetimos a las cuarenta y ocho horas; en los niños de ocho a doce años ponemos la mitad de esta dosis. En las formas avanzadas con intensa toxemia, es preciso reiterar diariamente las inyecciones en cantidad proporcional al envenenamiento; en las gangrenosas pueden ponerse 40 cc y aún más antes de la operación, derramando alguna cantidad durante la laparatomía.

Cuando el enfermo es diagnosticado precozmente y se recurre al suero, en seguida los resultados son altamente favorables, **pudiendo** serse oportunistas difi-

riendo la operación y ateniéndose exclusivamente al tratamiento médico clásico; de tal forma no hemos tenido que lamentar ningún contratiempo.

Llevamos de esta manera asistidos 16 pacientes con ataques apendiculares agudos, de ellos dos recidivantes y que evolucionaron perfectamente y con resultados posteriores satisfactorios demostrados radiológicamente.

Un CUSO es por demás interesante; se trataba de un muchacho de dieciocho años, con un cuadro agudo de cuarenta y ocho horas, gran renitencia en la fosa iliaca a la palpación, fiebre de $38,5^{\circ}$ y una leucocitosis de 20.000 leucocitos, con fuerte polinucleosis; visto por un cirujano, aconsejó la intervención; por no ser factible hasta la mañana siguiente, aprovechamos la tarde para poner apendiserum, junto con los cuidados clásicos, variando completamente el cuadro a la mañana siguiente; tiene $37,2^{\circ}$, ha disminuido el plastrón, acusa menos dolor y una nueva fórmula leucocitaria indica 17.000 leucocitos; ante tan favorable cambio, se desiste de la operación, curando completamente, sin que a los siete meses en que volvimos a ver al enfermo haya vuelto a resentirse.

No creemos que se haya de-

rrumbado totalmente el criterio de operar precoz y sistemáticamente a los apendiculares agudos; pero sí que da un margen de tolerancia, lo que hace que puedan ser muchos los que puedan escapar a la cirugía venciendo el ataque con los sólo cuidados médicos.

Sí puede asegurarse que los casos que son operados con la previa preparación serológica escapan más a posibles complicaciones, alcanzándose un mayor porcentaje de éxitos, no solamente en los ataques sencillos y de pocas horas, en los que de todas formas se consigue triunfar, sino en los graves, en las formas toxémicas en las gangrenosas declaradas o abocadas a hacerse, el suero antigangrenoso en dosis grandes con el riego local da resultados que antes en raras ocasiones se conseguían.

El conocimiento y aplicación de esta forma de sueroterapia es una cuestión que a todos interesa por su trascendencia de índole práctica, debe recurrirse sistemáticamente a ella en cuanto se diagnostique, formando parte de las primeras prescripciones, procediendo después a desarrollar el criterio intervencionista o expectante, según lo exijan las demás circunstancias propias del caso.

Notas del Primer Congreso Internacional de Microbiología

Por el Doctor
ALBERTO RECIO

El Profesor Calmette, ha publicado en la Prensa (Le Siede Medical) las siguientes declaraciones, que por su importancia reproducimos íntegras:

«Que Petroff se ha esforzado en demostrar en su« comunicaciones y en la prensa diaria.

19 Que la vacuna B. C. G. contiene gérmenes virulentos capaces de provocar en el curiel lesiones evolutivas reinoculables en serie.

2° Que la catástrofe de Lubeck puede ser atribuida a una reaparición brusca de la virulencia original del B. C.G.

y 3° Que los bacilos muertos deben emplearse de preferencia a los vivos, para conferir una inmunidad contra las reinfecciones tuberculosas».

Según él ninguna de estas aseveraciones es exacta.

1° Después que en Octubre de 1928 en la conferencia de París organizada por la Sociedad de las Naciones para el estudio del B. C. G en la que Petroff afirmó que había

logrado aislar de las colonias avirulentas una cepa S virulenta, un gran número de bacteriólogos eminentes se propusieron comprobar este aserto entre ellos Pratznist y Lange en Alemania, Krans Gerlach en Austria, Cantacuzene y Cinca en Rumania, Tzeknovitser y la Comisión Ukraniana en Rusia, Redd en el Canadá, Park en Nueva York, Ascali en Italia y él mismo y sus colaboradores en Francia, sin que ninguno haya podido comprobarlas, por lo que entiende que las afirmaciones de Petroff están babadas en errores de experiencia. Nadie duda que en las culturas virulentas del B. tuberculoso y en las del B. C. G. sea fácil aislar colonias de los tipos R y S e intermediarios, pudiendo estos tipos intercambiarse según los medios de cultivos, pero a nadie le ha sido posible aislar del B. C. G. una colonia S capaz de producir en el curiel una tuberculosis evolutiva clásica reinoculable en serie. 29 La causa del accidente

de Lubeck ha sido juzgada por la Comisión de expertos del Reich, estableciendo que la cepa del B. C. G. enviada a Lubeck en Julio de 1929 era irreprochable y que la contaminación de esta cepa por mezcla con bacilos humanos virulentos se produjo en el Hospital de Lubeck. Por lo tanto, es inadmisiblemente, profundamente injusto e injurioso para los autores del método y cruel al mismo tiempo para las innumerables familias que en todos los países del mundo han hecho vacunar sus niños; de dejar persistir una duda sobre la inocuidad del B. C. G. la que no puede ponerse en duda y que Petroff no tiene ningún fundamento para emitir opinión en este asunto.

El ha propagado por medio de la Prensa durante el Congreso de Microbiología (véase Chicago Tribune de 25 de julio de 1930) que según su modo de ver es posible que en el Laboratorio de Lubeck el B. C. G. haya adquirido bruscamente virulencia. Esta hipótesis no puede ser formulada por ningún bacteriólogo o biólogo.

Nadie ha podido citar nunca un ejemplo de microbio patógeno transformado en virus vacuno fijo, tales como la vacuna anti-varióli-

ca, las de Pasteur contra el cólera de las gallinas, el muermo o la rabia, que haya adquirido nuevamente por mutación brusca, virulencia. Esta readquisición de virulencia no puede ser obtenida y esto difícilmente sino para la vacuna del carbunco por medio de numerosos pasajes sucesivos en ratones muy jóvenes, después en ratones de más edad, después curieles jóvenes, etc., hasta el carnero y el buey. Ella no ha podido ser realizada jamás con el muermo ni con el cólera de las gallinas, ni con la vacuna para la rabia, y en estos casos se trata bien exclusivamente de virus vacunas vivos. Esta readquisición de virulencia tampoco se ha logrado con el B. C. G. el cual no ha adquirido virulencia en ningún Laboratorio del mundo, y sería verdaderamente digno de considerarse como milagroso que haya podido adquirir virulencia solamente en el Laboratorio de Lubeck. Uno no puede menos que asombrarse de que el Dr. Petroff haya corrido el riesgo de emitir una hipótesis tan fantástica.

3° El Dr. Petroff rehusa recomendar para la vacunación humana el empleo de bacilos vivos aún muy atenuados como el B. C. G. y preferiría ver utilizar bacilos

muertos. Esto prueba que él no posee ninguna noción precisa de lo que es la inmunidad antituberculosa. Todos los experimentadores que se han dedicado al estudio de la tuberculosis saben que los bacilos muertos no vacunan. Ellos no determinan sino una alergia pasajera con respecto a la tuberculosis y una resistencia muy poco durable a las reinfecciones virulentas. Por otra parte crean lesiones locales que no se reabsorben y que persisten mientras que las lesiones locales producidas por el B. C. G. inyectados en los tejidos se reabsorben y desaparecen totalmente. Sólo la inmunidad que produce la enfermedad misma, es durable. Con los virus muertos no se obtiene sino una inmunidad fugaz e imperfecta. Pero es evidente que en lo que concierne a la tuberculosis no se puede considerar la posibilidad de conferir una inmunidad artificial con los bacilos espontáneamente atenuados que readquieren la virulencia por pasajes sucesivos a través de los organismos sensibles. Esta es la razón por la cual se han hecho esfuerzos para crear una raza de bacilos que están privados de virulencia para todas las especies de animales, de atenuación fija.

El B. C. G. realiza estas condiciones.

CONCLUSIONES

1° El B. C. G. no contiene gérmenes virulentos capaces de producir en el curiel ni en ningún otro animal una tuberculosis evolutiva y re inoculable en series.

2° Los accidentes de Lubbeck no han sido producidos por el B. C. G. Ello se debe a una terrible equivocación que ha producido en el Laboratorio del Hospital de Lubbeck la contaminación del B. C. G. con bacilos tuberculosos virulentos de origen humano.

3° La hipótesis de una mutación brusca del B. C. G. (bacilos de origen bovino) en bacilo humano virulento no puede sostenerse.

4° No puede tomarse en consideración el empleo de bacilos muertos para realizar prácticamente la inmunidad contra la tuberculosis.

Si Petroff mantiene sus afirmaciones contrarias a las conclusiones que preceden yo solicito que la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones sea requerida para que se constituya una Comisión Internacional de expertos bacteriólogos que ejecuten un programa de experimentos que permitan establecer la verdad. Yo estoy

dispuesto a ofrecer a una tal Comisión todo mi concurso». Mi opinión derivada de cuanto he conocido en el Congreso que acabo de asistir es que ya existen fundamentos y experiencias suficientes en

el mundo para dar lugar al ensayo profiláctico de la tuberculosis por la inmunización B. C. G. en gran escala, cuyos resultados en definitiva habrán de ser juzgados por la próxima generación.

La generalización de los métodos mecánicos de tratamiento de la tuberculosis pulmonar (colapsoterapia), y en especial del pneumotórax artificial clásico, el método más característico, ha imprimido modificaciones bien definidas en la lucha contra esta enfermedad, tanto desde el punto de vista de la terapéutica individual, como desde el de la orientación de la lucha socialmente organizada.

Este último aspecto, en el que tratamos de insistir, ha llamado la atención desde hace algún tiempo. Blumel, Rist e Hirschberg, Eber, Ameuille y sus colaboradores, León Kindberg y Carpi, entre otros, se han ocupado del tema; últimamente se suscitó el mismo por el profesor Bezancon, en la Academia de Medicina de París, en Mayo último pasado, sentando su beneficiosa influencia en la profilaxis de la tuberculosis; también en un trabajo de conjunto sobre

colapsoterapia tocábamos incidentalmente este tema.

Hasta que estos métodos se generalizaron, la lucha antituberculosa tenía un carácter casi exclusivamente profiláctico (educación, vacunación y aislamiento), dejando reducido a un lugar muy secundario, al contrario, por ejemplo, de la lucha antivenérea (profilaxis por el tratamiento, como uno de los métodos fundamentales), los problemas casi sin resolver del tratamiento, pues si bien tenían valor individual, socialmente tenían relativamente poco interés.

Y como por el camino de la vacunación los resultados definitivos no eran alcanzados, la acción se reducía a campañas de educación y aislamiento; tratar de inculcar al público las indispensables normas de higiene, aislar a los enfermos altamente contagiosos que vivían en medios inapro-

piados en hospitales, enfermerías y sanatorios populares, según las posibilidades y el carácter y grado de la lesión, y a aislar a los niños débiles o en peligro de ser contaminados en sus medios familiares por los Preventoriums, de la obra de Grancher, y de manera transitoria, por medio de las colonias escolares y obras similares.

A esto se reducía la labor del Dispensario, ahora y siempre piedra fundamental de la lucha antituberculosa: a la investigación de los enfermos, al reparto de los mismos en las instituciones antes mencionadas, a la educación y propaganda sanitaria (tan interesante como difícil, Piedra de toque de vocaciones o voluntades) y a poco más; luchando siempre con la gran desproporción de medios frente a problema tan amplío como complejo.

Esta labor, siempre ímproba, pero sin duda útil existiendo la cadena de instituciones complementarias, júzguese cuál sería su rendimiento en un Dispensario aislado, como ocurre en Tenerife, sin ningún elemento secundario y puesto *en* peligro de perder su carácter esencial de órgano de acción social y de quedarse reducido a una mera consulta de tisiología, de vida más o menos lánguida.

Pues esto que ocurre en el Dispensario tinerfeño, parece que es análogo a lo que ocurre en muchos Dispensarios españoles, como el doctor Verdes Montenegro

hace resaltar en unos comentarios al discurso del Dr. Palanca, cerrando el curso de tisiología celebrado en Madrid en 1930, en el que este último encomiaba la necesidad de incrementar el número de los enfermos que pueden disfrutar su beneficio; todos los Centros de lucha antituberculosa pueden actuar desde el punto de vista puramente social, ejerciendo la profilaxis por medio del tratamiento, cada uno dentro de su respectivo radio de acción.

El enfermo al que no le es posible obtener una cama en un Centro especializado, puede tornarse inofensivo por medio de un colapso hecho en el Dispensario, el cual le suprime la expectoración bacilífera hasta en un 90 por 100 en la estadística de Varisco; el enfermo que ha conseguido la relativa inactividad clínica en sus lesiones mediante un pneumotórax hecho durante su estancia insuficiente en el sanatorio o en la enfermería, puede mantener su mejoría e incluso rendir económicamente con su trabajo, manteniendo el colapso. Por esto, la lucha antituberculosa ha aumentado en un apreciable tanto por ciento su eficacia desde la generalización de los métodos colapsoterápicos, como las publicaciones más arriba citadas y la experiencia proclaman.

Y volviendo los ojos a nuestro modesto Dispensario, que no cuenta con ningún Centro auxiliar y sólo de una manera indirecta ejerce control sobre un exi-

guo número de camas en el Hospital civil, en malas condiciones, debidas a causas que no son del caso enumerar, pero que llevan camino de modificarse creándose una enfermería capaz y moderna, y sin una acción social seriamente organizada, puesto que al carecer de visitadoras carece prácticamente de toda acción domiciliaria, sin sanatorio ni obra pro infancia alguna, aislado de obras como las colonias escolares, que debían estar en íntima conexión con él, vemos cómo, gracias a seguir la orientación terapéutica marcada por la colapsoterapia ha sido posible hacer una labor terapéutica y profiláctica al mismo tiempo, dentro de su modestia.

El Dispensario antituberculoso lleva aproximadamente año y medio de funcionamiento, y las camas de Fimatología del Hospital civil están bajo nuestro control hace apenas seis meses. En todo este tiempo han pasado por nuestras manos cerca de 300 pacientes portadores de lesiones pulmonares en actividad de carácter fímico, y en todo este tiempo hemos tenido ocasión de practicar:

- 19 pneumotórax clásicos,
- 3 pneumotórax bilaterales,
- 1 oleotórax,
- 4 frenicectomías,

estas últimas llevadas a cabo por el cirujano del Dispensario, doctor Zerolo. Además se ha intentado practicar el pneumotórax a 10 enfermos más (dos de ellos, incluidos en el número de los frenicectomizados), de imposible

realización debido a adherencias pleurales.

A primera vista, resalta la diferencia entre los 300 enfermos vistos y los 27 casos tratados por métodos mecánicos, pues solamente han podido beneficiarse un 8'9 por 100 del total de pacientes. Estas cifras tan reducidas a pesar de la buena voluntad empeñada en ampliar las indicaciones, lo que hace que el porcentaje de éxitos no sea todo lo elevado que los de las estadísticas de otros autores y aún de la propia en los referentes a los enfermos de la clientela privada; estas cifras repetidas, tan reducidas, son debidas a que al Dispensario, por prejuicios explicables que se van desvaneciendo, acuden la mayoría de los enfermos demasiado tarde, con extensas lesiones bilaterales, en grado extremo de caquexia o con complicaciones laríngeas o intestinales de mal pronóstico.

Si se tiene en cuenta que casi todos estos enfermos graves, en favor de los cuales cuanto se haga tiene todas las probabilidades del fracaso, han pasado previamente por una fase de su proceso pulmonar en el que estuvo indicado y fue factible la práctica de un pneumotórax, por ejemplo, momento oportuno que fue desaprovechado y sobre el que ya no es posible volver, tenemos derecho a esperar lo que la realidad nos va mostrando paulatinamente: que aumentan los casos precoces que acuden al Dispensario, que el número de los colapsos aumen-

ta y que los resultados, al ser mejores los casos, también mejoran las estadísticas.

Veamos cómo ha influido la colapsoterapia en los 27 enfermos sometidos a la misma, respecto a la expectoración bacilífera que **todos** tenían al comenzar el tratamiento:

- 9 sin expectoración,
- 8 con expectoración sin bacilos,
- 8 con ídem con ídem,
- 2 **fallecidos**.

Por **tanto**, se ha conseguido suprimir los bacilos de **los** esputos (el peligro de contagio) a más de un 63 por 100 de estos enfermos. Los que aun tienen expectoración bacilífera son pacientes portadores de pneumotórax parciales con adherencias extensas, *que* hacen ineficaz el colapso. Los fallecidos, uno, por pneumotórax por perforación pulmonar, y el otro, por generalización de un caso muy avanzado.

Este es el papel de la colapsoterapia en la lucha **antituberculosa**: un arma más utilizando la terapéutica como medio profiláctico. Factor interesante en toda organización antituberculosa, de gran papel económico en la misma; factor inapreciable en las organizaciones tan precarias como la **tinerfeña**, donde los esfuerzos ponen a prueba las vocaciones; 27 enfermos se han beneficiado de la colapsoterapia; pocos son, comparados con los 300 vistos, pero no fue posible extender los beneficios a más. Son otros tantos enfermos que no **reinfectan** sus medios familiares, que mejoran sus lesiones y que algunos de ellos, rinden un trabajo relativo que les ayuda a vivir.

Antes de terminar, con el profesor Sergent quiero hacer presente que la **colapsoterapia** no modifica, al aumentar el rendimiento, las líneas esenciales de la organización antituberculosa. Los Dispensarios, los sanatorios, las enfermerías y las obras pro infancia siguen siendo insuficientes e indispensables. La extensión del problema es **tan** grande, que, a pesar de todos los sacrificios económicos, morales y científicos, aún no ha sido posible ponerle dique.

Espiroquetosis Apendicular

(*La Prensa Médica Argentina*, 10 de agosto de 1930.)-En el examen inmediato del **contenido** de 394 **apéndices** extraídos quirúrgicamente se han encontrado 38 con espiroquetos del tipo «**enrygyrata**» pertenecientes **en** general a enfermos sin antecedentes diarreicos ni disenteriformes y que, en la mayoría no los expulsaban en **las** materias **fecales**. El examen histológico de estos mismos apéndices ha demostrado hemorragias **intrafoliculares**, infiltrado **eosinofílico** intenso de la submucosa y, en algunos casos, lesiones fibrosas crónicas y atrofia mucosa que podía atribuirse a la coprostasis. La falta de algún fenómeno agudo clínico y anatómopatológico en estos casos no autoriza para hablar de apendicitis espiroquetósicas, pero sí de espiroquetosis apendicular, la cual debería tenerse en cuenta únicamente para instituir un tratamiento ulterior del operado **con arsenicales** en los casos en que no se obtienen suficientes ventajas de la simple intervención quirúrgica, como habitualmente sucede. (*Ap. Minerva Médica*, 17 de noviembre de 1930).

Hormoglando tónico masculino

Es una experiencia muy antigua de la ciencia médica, que la función normal de los órganos enfermos puede ser restablecida por la administración de los mismos órganos tomados de animales.

Un tal órgano es también -el testículo que produce además de la esperma, también hormonas (es decir materia que entra en la circulación de la sangre) y asegura por estas no solamente la función sexual normal, sino influyendo directamente e indirectamente sobre las otras glándulas endocrinas (glándula tiroidea, hipófisis, suprarrenal, timo, etc.) gobierna la fuerza corporal general, el tono normal del sistema nervioso y el curso normal del trabajo muscular.

Pero en la producción de la neurastenia sexual tienen papel, fuera de la función insuficiente de los testículos, también la insuficiencia de otras glándulas endocrinas. Ciertos síntomas semejantes a la neurastenia indican la función disminuida de la g-glándula suprarrenal, lo que es tanto más plausible, porque sabemos que la glándula suprarrenal no solamente regula el desarrollo sexual, sino tiene también papel en la función sexual. (Experimentos en perros de Biedl.) Por la misma causa tiene influencia en esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya función disminuida, el llamado hipotiroidismo va muchas veces junto con astenia y un síntoma frecuente de esta enfermedad, como se sabe desde las investigaciones de Stiller, es la función sexual debilitada y la impotencia.

Al capítulo más nuevo de la ciencia médica pertenecen los datos que demuestran la influencia de la hipófisis (especialmente del lóbulo anterior) sobre las funciones sexuales. Zondek y Aschheim demostraron que el ovario o testículo de ratas infantiles, desprovistas de su hipófisis, no se desarrolla y que estos animales no llegan nunca a la madurez sexual, el aparato genital de animales adultos hipofisectomizados se achica y las ratas envejecen pronto. Lo mismo se puede observar en el hombre, si la función de la hipófisis está disminuida sea a base anatómica, sea por nerviosidad: la función de los testículos cesa y se puede presentar también atrofia.

Si pues deseamos curar los trastornos de la función sexual, la impotencia, las varias formas patológicas de la neurastenia sexual, debemos escoger un

preparado que contenga las materias que ayudan la función de los testículos.

El HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" contiene las hormonas activas de los órganos mencionados y se puede emplear con resultado excelente cuando la causa de la impotencia y de la consiguiente depresión mental es el trastorno de la función endocrina de los testículos, o el curso anormal de las irritaciones nerviosas (por onanía, coitus interruptus o desperdicio del interés sexual, etc.) o la debilidad constitucional del organismo, astenia, caquexia general, excitabilidad y disminución del metabolismo. El efecto del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" se presenta ya *en* poco tiempo: las funciones sexuales se vuelven normales, la potencia se restablece, la eyacuación precoz (que es uno de los síntomas más frecuentes de la neurastenia sexual) desaparece; por el componente de timo y cerebro aumenta el tono muscular del corazón y del sistema sanguíneo, la fuerza corporal aumenta mucho, el cansancio, la somnolencia cesa y con la normalidad del metabolismo vuelve el apetito y se regulariza la digestión.

Excelentes resultados se observaron por la administración del HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO "RICHTER" en los casos de obesidad de origen endógeno y de enagenación mental maniaca-depresiva. Así empleó Schiff, médico-jefe del Hospital de Budapest en 67 enfermos el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en casos que a pesar de la recepción disminuida de calorías no presentaron adelgazamiento, es decir en los cuales la función alterada del aparato endocrino era la causa de la gordura. El tratamiento duró 8 a 10 semanas, y consistió en la administración de inyecciones y de tabletas. El adelgazamiento fue en término medio 15 a 20 % y este resultado se podía aumentar todavía con la inyección simultánea de material heteroproteínicas (Protaven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

Pe los resultados excelentes obtenidos con el HORMOGLANDO TÓNICO MASCULINO en la psiquiatría da cuenta Bakody, profesor de la Universidad de Budapest, que a base de sus experimentos con inyecciones en cientos de enfermos de enagenación mental, ob-

servó la aclaración de la cara sin expresión, la normalización de la disposición del ánimo, la cesación de las alucinaciones y la vuelta de la movilidad y del buen humor.

La administración se hace durante largo tiempo, porque la correlación Química defectuosa del organismo, que ya subsiste largo tiempo y el estado del equilibrio normal se puede restablecer solamente después de cierto tiempo. La cura dura 2 a 3 meses. De las ampollas

se administran según posibilidad diariamente una (acaso cada dos días una) por vía intramuscular. La dosis de las tabletas es 1 a 2 tabletas tres veces al día. Muchas veces es bueno dar las inyecciones y tabletas combinadas.

HORMOGLANDO TÓNICO MASTJLINO "RICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

Un síntoma objetivo de la apendicitis crónica.

(*La Presse Médicale*, 13 de agosto de 1930.) — El autor llama la atención de los cirujanos y de los ginecólogos acerca de un síntoma diagnóstico objetivo poco conocido, que ha encontrado en 3500 pacientes con apendicitis crónica y operados por esta enfermedad.

Este síntoma consiste en una dilatación activa de la pupila derecha en todos los operados que padecen verdadera apendicitis crónica.

En más de 2000 casos observados en Peterburgo y operados antes de 1917 el autor ha observado la dilatación de la pupila derecha en el 88 por 100 de todos los operados, la dilatación de la pupila izquierda en el 6 por 100, ninguna diferencia de las papilas en el 6 por 100.

En otros casos observados en **Rostows**, Don desde 1920 ha encontrado la dilatación de la pupila derecha en el 93 por 100, la pupila izquierda en el 5 por 100, pupilas iguales en el 2 por 100.

Tanto la dilatación de la pupila derecha como la de la pupila izquierda se explican fácilmente, recordando la relación anatómica que existe entre la pupila del ojo derecho y el apéndice durante el proceso inflamatorio de este órgano.

La relación anatómica entre el apéndice y la pupila se realiza por el sistema simpático. Durante el proceso inflamatorio del apéndice se efectúa un desarrollo intenso (hipergénesis) de los filamentos de este sistema nervioso y sin duda este fenómeno se acompaña de un estado de irritación de todo el tronco nervioso simpático y de sus ramas, e incluso el músculo de Müller. De la hipergénesis del tejido nervioso simpático que acompaña a tales irritaciones bioquímicas (hasta las tóxicas), que se observa durante la inflamación del apéndice, y que no se observa nunca en ningún otro órgano del abdomen, depende la dilatación unilateral de la pupila derecha.

Los casos de dilatación de la pupila izquierda en la apendicitis crónica se explican por las posibles variaciones del curso de las ramas nerviosas simpáticas en la parte inferior del abdomen.

Practicada la apendicectomía según las indicaciones sugeridas por el autor, las dos pupilas se regularizan en un tiempo que varía de dos meses y medio a siete meses. Este hecho demuestra el valor de dicho síntoma.

(*Ap. Minerva Médica*, 20 de octubre de 1930)

EMBARAZO EXTRAUTERINO

En los primeros días de este mes *al-* marzo hice una comunicación verbal a la Asociación Médica Hondureña, en su sesión ordinaria, de algunos casos recientes operados en el Hospital General, de seis meses a esta parte.

Fue mi principal objeto llamar la atención sobre la necesidad imperiosa de pensar, siempre «que se examine a una mujer quejándose de una dolencia genital, en el embarazo extrauterino, para evitar lamentables errores y sobre todo para prevenir grandes catástrofes.

Diferentes y variados son los motivos que llevan a una mujer donde el médico:

1° Una hemorragia interna, llamada cataclísmica, de caracteres graves, manifestada por síntomas de fácil percepción sumados a un dolor agudísimo, brusco, localizado en una fosa ilíaca acompañado de síncope subintrantes con sensación de muerte próxima, que aparecen en una mujer en quien un embarazo se había sospechado por ella o por su médico.

2° Un trastorno menstrual consistente en menorragias más o menos abundantes, de duración prolongada hasta por varios días y que datan de algunos meses.

Recuerda pocas veces, pero generalmente no, que tuvo una suspensión de regías por uno, dos o más meses, pero que luego volvieron un tanto aumentadas. Algunas refieren un episodio doloroso en la fosa ilíaca de duración corta, al que no dieron gran importancia.

3° -Enfermos que llegan que se queja de hemorragia vaginal desde hace 10, 15 o más días. Hubo una suspensión de reglas de uno o dos meses, después vino con violencia y no se le contiene,

4° —Pacientes que buscan alivio para un dolor agudo del vientre sin localización en ninguna de sus áreas inferiores.

59— Mujeres que llegan por un tumor doloroso de la fosa ilíaca que notaron desde hace algún tiempo.

En muy raras ocasiones se obtienen del enfermo datos preciosos, nociones de tiempo, retardos de reglas por días, semanas o meses, y máxime cuando el interrogatorio no es dirigido hacia esos elementos indispensables para el diagnóstico.

En repetidas ocasiones cometo errores de diagnóstico por falta de esos anamnésticos, y más que todo por no haber pensado

en la posibilidad de un embarazo **ectópico**.

Fue en la mesa de operaciones donde las dudas se disiparon en presencia de las lesiones.

Diagnósticos de salpingitis con gran frecuencia, de tumores uterinos, de apendicitis, de oovari-tis se desecharon ante la evidencia de los abortos tubáricos.

En unos casos, al sólo abrir la pared abdominal apareció un feto de dos o tres meses; en otros, grandes coágulos sanguíneos envolviendo la trompa y ovario correspondientes y llevando los fondos de saco interinos. En algunos un gran hematoma del Douglas con lesiones casi imperceptibles de la trompa en los casos antiguos y por último un tumor movable, lateral, doloroso, semejando un fibroma; este es el más raro. Se trataba de un embarazo tubárico que databa de once años, y el feto se encontró en estado de litopedion. En todas las formas se encontró siempre feto cuando eran mayores de un mes; en los demás es difícil encontrar el huevo confundido con los coágulos.

En diez años que tengo de ser Jefe de Servicio de Cirujía General en Hospitales nunca he encontrado un embarazo extrauterino en evolución.

De lo expuesto, y a manera de

Conclusiones, he formulado las normas siguientes;

1°—Pensar siempre que se practique un examen ginecológico en el embarazo ectópico.

2° Hacer un interrogatorio sumamente riguroso en lo concierne al estado anterior de las reglas, máxime en referencia a los períodos, retardos o duración de ellas.

3° Operar todo embarazo ectópico como si fuera un tumor maligno, porque nadie conoce las consecuencias posibles, excepción del sexto mes en adelante.

4°—Terminar la operación aplicando un drenaje de Mukulicz cuando el tumor tubárico no esté libre.

Como se ve, este artículo debiera llamarse aborto tubárico y no embarazo extrauterino, puesto que no he mencionado ninguno de éstos; pero mi intención al denominarlo así es extender más allá de los fenómenos propios del aborto la idea gravídica para *m* incitar más a buscar el embarazo ectópico en toda mujer embarazada.

La operación nunca debe re-i tardarse más allá del diagnóstico y a veces hay que practicarla aun antes de haber formulado aquél.

S. PAREDES P.

OBSERVACIONES SOBRE LA DIABETES INFANTIL

Antes de la era insulínica, la diabetes de los niños pertenecía a las excepciones clínicas, porque la mortalidad de estos enfermos era enorme. Hasta la edad aproximada de veinte años, la diabetes de los jóvenes no alcanzaba una existencia de más de un año, momento en el cual el coma diabético solía poner término a la tragedia. A la insulina tenemos que agradecerle muy especialmente el que el pronóstico de esta enfermedad haya mejorado de manera incomparable. La insulina no sólo conserva la vida de los niños; según las experiencias acumuladas hasta ahora, podemos admitir ya que en el curso de una insulinización prolongada se pueden presentar aumentos de la tolerancia en una medida que tiene que sorprender dada la gravedad del mal. Además de esta acción curativa de la insulina, es también el aumento general de los casos de diabetes lo que conduce hoy al médico con más frecuencia que antes la diabetes de los niños. Soy del parecer de que en un porvenir muy próximo este aumento ha de ascender todavía más. La insulina permite que lleguen a la edad matrimonial más diabéticos graves que

Antes, con lo que el problema de la diabetes hereditaria tiene que ir adquiriendo cada día más actualidad.

Son numerosas las cuestiones que se anudan a este hecho, y su importancia, por lo menos individual, se hace ya notar. La experiencia nos enseña que los niños y jóvenes diabéticos se encuentran en general por encima del nivel intelectual medio. Durante los últimos dos años he tratado en mi clínica más de 70 casos de diabetes juvenil e infantil, y sólo uno de ellos podía considerarse como por debajo del nivel intelectual ordinario. Entre los absolventes de las escuelas superiores, llamó frecuentemente la atención 3a juventud de los examinados (grado de bachiller), con 17 años. Aunque para mí no hay dudas acerca de la capacidad intelectual de estos niños, no queda resuelto con ello el problema del desenvolvimiento ulterior de la profesión. Todas las profesiones que dependen en alguna manera del Estado, como maestros, jueces, funcionarios, administrativos y curas, parecen cerradas para estas inteligentes personas, pues es claro que las autoridades evitarán el riesgo del

empleo de un diabético juvenil y por lo tanto grave. Sobre las perspectivas profesionales de los diabéticos juveniles en la economía particular, no se puede decir todavía nada de concreto. Desde luego, las capacidades intelectuales no pueden poner aquí obstáculo alguno, pero, dada la naturaleza de la enfermedad, no hay que olvidar que no en todos los casos puede ser asegurada la continuidad del trabajo. Estos problemas sociales son los que adquieren importancia con el tiempo y el creciente número de enfermos. Es, pues, provechoso, el prestar más atención que hasta ahora a las condiciones características de la forma juvenil de la diabetes.

La antes apreciada división de los casos diabéticos en ligeros, semigraves y graves, no puede ser ya mantenida hoy. Los límites trazados entre estas categorías son en su conjunto arbitrarios. Más bien se podría hacer hoy una división en casos necesitados y no necesitados de insulina. Al hacer una revista de los enfermos de los dos primeros decenios, llama la atención que más de 90% de estos casos está necesitado de insulina. La necesidad de insulina se comprueba cuando el desarrollo normal del niño no parece garantizado sin este apoyo artificial del metabolismo. Al diagnosticar la necesidad de insulina, tenemos presente que un niño diabético alimentado con las calorías suficientes y cuyo

metabolismo no está desequilibrado por glucosuria, ni por acetonuria, es capaz de pasar su desarrollo físico y psíquico lo mismo que cualquier sano.

El don perseguido por la terapéutica del niño diabético sólo puede consistir, por lo tanto en una compensación completa del metabolismo y además en asegurar todo lo posible el crecimiento y el desarrollo psíquico. La necesidad insulínica del organismo infantil, existe, pues, en la inmensa mayoría de estos casos. Pero la misma no es igual en todos los tiempos y también difiere gradualmente en los diferentes casos. Si elegimos como medida cuantitativa de la necesidad insulínica el número de unidades de insulina por kilo de peso del enfermo, que es la medida que nos parece más práctica, encontramos que están aquí en mayoría los niños con un cociente I:P {insulina : peso) de más de 1,0. Naturalmente, este cociente depende también de la cantidad de los hidratos de carbono ingeridos con la comida. Las experiencias de mi clínica se apoyan en general en una dieta que contiene 100 a 120 gr. de hidratos de carbono. El exponer una norma de validez general sobre la dieta especial de los niños diabéticos, es cosa bastante difícil. Como es natural, esto depende en alto grado de la tolerancia. En la literatura no se observa acuerdo en muchos sentidos. Para no volver oscura esta exposición.

voy a resumir sólo brevemente mis experiencias particulares. Antes era muy común el reducir notablemente los hidratos de carbono de la comida, cosa acertada, desde luego, antes del descubrimiento de la insulina; acertada, porque entonces, lo mismo que hoy, se trataba de combatir en lo posible o evitar toda glucosuria en el niño diabético. En este sentido el tratamiento insulínico no ha conducido tampoco a nuevos puntos de mira; solamente permite alcanzar la meta de la áglucosuria *más* permanente posible de la orina, con pocas limitaciones dietéticas. Este hecho es ventajoso en primer término para la alimentación con hidratos de carbono. Toda terapéutica debe atenerse al principio de no tener agresividad y de ejercitar la patológicamente lesionada función. Por mi parte, estoy convencido de que una abstinencia exagerada de hidratos de carbono únicamente conduce a una debilitación mayor aún de la función pancreática. A menudo comprobamos que una pequeña cantidad de azúcar o zumo de naranja tomada próximamente un cuarto de hora antes de la comida, vuelve ésta más tolerable, en el sentido de una reducción de la glucosuria. Aunque esta cantidad de azúcar aumenta en algunos gramos la proporción total de azúcar de la comida correspondiente, esta «excitación» de la secreción de jugo gástrico, y el

efecto glucosúrico es mucho menor. Ya por esta razón tenemos que declarar nos partidarios de una administración notable de hidratos de carbono, sobre todo porque el hidrato de carbono con la protección insulínica ofrece la mejor garantía de la reposición de las reservas de glucógeno del hígado. Sólo así puede ser asegurado el predominio del estado normal contra la acidosis. Prácticamente viene a significar esto una cantidad diaria de 100 a 120 gr. de hidratos de carbono. La forma de administración es indiferente, aunque un predominio relativo de la fruta parece influir en sentido favorable sobre la asimilación de] glucógeno. En general prescribimos los hidratos de carbono de la fruta en comparación con los de los cereales en la proporción de 3:2.

En general ha resultado conveniente, también en los niños, el «sistema de los dos alimentos», como lo llama Carla von Noorden. Por eso, junto a los hidratos de carbono, prescribimos en primer término albúmina en buena cantidad, aunque seguramente no es necesario más de un gramo por kilo de peso del paciente. La necesidad de mayores cantidades de carne, no es sentida apenas por los niños pequeños. Serán suficientes, pues, 120 a 150 gr. de carne y 1 a 2 huevos al día, por término medio. En los jóvenes que han pasado ya la pubertad, en-

tran en consideración, desde luego las cantidades de los adultos.

En cambio somos bastante reservados en lo que se refiere a la grasa. Que las grandes cantidades de grasa con simultánea abundancia de hidratos de carbono y albúmina conducen con frecuencia a la acidosis, es cosa bien sabida que ha conducido a Adlersberg y Porges a un régimen especial muy pobre en grasa. Creo que en los niños no hay que exagerar demasiado, como en los casos graves de los adultos, la limitación de las grasas. La razón de que la asimilación de las grasas sea algo mejor en los niños, debe de residir en los procesos del desarrollo. No obstante, es aconsejable una limitación de la grasa a unos 50 gr. de mantequilla (incluida la empleada en la cocina). Cantidades mayores de grasa son seguramente peligrosas, especialmente si existe ya acidosis.

Es sabido que la intercalación de días de dieta completamente distinta a la normal —progreso que debemos a von Noorden— aumenta notablemente la tolerancia en los adultos, porque en ellos se manifiesta con más claridad el principio de la protección de la función pancreática. Se conocen varios tipos de estos días exentos de hidratos de carbono. En los niños, a menudo no dan resultado. La veleidad del movimiento del azúcar sanguíneo, suele volver en ellos imposible una insulinización segura, y la

aparición de una glucosuria en un día de descanso insuficientemente insulinado destruye para días el buen estado encontrado hasta entonces en los días normales. Sólo no podrá subrayarse lo suficiente el provecho de los días de avena en los casos fuertes de acidosis, sobre todo al principio del tratamiento y en las infecciones repentinas. Estos días, cuya composición es muy conocida, tienen que ser completamente libres de grasa y relativamente pobres en albúmina, si han de cumplir su objeto de la rápida exclusión de la eliminación de quetonas.

Hoy encuentro muy a menudo la razón del fracaso del tratamiento de muchos niños diabéticos, en el método deficiente del empleo de la insulina. Como quiera que muchos de estos niños están necesitados de insulina y lo siguen estando durante largo tiempo, la insulinización sistemática y exacta es uno de los puntos esenciales de todo el tratamiento. En una conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, he expuesto la importancia de la exactitud en el método de la aplicación de la insulina. Son dos los puntos de mira que necesitan ser observados con exactitud. La cantidad de la insulina no debe dar lugar a dudas y tiene que estar determinada exactamente; tampoco es menos importante el momento de la inyección. Respecto a la cuestión de cantidad;

podemos atenernos al resultado del análisis cuantitativo de la orina y. al principio de que las cantidades de insulina deben ser suficientes para evitar toda eliminación de azúcar bajo una dieta media. En cambio, la distribución acertada de la cantidad del día no se consigue sin tener en cuenta el curso de la curva del azúcar sanguíneo. Como ya hemos dicho, es cosa del carácter de la diabetes juvenil el que el nivel de la curva sanguínea se encuentre en un equilibrio muy inestable. Como quiera que la ingestión de alimento, el movimiento corporal y las emociones influyen sobre la curva del azúcar de la sangre mucho más que en los casos correspondientes de los adultos, la acción de la insulina es, desde luego, también mucho más pronunciada en los niños. Una de las razones que hacen temer a muchos médicos la administración de grandes cantidades de insulina a los niños, es la aparición repentina y violenta del shock hipoglicémico, En efecto, los síntomas de la hipoglicemia son a veces muy amenazadores en los niños. Pueden producirse con mucha rapidez profundos estados de coma, espasmos motores y hasta transitorias parálisis. Hasta se han publicado algunos casos funestos. Todas estas razones son motivos suficientes para proceder con la mayor prudencia. Para evitar estos accidentes es necesario no aplicar jamás una inyección du-

rante una línea descendente de la curva del azúcar sanguíneo. En la mayoría de los niños, lo mismo que en muchos adultos, el punto máximo del movimiento cotidiano del azúcar corresponde a las primeras horas de la mañana. Otras cúspides se relacionan a las comidas. Pero las irregularidades son muy frecuentes. Hacia el atardecer, la curva revela con mucha frecuencia antes de la comida (entre 17 y las 18 horas) un ascenso, y, por otra parte, la curva del azúcar sanguíneo no es en modo alguno proporcional a la ingestión de la comida. Es necesario, por lo tanto, averiguar la curva sanguínea de cada niño por una determinación efectuada por lo menos cada dos horas. El as: llamado «perfil del día de la curva del azúcar sanguíneo» (2), que tan buenos servicios presta en los adultos para juzgar el caso, no es aquí suficiente, A pesar de ciertas típicas cualidades retornantes de estas curvas, se comprueban con mucha frecuencia divergencias individuales. -Solamente en pocos niños, y esto en casos muy ligeros, será suficiente una sola inyección de insulina. No es admisible el aumentar a más de 20 unidades la cantidad de la dosis, precisamente a causa de la tendencia a la rápida hipoglicemia. Como quiera que la necesidad de insulina pasa con sobrada frecuencia de esta cantidad, hay que inyectar fraccionadamente. El esquema ordinario que fija la in-

yección siempre antes de la comida, es a menudo erróneo, y el hecho de que con este proceder no se consigue la aglucosuria de una porción de orina en otros tiempos del día, demuestra que las inyecciones no se aplicaron en los momentos debidos. Como regla general hay que aplicar las inyecciones, que muchos niños necesitan tres a cuatro veces al día, por lo menos de cuando en cuando, sólo durante el ascenso de **una** de las líneas de la curva. De esta manera se allanan los cúspides de la hiperglicemia y las oscilaciones son compensadas hasta cierto punto.

Aunque no dudamos de que la vida de los niños diabéticos puede ser prolongada mucho, comprendemos que esta ganancia resulta muy reducida por el hecho de que para la mayoría de estos enfermos no hay liberación posible de la insulina. Casi todos ellos parecen condenados por toda su vida al uso de las inyecciones. Este problema debe ser considerado científicamente desde el punto de **vista** de la posibilidad del **aumento** de la tolerancia por el uso prolongado de la insulina. Ya he tratado en otra parte (3) de la actitud que debemos y podemos observar frente a él en la vida práctica. Sobre el problema del aumento de la tolerancia en los jóvenes, nada podemos decir todavía de definitivo. Creo que el tanto por ciento de los niños que mejoran en el curso de los

años con el uso continuo de la insulina, no es, desde luego, grande, pero que puede ser aumentado dedicando a todo niño diabético el indispensable cuidado para llegar a una mejoría así de la función pancreática. Este cuidado es tanto más necesario desde el momento en que de los puntos de vista generales (edad del niño, duración de la enfermedad, etc.) no se puede deducir todavía si la enfermedad puede tomar o no un cambio hacia el lado bueno.

En 37 casos de diabetes juvenil, todos ellos necesitados de insulina, he podido vigilar durante largo tiempo el desenvolvimiento de la alteración metabólica. La observación más breve importa f; el más largo, 7 años. Medido por los cocientes I:P, de estos 37 casos (21 varones y 16 hembras) 19 acusaron con el tiempo un aumento de la necesidad de insulina, 6 casos quedaron **constantes**, y en doce pudo ser compensado el metabolismo con dosis paulatinamente descendentes. La duración media de la enfermedad fue en las tres categorías casi la misma. En los mejorados importó 2.8 años; en los invariables, 2,5; en los empeorados, 2,76;. El término medio de edades al comienzo de la enfermedad, fue el siguiente; en los mejorados, 11,8; en los invariables, 9,1; en los empeorados, 12 años.

Entre los factores que empeoran la tolerancia, merecen las infecciones la mayor consideración.

Cosa extraña, no son siquiera las enfermedades graves las que tienen influencia deletérea, sobre el metabolismo, sino, mucho más a menudo, enfermedades de poca importancia, resfriados, casos ligeros de influenza, y hasta una coriza algo prolongada o una angina ligera, las causas que dañan sensiblemente y por largo tiempo la tolerancia. Una niña de 15 años, fue considerada por mí, durante dos años, como un caso muy ligero. Sin protección insulínica toleraba 80 a 90 gr. de hidratos de carbono, sin glucosuria. Los índices del azúcar sanguíneo no pasaban de 140 a 150 mgr. %. Después de una gripe casi afebril de 8 días de duración empezó fuerte glucosuria y acidosis. Enseguida se necesitaba de insulina. El cociente I:P llegó a importar 0,6. Ahora hace ya casi un año, la tolerancia sigue igual, sin haberse registrado aumento alguno. La necesidad insulínica sigue a la misma altura.

RESUMEN

Dentro de los límites de este breve artículo sólo hemos podido tocar algunos puntos de todo el complejo de cuestiones. El tratamiento de los niños diabéticos con los auxiliares modernos, se debe considerar, según mi convencimiento, desde un punto de vista puramente optimista. Aunque la enfermedad no ha perdido nada de su gravedad, podemos esperar, sin exageración, una notable reducción de la mortalidad,

que antes del empleo de la insulina importaba casi 100% en 1 a 2 años. La condición para este éxito, casi sin ejemplo en la lucha contra la enfermedad, está en el uso acertado de la insulina y en una dietética exacta. Entiendo por dietética no solamente la regulación del régimen alimenticio, sino también, muy en particular, la debida adaptación psíquica de todo el ambiente en que vive el niño. Con sobrada frecuencia comprobamos los efectos desastrosos de la psicosis de miedo que reina en el ambiente de los niños, de modo que el médico experimentado en este dominio atribuirá también la mayor importancia a la dietética de la psiquis del niño y de los padres. En general se advierte que los traumas psíquicos aislados remiten muy rápidamente en cuanto a su acción sobre el metabolismo. El ambiente de angustia que reina en la familia de estos niños es apropiado en alto grado para que estos traumas se vuelvan permanentes. Si se consigue educar al niño diabético y tratarle en todas sus facetas de desarrollo exactamente lo mismo que un niño sano, se habrá ganado la mitad mayor del problema. La base para un plan de vida de este género, sólo puede ser criada por una clínica especialmente experimentada en estas cuestiones. Por lo demás, el niño diabético debe respirar lo menos posible el aire del hospital; comprobaciones de plazo corto, de una a dos semanas de duración, una a

veces al año, son suficientes en general para asegurar el equilibrio metabólico. Toda hospitalización más prolongada, significa un peligro para el niño, por la posibilidad q' se desarrolle una neurosis creándose así una ineptitud

para la vida práctica. Los diabéticos juveniles educados como es debido y sistemáticamente, son ahora mucho más capaces que antes para esta vida práctica.

(*Revista Médica Germano-Ibero Americana*).

Sección del nervio radial.—
Hetero-ingerto por nervio fresco de perro. Resultados tres años y medio después.

El Profesor Gosset relata a la Sociedad Nacional de Cirujía de París la observación siguiente de sus discípulos Thalheimer y Blonden Walther.

Un hombre de 27 años presentó una herida contusa del brazo izquierdo; una sutura primitiva de las partes blandas fracasó a causa de supuración y la sección del nervio radial fue desconocida.

El 28 de julio de 1929 fue operado por presentar todos los síntomas de una parálisis radial. El tronco del radial descubierto, liberado en la cara posterior del brazo es resecado en tejido sano. La pérdida de substancia es reparada por un segmento de nervio ciático de 10 cm. de largo tomado extemporáneamente de un perro.

Hasta en 1930 comienza a sentir una mejoría de sus trastornos paralíticos y a principios de 1931

Aparición de substancias tóxicas después de las intervenciones quirúrgicas

W. Konig-, de Leipzig, dice que H. Freund designa con el nombre de Fruhgifte una substancia tóxica extraída de sangre desfibrinada; toda destrucción muscular y toda intervención quirúrgica llegarían a la liberación de esta misma toxina que Konig considera como siendo la base de numerosos problemas importantes: neumonía postoperatoria, trombosis, embolia.

S. P. P.

la recuperación es excelente; persisten sólo algunos trastornos en el 4° y 5° dedos.

El relator insiste una vez más sobre la superioridad de los injertos tornados extemporáneamente en el perro vivo, procedimiento que defiende desde hace mucho tiempo, pero que está lejos de ser universalmente adoptado. I

S. P. P.

Identidad del Mal de Caderas Bovino y de la Rabia

Rosenbusch ha llamado recientemente¹ la atención (1) sobre una enfermedad (Mal de caderas bovino), vecina de la rabia paralítica, pero que, sin embargo difiere de esta en algunos puntos: localización natural en los bóvidos de Paraguay y regiones vecinas; Mortalidad bastante débil (20 a 60 por 100); resistencia de la rata; ausencia de cuerpos de Negri, etc. Ch. Nicolle ha tenido la extrema amabilidad de confiarnos el estudio del virus que él había recibido de Rosenbusch, de Buenos Aires mismo, y que él había Comenzado a mantener en Túnez por pases en el consejo. Nosotros le expresamos aquí nuestro vivo agradecimiento. Las constataciones hechas son las siguientes.

En el conejo, la sintomatología no difiere en nada de la que determina el virus rábico fijo clásico. Con la mayor regularidad, los animales inoculados en el cerebro o bajo la duramadre, caen enfermos el noveno o décimo día, y sucumben el once o doce. Sucedió¹, excepcionalmente, que la aparición de la parálisis sea precedida de una corta fase de excitación, > también se observa un

Ligero temblor de la cabeza y del cuello. Es sabido que estos fenómenos se observan, a veces, con los virus fijos.

En el cobayo, la sintomatología es más rica. Se pueden notar todas las formas descritas por uno de nosotros (3) en la rabia del cobayo con virus de la calle (formas furiosas, paralítica, espasmódica, disneica, etc.). La duración de la incubación y la de la enfermedad declarada son un poco más cortas que en el conejo.

No hemos encontrado ninguna dificultad para reproducir la enfermedad en la rata gris (*Mus decumanus*), así como el ratón gris; (*Mus musculus*), el merión (*Meriones shavii*), y la rata blanca (2). En todos estos animales, la forma observada, ha sido exclusivamente la forma paralítica. Hemos, por inoculación intracerebral, hecho pasar diez veces el virus de *decumanus* a *decumanus*. La incubación, de diez días al principio, descendió bien pronto a seis. Vuelto el virus siempre por inoculación intracerebral al conejo, la incubación descendió a ocho días en lugar de diez. El virus del mal de cadera parece, pues como el virus rábico, exal-

tarse **ligeramente** por el pase en la rata.

Numerosos perros han sido inoculados, por trepanación y por las vías **más** diversas. La **incubación, después de inoculación intracerebral**, ha sido, casi siempre, de nueve a diez días. La duración de la enfermedad declarada no ha sobrepasado, jamás, de dos o tres días. No se han notado nunca fenómenos de excitación. La sintomatología ha sido siempre la de la rabia paralítica clásica. En los animales inoculados en los músculos del muslo, la **parálisis** comienza por el miembro inoculado, y sigue en marcha ascendente, como es frecuente en la rabia. Como en ésta, la orina puede contener azúcar. La única **particularidad** observada ha sido, en algunas observaciones, una salivación abundante en extremo, que recuerda la que sigue a las inyecciones de pilocarpina y que, como ella, es avirulenta. La forma paralítica producida en el gato **ha cursado igualmente**, sin fenómenos de excitación. Dos carneros inoculados en la cámara anterior han tenido también una enfermedad de predominio paralítico. Sin embargo, en uno de ellos se notó una ligera agresividad, y en el otro una profusa salivación. En fin, por inoculación intracerebral, hemos transmitido la enfermedad al erizo y al cernícalo (*Gircus rufus*). La sintomatología en estos animales no difería en nada de la de **la rabia clásica**. El cernícalo, en partí->

cular, presentaba de modo perfecto la mezcla de trastornos del equilibrio y de fenómenos paralíticos, que caracteriza la rabia de las aves. Hemos fracasado en nuestras tentativas de reproducir la enfermedad en el pollo (dos observaciones), la del pichón (*dos* observaciones), la tortuga terrestre (dos observaciones), la rana (dos observaciones), y el sapo (dos observaciones). Notemos aún que si, en el conejo y en el cobayo, las vías intracerebral, subdural, **intraocular**, intramuscular, subcutánea, etc., nos han dado casi sin fallar resultados positivos, dos conejos inoculados mediante sonda gástrica con grandes cantidades de virus, no han presentado ningún síntoma mórbido. Todos estos hechos están en favor de la rabia. Jamás, en los animales inoculados hemos observado el menor prurito; es sabido que éste es la regla con el **virus** de la parálisis bulbar infecciosa (enfermedad de Aujeszky).

En el perro, el gato, la rata blanca, el ratón gris, el cobayo y el cernícalo, hemos puesto en evidencia por el método de Gerlach, numerosos cuerpos de Negri en las células piramidales del asta de Ammón, de la corteja gris del cerebelo y de los lóbulos frontales, mostrando o no una organización interior, eran perfectamente típicos. Algunas células encerraban dos, e incluso tres. Más raramente, estas formaciones han sido encontradas fuera de células.

El virus se encuentra en toda.

la extensión del sistema nervioso. No obstante, en el perro muerto del mal de caderas se puede, por medio de inoculaciones apropiadas, el título excepcional y como en el perro que ha sucumbido al virus rábico, poner en evidencia en el sistema nervioso central la existencia de algunas regiones pimientas (1). El hígado, el bazo, el riñón, la sangre, no se han mostrado jamás virulentos. Sin que concedamos gran importancia a estas experiencias negativas, debemos señalar que, en el curso da dos tentativas sobre el perro, no hemos logrado hallar el virus: en la baba. Se sabe que, en el animal rabioso, la saliva muy abundante obtenida después de una inyección de policarpina, no es virulenta (2). Análogamente, nosotros hemos atribuido nuestro fracaso a una profusión intensa de la secreción salivar. Tampoco hemos obtenido éxito con una emulsión de glándula parótida (dos observaciones) y de glándula submaxilar (dos observaciones).

Frente a diferentes factores de conservación o de atenuación, el virus del mal de caderas se ha comportado como el virus rábico. En glicerina, un cerebro de conejo era aun virulento después de tres meses. No hemos determinado la duración exacta de la conservación del virus. La parte central (asta de Ammón) de un cerebro de conejo q' había sucumbido a la enfermedad, era aún virulento después de ciento veinte

horas de inmersión en éter sulfúrico; después de ciento cuarenta y cuatro horas ya no lo era. Con pocas horas de diferencia se comporta así el virus fijo del Instituto de Tánger (3), y exactamente igual se comportan el virus de calle de la India y un virus de calle reforzado originario de Rumania (virus de Chisinau), estudiado largamente por nosotros. Como hemos visto con S. Paimowitch (4), el virus fijo del

Instituto Antirrábico de Zagreb ofrece también al éter una resistencia idéntica (resultados positivos después de ciento veinte horas, negativos después de ciento cuarenta y cuatro). El virus fijo del Instituto de V. es más resistente (resultados positivos después de ciento veinte horas, negativos después de ciento sesenta y ocho); el virus fijo del Instituto de B. es más resistente aún (resultados positivos después de ciento sesenta y ocho horas, negativos después de noventa y dos). Solamente entre los virus fijos estudiados, el virus de Kasauli es menos resistente (resultados positivos después de setenta y dos horas, negativos después de ochenta y cuatro) (2).

Respecto a la dilución, el virus, del mal de caderas bovino se comporta igualmente como el virus rábico. Es sabido que, para Hogenes, la dilución al por 5.000. de virus rábico, no es siempre mortal para el conejo, y que la dilución al por 10.000 no lo es nunca. El hecho es citado siem

pre como axioma, y es el fundamento del método de las diluciones. Sin embargo, Nich, de una parte, Fermi, por otra, hacen notar que Hogyes no tenía en cuenta varios factores: la cantidad de emulsión inyectada, la parte del sistema nervioso central de que provenía el virus, la especie animal sobre la que se experimentaba, etc., y ellos **han** obtenido cifras (1 por 50.000, 1 por 60.000) que dejan lejos tras de sí las de Hogyes. Inyectando bajo la duramadre del conejo medio centímetro cúbico de emulsión de asta de Anión, nosotros hemos obtenido con S. Palmowitch cifras que también dejan atrás **las** de Fermi. Las diluciones de la mayor parte de los virus estudiados desde **este** punto de vista, se mostraban activas al 1 por 100.000 y no lo eran al 200.000. A título de excepción (virus fijo de Tán-ger), hemos hallado **aún** virulentas, emulsiones al 500.000. Entre estos dos extremos, el virus del mal de caderas ha manifestado una actividad media. Inoculada bajo la duramadre del conejo, a dosis de medio centímetro cúbico, una **dilución** al 1 por 400.000 era aún virulenta, mientras que una dilución al 1 por 500.000 dejaba al animal indiferente.

Parece, en vista de todo lo que antecede, que la única objeción posible a la identificación del mal de caderas bovino con la rabia parálitica, sea la benignidad relativa de la enfermedad natural. En dos bóvidos, como en los otros

animales, el pronóstico de la rabia declarada es fatal, mientras en el Paraguay la mortalidad del mal de caderas sería solamente de 20 a 100 por 100. Por una parte, esta benignidad natural contrasta vivamente con la gravedad de la enfermedad experimental. No ha sido observado ningún caso de curación entre el centenar de animales que en nuestras experiencias ha contraído la afección. Todos, sin la menor excepción, han sucumbido en condiciones idénticas a las de la rabia. Esta benignidad, por otra parte, no sería más que aparente y no podría encontrar una explicación en las condiciones muy particulares de la vida y de la observación de los animales en el inmenso "Chaco" que se extiende en los confines del Paraguay, de Bolivia, de la Argentina y del Brasil. Es fatal que el veterinario y con más razón el hombre fije laboratorio—no vea a todos los enfermos, sitio que so vea obligado a remitirse a las declaraciones de personas absolutamente desautorizadas para hacer un diagnóstico, y en las cuales las confusiones son, no solamente inexcusables, sino todavía bien difíciles de que sean justificables; es evidente que un argumento perentorio en favor de la identidad del mal de caderas bovino y de la rabia, podría pedirse a las pruebas de inmunidad cruzada (1) entre el virus de Rosenbusch y el virus rábico. Hasta ahora no hemos juzgado necesario emprenderlas.

porque después de un gran número de experiencias —todas o casi todas concordantes - nuestra convicción era fundada suficientemente, y porque, en su comunicación a la Academia des Sciences, Rosenbusch anunciaba que estas investigaciones estaban en curso en su laboratorio de Buenos Aires.

El interés de estos hechos sobrepasa, ciertamente, el cuadro riel mal de caderas bovino del Paraguay de las regiones vecinas. Carini ha descrito en 1911 (2) una "gran epizootia de rabia" que ha existido durante varios años en el Estado de Santa Catharina (Sur del Brasil), y ha hecho millares de víctimas entre los bóvidos, caballos y muías. La propagación de la enfermedad por la mordedura de los murciélagos (*Phyllostoma supercilliatum*) estaba a punto de hacerse clásica cuando en Buenos Aires Kraus, Negrette y Kantor (3), trabajando con un material de estudio enviado por Carini mismo, creyeron poder avanzar que la epizootia no era, de ningún modo, de naturaleza rábica, y que se trataba de parálisis bulbar infecciosa o enfermedad de Aujeszki. Carini, que ya en 1908 señaló en el Brasil la existencia de esta última afección, ha protestado recientemente (1) contra estos alegatos, y ha mantenido formalmente su diagnóstico de rabia. Igualmente, Moacyr Alves de Souza (2) ha unido a la rabia una enfermedad conocida con el nombre "Peste das cadei-

ras" que existe, a la vez en los bóvidos y los caballos de los Estados de Río Grande do Sul y de Matto Grosso. En un análisis que ha dado de los trabajos de este autor, el Profesor Leclainche (3), se expresa de la manera siguiente: El error de diagnóstico es evidente, incluso fuera de toda investigación anatómica o experimental. Se dice que en el distrito de Belem, solamente, se señala en el año 1,632 muertos, de los cuales son 1.175 bóvidos, 428 caballos, 16, cerdos, 112 carneros y ¡un perro! "Reflexionando, el argumento está lejos de ser convincente. Por una parte, puede ser que en los distritos contaminados haya muy pocos perros y, además, el virus rábico parece adaptarse fácilmente por mordeduras como por pases experimentales a especies animales distintas del perro. No de manera distinta que en el Brasil han sucedido las cosas en la epizootia que ha existido en los gamos del Condado de Suffolk (Inglaterra), epizootia clásica cuya naturaleza rábica no ha sido rebatida. En la relación dada por Adami (1), se habla, de 500 y de un solo perro, el que parece haber sido causa de la epizootia. La analogía con la epizootia del distrito de Belem es, como se ve, muy grande.

De todos mudos, movido sin duda por las críticas que se le han dirigido, Moacyr Alves de Souza ha reemprendido recientemente el estudio de la cuestión en el Instituto Experimental de Medicina Veterinaria de Río de

Janeiro (1). Señalemos aún que una epizootia semejante por **completo** a las precedentes ha existido en el Estado de Paraná, y que también ha sido asemejada a la rabia. (Carneiro y **Freitas** Lima) (2). Viene, **naturalmente**, a la imaginación, que el mal de caderas bovino del Paraguay, de Bolivia y de la Argentina; la peste das Caderas del Estado de Río Grande do Sul; la rabia de Santa **Catharina** y de Paraná no constituyen más que una **sola** enfermedad. Desde luego, si se admite que el mal de caderas del **Paraguay** es la rabia paralítica, la misma conclusión debe aplicarse a las otras afecciones que acabamos de enumerar. Sin embargo, quizás esta fórmula es un poco simplista y las cosas son más complicadas en la naturaleza que aquí sobre el papel. Se puede preguntar, sobre todo, sin en esas inmensas extensiones territoriales de América del Sur la rabia y la pseudorabia no son susceptibles de coexistir, de vivir intrincadas en las mismas regiones, en los mismos rebaños, de encontrarse, incluso, a veces en un mismo individuo. Un buey, por ejemplo, puede perfectamente sucumbir a la enfermedad de Aujeszky; mientras se encuentra en incubación de rabia y cuando el virus rábico ha llegado ya a su bulbo y a su cerebro. Se conciben las explicaciones que esta coexistencia de los dos virus sería susceptible de acarrear en el curso de las investigaciones. Sea, **en**

el buey un caso de infección mixta por los virus rábicos y pseudorábicos. Los conejos inoculados en la autopsia del buey con el asta de Amón van, después de un corto número de días, a sucumbir únicamente por la enfermedad de Aujeszky. Sin embargo, el bulbo del animal ha sido sumergido en Glicerina y conservado en la kelerá para todos los fines útiles. Aunque en la glicerina la supervivencia de los dos virus sea sensiblemente idéntica, se puede concebir que, bajo una u otra influencia, el virus de la parálisis pseudobular venga a desaparecer el primero. Si en *este* momento es pedido material de estudio por un experimentador distinto, el bulbo conservado en la helera le es expedido con la mejor fe del mundo bajo la etiqueta de "Enfermedad de Aujeszky". Ahora bien, en el conejo no determinará la enfermedad de Aujeszky sino la rabia. Con la mejor fe del mundo, el segundo observador afirmará no haber recibido sino una banal virus rábico. Y comienza la controversia.

(De la "Revista de Medicina de los Países Cálidos").

Pancreatitis aguda

Owen H. Wangenstein, N. J. Leven y M. H. Manson, de Minneapolis, en el *Archives of Impery* relatan los resultados experimentales obtenidos con el fin de producir una pancreatitis aguda, so-

bre 289 animales, casi todos gatos y rafa vez perros, he aquí algunos detalles:

La mayor parte de las experiencias para provocar la pancreatitis aguda, ha sido procurando un reflujo de la vía biliar, al canal pancreático y eso se consigue ligando al nivel de la ampolla de Vater a manera de impedir la salida de los líquidos en el duodeno y esa ligadura es colocada abajo del espolón que separa los dos canales, de manera que el reflujo biliar se haga hacia el páncreas. Esta ligadura simple no ha dado ninguna lesión pancreática. Los autores han buscado entonces, siempre después de la ligadura, un empuje biliar artificial para producir el reflujo en el canal de Wirsung. Han inyectado aire bajo presión en la vesícula. En 13 casos hubo 8 pancreatitis. Han provocado también ese reflujo haciendo contraer el árbol biliar por ingestión de una comida rica en grasa. Sobre 31 casos tuvieron 18 resultados positivos. Al contrario, las comidas ricas en alcohol o en proteína, fueron ineficaces.

Se confirma entonces el hecho que para producir experimentalmente una pancreatitis aguda es necesario provocar un reflujo biliar en el páncreas y, por consiguiente, activar el tripsinógeno pancreático.

Esto es puesto en evidencia poruña experiencia más simple: la ligadura del canal pancreático

y la inyección de bilis en el mismo provocan constantemente la aparición de una pancreatitis.

Los autores discuten cómo se produce el reflujo en el hombre. La litiasis biliar y particularmente un cálculo enclavado en la ampolla juegan indudablemente un gran papel. Hay que hacer intervenir el espasmo del esfínter de la papila acompañado de un empuje biliar bastante violento como el que se produce después de las comidas; por eso es en general que las pancreatitis agudas principian en el período de digestión.

Otras experiencias han sido hechas, principalmente para eliminar el papel de la infección en la génesis de las pancreatitis agudas. 38 casos donde ha sido realizada la infección de la vesícula no han dado sino un caso de pancreatitis aguda; pero si después de la infección de la vesícula se practica una ligadura de la ampolla de Vater, se observan tres pancreatitis sobre 4 casos así operados.

Se puede concluir que, experimentalmente al menos, el papel de la infección por propagación por la vía linfática es muy problemático. Los autores los discuten largamente al punto de vista clínico y exponen las razones que tienen para pensar que la etiología infecciosa pura es excepcional en el origen de las pancreatitis agudas.

S. P. P. ■

LA HIGIENE MENTAL DURANTE LA EDAD ESCOLAR

Indudablemente Que la aplicación de los preceptos de la Higiene mental! durante la Edad Escolar, representa la piedra angular de toda la higiene mental posterior, pues no sólo atañe directamente al niño, sino que implica una participación activa tanto por parte de los padres de familia como por parte del profesorado escolar.

Pero nosotros antes de abordar este tema nos creemos obligados a mencionar la importancia de la Higiene Mental durante la edad Pre-Escolar, por ser precisamente durante este período de la infancia cuando se establecen los principales hábitos de limpieza, respecto a las personas mayores, etc.

Y de aquí, que en algunos países, como en los E. U. de América se hayan establecido las llamadas Clínicas de Hábitos y que han dado los mejores resultados.

Desde luego que esta observación no va dirigida a los maestros porque seguramente están enteradas de la existencia de estas Clínicas, sino que en este caso lo mencionamos a título de información y de advertencia para aque-

llos lectores que desconozcan la existencia de estas escuelas.

Esto dicho, veamos cuales podrían ser los derroteros a seguir para iniciar la Higiene Mental durante el período escolar.

Tres preguntas fundamentales podemos formular antes de hablar de la organización de la Higiene Mental en el seno de las Escuelas Primarias y que son las siguientes; Primera Pregunta. ¿La Higiene Mental debe constituir una asignatura aparte, dentro del Programa Oficial de la Enseñanza Primaria? Segunda Pregunta. ¿En caso negativo debe confiarse a otro organismo del Estado o bien debe reservarse para las actividades periescolares? Tercera Pregunta. ¿Aceptada cualquiera de estas tres fórmulas, existen argumentos suficientes para que sean los maestros o bien los médicos los encargados de esta enseñanza?

Desde luego que todo maestro que haya seguido un curso de Psicología Pedagógica lo consideramos capacitado para iniciar esta campaña.

En cuanto a los médicos, podríamos asegurar que son muy

pocos los que han tenido la oportunidad de familiarizarse con estas cuestiones y siendo así, no tenemos inconveniente repito, en que los maestros por su parte y bajo su responsabilidad inicien esta **cruzada**, suplicándoles simplemente, que cada vez que observen anormalidades tanto de la inteligencia como del carácter que no fueran modificadas por los métodos pedagógicos corrientes, tuvieran la **precaución** de recomendarles a los padres o tutores un médico especialista.

Hecha esta salvedad veamos cómo podría organizarse en las escuelas primarias la divulgación de los principios de la Higiene Mental.

La primera dificultad con que nos tropezaríamos es con la distribución del horario de las clases y con mayor motivo ahora, si queda establecida la sesión única para los maestros, ¿Cómo sacrificar las materias básicas en honor a la Higiene Mental? Esto que de momento parece un obstá-

culo insuperable se allana fácilmente englobando la Higiene Mental dentro de las enseñanzas de la Fisiología y de la Higiene, pues como ya hemos dicho en otras ocasiones, sólo pretendemos que se le dedique un buen capítulo y nada más.

Pero aparte de* estas explicaciones confiadas a los maestros los miembros activos de la Liga de Higiene Mental de Cuba, están dispuestos a realizar excursiones periódicas para que los maestros que son los que están en contacto directo con los alumnos y sus padres, nos ofrezcan la oportunidad de reservarnos el estudio de aquellos casos que ya hemos dicho que no se modificaban por los métodos pedagógicos corrientes para que durante esas excursiones de que hemos hablado podamos examinarlos para luego aconsejar los tratamientos adecuados.

De esta manera tendríamos en cada maestro un Delegado y en

cada escuela un pequeño Laboratorio *de* Higiene Mental,

Persiguiendo estos fines es por lo que nosotros daremos a conocer una pequeña Clasificación que podría servir de prueba a los maestros para iniciarse en el estudio de los niños con tropiezos mentales durante la edad escolar.

Pero antes de dar a conocer nuestra clasificación nos permitiremos hacer una recomendación y es la siguiente: Que no inculquen en la mente del niño que el médico es un "Coco Científico" que le va a tomar el pulso para luego ponerle inyecciones que duelen mucho, sino que el médico es un amigo fraterna] del niño que podrá darle consejos con los cuales estudiando menos tiempo Podrá sacar mejores notas y de esa manera ya empezaremos a hacer Higiene Mental dentro de las escuelas.

La obra yuxta - escolar que nos proponemos con nuestras excur-

siones periódicas tendrá dos fases, una que podríamos calificar de exploración clínica después de las primeras semanas del curso escolar o sea dentro del 1er. período, para que el maestro pueda informarnos de lo que nosotros llamaremos los primeros tropiezos mentales para aportar nuestros consejos médicos y tratar de disminuir la tarea laboriosa del maestro y aumentar en cambio el rendimiento escolar.

Otra excursión de vacaciones o sea después *de* los exámenes para comprobar nuestros vaticinios, y caso de.-que el niño tuviera que repetir el mismo grado atender su anormalidad desde el primer momento para cuando se Iniciarán las clases, llevarse en su cartera el tratamiento médico, con el cual evitaremos nuevos tropiezos mentales.

En la imposibilidad de analizar en el curso de un solo trabajo todas las causas que puedan per-

turbar la salud mental de los niños durante la edad escolar preferiremos utilizar estas páginas para dar a conocer una clasificación muy simple, asequible a los maestros para cuando la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, implantara la Cartilla Biológica, Clínica y Pedagógica de los niños que asisten a las Escuelas Primarias, tener una idea de los grupos más frecuentes de la anormalidad infantil y que nosotros para no lastimar el sentimiento o mejor dicho la susceptibilidad de los padres podríamos calificar de niños de difícil educación.

Clasificación Clínico-Pedagógica de los niños de difícil educación

1o.—Niños con deformaciones físicas, pero sin torpeza intelectual.

2o.—Niños con defectos de la formación.

Niños con defectos de la audición.

Niños con defectos de la visión.

3o.—Niños retrasados pedagógicos por falta de escolaridad.

4o.—Niños desatentos, pero sin retrasos de los sentidos, los cuales podemos subdividirlos en estos dos Subgrupos: con inestabilidad motriz, sin inestabilidad motriz.

5o.—Niños tímidos o hipermotivos.

6o.—Niños débiles mentales o retrasados simples.

7o.—Niños con trastornos del carácter. Subdivididos en Inteligentes. Vanidosos. Soberbios.

8o.—Niños que sufren de ataques de ira con una constitución hereditaria más o menos perversa.

9o.—Niños epilépticos o que sufren de convulsiones epilépticas.

10.—Niños incomprendidos o sea a los que llamamos nosotros:

Niños con reacciones esquizofrénicas.

Hemos dispuesto los grupos en este orden para facilitar el desarrollo de las advertencias higiénicas que nos han parecido más importantes y fáciles de poner en práctica.

En cuanto al primer grupo o sea los niños con deformaciones físicas pero sin torpeza intelectual, tenemos que hacer una **aclaración**: El problema de la higiene mental en estos niños se nos presenta bajo estas dos aspectos. Si se trata de un defecto físico que no provoque hilaridad y el alumno además llegue a demostrar una superioridad intelectual sobre el promedio *de* sus compañeros no habrá inconveniente alguno en que se le respete y termine sus estudios sin incidentes desagradables-, pero si por desgracia además de contrahecho es torpe o bien se convierte en el payaso de la clase, el maestro se verá obligado a mantener la disciplina escolar con todo su rigor lo cual representa descuidar la parte didáctica de la enseñanza.

Los niños de estas condiciones, son el estorbo más grande en aquellas escuelas donde se realice una armónica coeducación,

pues las indirectas, las burlas y las frases alusivas, soliviantarán el ánimo del bando de los otros niños que muchas veces se constituyen en defensores del **infeliz** llegando en algunas ocasiones a provocar escenas agresivas y becosas a la salida de la escuela o bien durante las horas de recreo.

Para esta clase de niños contamos hoy día con el recurso de la **■** cirugía ósea y los aparatos ortopédicos, pero **&i fatalmente** es una afección que no tiene tratamiento entonces no nos queda más remedio que recomendarles a los padres que acudan a esas escuelas especiales que ya existen en muchos países, para la educación y reeducación de los niños inválidos.

En cuanto a los del segundo grupo, además de las clases ordinarias habrá que recomendarles algunas **sesiones** semanales de **■** ortofonética.

Y a los que presentaran defectos de la visión, situarlos en la clase convenientemente y recomendar la revisión periódica de su agudeza visual.

Los del tercer grupo podrían beneficiarse con la preparación de textos especiales que aliviaran la labor del maestro y el aprendizaje de las materias tra-

tadas en las clases anteriores, para suplir así, las lagunas escolares o bien la comprensión de los conocimientos básicos mal adquiridos.

En cuanto a los desatentos sin defectos de los sentidos estarán a merced de las condiciones personales del maestro y de la actitud beneficiosa o fatal de sus compañeros de clase. Es para estos niños principalmente que reclamamos una didáctica vitalizada, llámesele Activa, Funcional o de otra cualquier manera.

Los niños del quinto grupo pueden remediarse convirtiéndolos en actores en vez de espectadores de las actividades escolares lo mismo delante del pizarrón, como tomando parte principal en las justas deportivas o bien en las fiestas escolares.

Para los del sexto grupo sólo reclamamos mucha paciencia y mucha tenacidad por parte de los profesores.

En cuanto a los- del séptimo

grupo, los niños con trastornos del carácter: inteligentes, vanidosos o soberbios, requieren una vigorosa personalidad del maestro y un gran acierto psicológico para allanar todas las situaciones comprometidas a que nos exponen estos niños.

Lo mismo podríamos **decir** de los que sufren de ataques de ira con una constitución mental más o menos perversa.

Tocante a **los** niños que sufren de convulsiones epilépticas deben ser tratados por un médico especialista teniendo cuidado el maestro de anotar el ritmo periódico de los ataques para evitar así la sobrecarga de la tarea escolar.

Y por último en cuanto a los niños incomprensivos se procurará llevar un libro de anotaciones con las frases típicas o extravagantes que con asombro del maestro y de los demás compañeros emplee en sus definiciones

o bien la manera descabellada de sus razonamientos matemáticos abusando de lo que llamamos nosotros de la actitud interrogativa y de los dibujos simbólicos.

Con la recapitulación de estos datos y un examen conjunto de las cualidades afectiva del niño tendremos datos suficientes para orientarnos desde el primer momento cuando se nos ofrezca la oportunidad de realizar nuestras excursiones clínicas.

Pero la Higiene Mental no sólo va dirigida a prevenir y mejorar la anormalidad mental de los niños, sino que aspira a mucho más, la verdadera higiene mental tiene por principal objeto hacer posible que tanto los niños como los hombres, puedan sentirse más felices y en efecto la Higiene Mental viene a constituir una nueva Religión, necesitamos de los nuevos sacerdotes de la Salud Mental y hemos pensado en los maestros de instrucción primaria para suplicarles su **concurso**.

No basta clasificar a los niños en uno de estos diez grupos para haber cumplido con la tarea, es preciso que investiguemos tam-

bién cuando y por qué, un niño aplica-do, sin una causa física que lo **justifique cae** de repente en el grupo de suspensos, en cuyo caso tenemos que indagar la calidad de sus resortes afectivos, la intrincada red de sus amistades y acudir al Psico-análisis para alcanzarle a tiempo un medio de salvación no fuera **ser** que abandonado a sí mismo se entregara a la inanición o cayera en la perversidad.

Si bien es digno de aplauso que una inteligencia mediocre llegue a alcanzar un promedio normal dentro de los conocimientos escolares y hasta brillar momentáneamente en los exámenes de fin de curso, más meritorio es, todavía, conservar en primera línea a **los** centinelas del talento, abreviándoles el aprendizaje escolar para que quede un remanente disponible de energías que puedan utilizarse en el sentido del desarrollo estético del espíritu humano para que a la condición -de niños inteligentes podamos añadir el sentido amplio de un humanismo bien comprendido, abonando el terreno juvenil para alcanzar luego ulteriores

conquistas en el campo de la oratoria y de las Bellas Artes y que esta disposición de ánimo sirva de antesala al gran escenario de la vida.

Así, pues, no aspiramos solamente a cultivar la salud mental y el rendimiento escolar, sino que esta gran labor estará adornada por el concepto de lo bello y por un gran espíritu de comprensión de las flaquezas humanas, para

que lejos de irritarnos por los defectos ajenos procuraremos estudiar sus causas, obteniendo una enseñanza práctica de esos mismos defectos que pensamos remediar y que sintiéndonos sacerdotes de esa nueva religión que llamaremos Higiene Mental hacer que la juventud cubana progrese más y más para orgullo de la Patria, de la Escuela y de la Humanidad.

establecidos de una manera firme y definitiva; la generalización rápida de la infección y sífilis mudas. Actualmente, la sífilis visceral es la que ocupa el capítulo más extenso, siendo numerosísimos los trabajos que en estos últimos meses se han publicado sobre sífilis gástrica, hepática, de corazón y vasos, de glándulas endocrinas, etc.

En materia de diagnóstico—en la sífilis con latencia sintomática externa —, ha perdido algún valor el procedimiento de las reactivaciones, dando preferencia a la evolución espontánea humoral, para lo cual es conveniente hacer la investigación serológica en días sucesivos. La observación y el estudio clínico de los enfermos sigue ocupando lugar preferente. En serología de la sífilis tenemos

hoy numerosas reacciones—quizás demasiadas —, y a diario vemos nuevas técnicas y perfeccionamiento de las antiguas. Lo interesante es que el serólogo sea bueno. La reacción de Kahn, en estos últimos meses, ha sido motivo de numerosos trabajos. La reacción de Prunell se recomienda mucho para el líquido cefalorraquídeo. Entre los ingleses goza de gran prestigio el método de sifilimetría de Vernes. La importancia, en todo esto que, por falta de espacio, no podemos exponer con mayor extensión—, es que en toda investigación serológica de un caso sospechoso de sífilis, previo reconocimiento clínico escrupuloso, se practiquen siempre, con objeto de controlar, y en el mismo suero, por lo menos, una reacción de hemolisis y dos

de precipitación o enturbiamiento, sin que esto signifique rechazar a realización de otros métodos complementarios, si el caso lo requiere.

En el arsenal terapéutico contra la sífilis sigue el arsénico en el puesto de honor como medicación de ataque y más activa contra la infección; después, el bismuto, y por último, el mercurio. De éste quizás nos hayamos olvidado demasiado, encariñados por el bismuto, hasta el extremo de que algunos médicos lo han desterrado completamente del campo terapéutico contra la sífilis. Nos permitimos recordarles que el mercurio es indispensable, si queremos hacer una medicación eficaz contra la lúes. Recientemente se han hecho estudios con un bismútico liposoluble, que está proporcionando excelentes resultados terapéuticos.

La malariaterapia sigue su curso en estudio y observación. Cuantos la han utilizado en el tratamiento de la parálisis general, tabes y sífilis nerviosas coinciden en los buenos resultados,

en las grandes remisiones, sobre todo en la parálisis. Es necesario vaya seguida la malariaterapia de un tratamiento específico completo, si queremos obtener la mayor acción terapéutica. Parece ser que el paludismo adquirido no es **profiláctico** de manifestaciones nerviosas de la sífilis.

En lo que se refiere a la lucha y- defensa social contra las enfermedades venéreas, se ha dado la mayor importancia - si bien tropieza con "grandes dificultades"—a 4a-educación sexual en los dos sexos, al certificado médico prematrimonial y al reconocimiento médico periódico.

Teniendo en cuenta que este trabajo ha de ser más para médicos generales que para especialistas, que han de estar al corriente del movimiento científico en su disciplina profesional, al ocuparnos de dermatología podemos decirles que esta rama de nuestra especialidad, del mayor valor científico, sigue todavía en interrogante. Se ha investigado mucho en estos últimos tiempos; pero deducciones prácticas, hechos

concretos útiles a la clínica, pocos han cristalizado.

Impera actualmente, en materia de etiología, pero siempre en hipótesis, el criterio de encarnar en la sífilis y en las glándulas de secreción interna la causa de numerosos procesos dermatológicos.

El laboratorio nos dice que en el intertrigo, psoriasis y forunculosis se ha encontrado elevada la glucemia. En otras lesiones, como eczemas, urticarias; eritrodermias y prurigos, se observa un ligero desequilibrio ácido básico,

Milián ha hecho grandes estudios de la teoría biotrópica relacionadas con ciertas dermatitis artificiales, sobre todo con los eritemas postsalvarsánicos del segundo septenario, y dice que son eritemas infecciosos biotrópicos y no tóxicos, por lo que puede continuarse sin peligro la medicación

arsénical. Nosotros aconsejamos se haga en estos casos un estudio concienzudo antes de seguir inyectando.

Novedades terapéuticas en el orden dermatológico han surgido muchas en estos últimos meses, si bien sus resultados no están todavía lo suficientemente controlados para hacer de ellas juicio definitivo.

El bacteriófago ha dado resultado en algunos casos de furunculosis, ántrax y acné; en este último, sin embargo, es preferible los rayos ultravioleta.

En tuberculosis de la piel sigue abriéndose camino las sales de oro. Algún caso de lupus, rebelde a toda medicación, se ha curado con inyecciones de éter benzylcinámico, con radium, con bismuto.

En las peladas el método foto-

dinámico promete halagadores resultados. Consiste en lo siguiente, que es sencillísimo: inyección intravenosa de gonacrina al 20 por 100 de 5 centímetros cúbicos, «media hora antes de cada irradiación»; embrocación previa de la pelada con aceite de coco; rayos ultravioleta, tres minutos de duración; aplicación cada dos o tres días.

Con inyecciones hipodérmicas de un extracto de bazo de cerdo, libre de albúmina, variando la dosis de 16 c. c. a 20 c.c. en una sola inyección, han curado rápidamente, algunos autores, numerosos casos de eczema y urticaria. En las úlceras crónicas de las piernas ha dado los mejores resultados la cura con el emplasto de una modificado. Su formula es como sigue:

Glicerina1.900 gramos
Gelatina 625
Agua2.900c. c.
Oxido de cinc250 gramos
Acido fénico.....1.50% del
volumen total.

Para su empleo se calentará al baño maría, hasta que adquiera consistencia blanda y fácil para ser extendida sobre la piel. Se extiende desde los dedos del pie hasta la rodilla, sin dejar de hacerlo sobre la úlcera, en íntimo contacto con ella previa limpieza. Dispuesta la primera capa de pasta, se dan unas vueltas de venda, sin inversos ni cruzados, para continuar dando otra capa sobre la venda, y así hasta haber dado tres vueltas de venda y tres capas de pasta. Enfriada esta especie de botina, es de consistencia elástica y lo suficientemente porosa

para dar salida a los exudados de la úlcera. Cuando la cura esté sucia debe cambiarse.

Algunos casos de vitiligo han sido tratados felizmente con rayos ultravioleta, previa fricción con esencia de bergamota, haciendo por último y seguidamente, una serie completa de **tratamiento** específico-

Casos de tinas infantiles han sido **influenciados** favorablemente con el ioduro de azufre, se pulverizan **las** pastillas que existen en el comercio de este producto; utilizando después como excipiente la glicerina; se desoxidan las placas con jabón negro y agua, se

seca y se enbadurna, agitando previamente la mezcla. La cura se hará, al comienzo, diaria, y después, cada dos días.

Como hemos dicho en el curso de este trabajo, la falta de espacio nos obliga a no ser todo lo extenso que nosotros quisiéramos. Esto, unido a que soto hemos querido reunir en estas notas lo más saliente, lomas significativo y lo que puede tener algún valor práctico para el método general, nos obliga a terminar este artículo, *que*, de otra forma, nos llevaría a ocupar casi todo el espacio de este importante "Anuario Médico".

TENSIÓN MEDIA DINÁMICA

La escuela de Vaquez ha llamado recientemente la atención de los fisiólogos y de los clínicos sobre la *presión arterial media*, también designada eficaz o dinámica, asignándole tan vasta trascendencia, que es indispensable tomarla en cuenta.

Nos está vedado a este respecto penetrar en el campo de la Fisiología y de la Medicina experimental, donde los autores encuentran antecedentes y verifican hechos fundamentales, pero no así en el de la Clínica, donde hemos podido seguirlos y confrontar sus conclusiones.

Entre nosotros el asunto ha sido ya comentado por Martini y Dóssola, que lo han hecho desde un punto de vista técnico, y por Waldorp, Bordo y Genijovich, que lo han abordado en su aspecto predominantemente clínico.

Daremos nuestra opinión, ajustada a lo que personalmente hemos visto, fruto de una labor diaria, prolija y controlada.

Anticipamos que las conclusiones francesas nos parecen excesivamente esquemáticas, y sobre todo más deducidas que comprobadas; pero es indudable que el asunto reviste importancia, y que, al menos, ha de restaurar el valor clínico de la oscilometría, tan

útil y expresiva, ahora casi dejado de lado.

TÉCNICA Y DEFINICIÓN I>K LA

I
PRESIÓN MEDIA DINÁMICA

Traducimos la parte pertinente del artículo original:

"Se comienza por establecer en el manguito del aparato de Pachón una contrapresión superior a la presión supuesta en el sujeto, después se descomprime lentamente, anotando la amplitud de las oscilaciones correspondientes a cada una de las cifras de la presión.

"De ordinario no existen motivos de duda; la oscilación máxima se distingue notablemente de las otras y la cifra leída entonces sobre el manómetro es la presión mediana. Sin embargo, puede suceder que esta oscilación se confunda con oscilaciones de igual amplitud y constituya con ellas una especie de meseta. En este caso, dice Pachón, es al medio de esta meseta donde se encuentra el índice revelador de la presión mediana. Habría además ventajas de inscribir sobre una curva las series de estas modificaciones, lo que permitiría al mismo tiempo, continuando la descompresión, reparar —cuando esto sea posible— la presión más bajas mínima

El propio Vaquez reconoce que esta técnica puede resultar complicada; en verdad, más que complicada, nos ha resultado en nuestras manos, y a nuestro juicio, imprecisa. En efecto, su simplicidad surge de la lectura de los términos, pero sus imprecisiones se comprueban al aplicarla en el individuo.

En nuestras numerosas y repetidas mediciones de la tensión arterial por este procedimiento, hemos podido apreciar cómo, desde tal punto de vista, es posible establecer *dos categorías de individuos*:

Primera categoría. - La forman los más; individuos con una variable y difícil expresión oscilométrica.

Segunda categoría. — La forman los menos; individuos con una estable y clara expresión oscilométrica.

Entre los primeros (excluidos los portadores de arritmia completa), hemos podido ver cómo en un mismo individuo y dentro de minúsculas diferencias de tiempo —de un minuto a otro — son posibles oscilaciones desiguales que hay que aprender a desechar para no equivocar las anotaciones válidas. Oscilaciones desiguales que constituyen un elemento de confusión si además se recuerda la necesidad de no prolongar demasiado la presión del manguito que, según se sabe, es capaz de influir en los valores de las tomas sucesivas. Todo lo

cual permitirá comprender por qué en tales sujetos, esta técnica oscilométrica cumplida prontamente, da resultados tan necesariamente dudosos.

Con todo, se llega a un adiestramiento personal, individual, que permite identificar la oscilación máxima, y por tanto, la presión media dinámica, con las menores causas de error posibles.

En la segunda categoría de individuos, la expresión oscilométrica es estable y clara, y en ellas la lectura de la máxima oscilación y de la correspondiente presión mediana es, realmente, sencilla.

Martini y Dóssola creen que el procedimiento adoptado por Vaquez "es difícil y expone a múltiples errores", y preconizan como más ventajoso, un dispositivo que les pertenece, en el que "una aguja inscriptora traza el gráfico con tinta sobre un papel en el cual una serie de líneas horizontales separadas entre sí por una distancia de un milímetro, permiten medir con exactitud las oscilaciones". Anuncian para un trabajo futuro sus resultados con tal técnica.

No debe olvidarse que los métodos gráficos a tinta y pluma inscriptora son también muy objetables, sobre todo en cardiología humana, y que, hasta ahora, han sido engorrosos para la práctica de todos los días. Por otra parte diremos que hemos comprobado tantas variantes en la forma de una misma curva os-

cilométrica, que no vacilamos, en afirmar que uno y otro procedimiento permitirán registrar la marcada labilidad a veces paradoja y aun desconcertante de la oscilometría de muchos sujetos. Son éstos los que pertenecen a nuestra primera categoría; por ello no deja de sorprendernos que Waldorp, Bordo y Genijovich "no hayan tenido dificultad para la determinación *exacta* de la tensión media dinámica, salvo el caso particular de enfermos con arritmia completa." *En* otros, es evidente, que las causas de error para establecer visualmente la máxima oscilación y por tanto la presión mediana, son prácticamente salvables.

Pero, como luego diremos, el tipo de *curva* oscilométrica—simple o compleja, en meseta, regular irregular—nada tiene que ver con la tensión media dinámica, pues *ésta depende de la máxima oscilación y no del tipo de curva.*

VALORES NORMALES DE LA TENSION MEDIA DINAMICA

En un sujeto normal —dice Vaquez—, para una cifra de presión máxima de 15 cms. de mercurio, la de la mediana será de 8 a 9, la de la presión mínima de 6 1/2-7. estando, por lo común, la segunda más alejada de la primera que de la tercera. Estas cifras son un poco más bajas en la mujer".

Es indudable que un enfermo, decuaiquier cosa que lo esté, no

ha de ser considerado de antemano un normotenso; todos sabemos cómo las causas exógenas y endógenas, orgánicas, funcionales y psíquicas repercuten y rompen el equilibrio tensional aun en el sujeto considerado sano. De modo que cuando Vaquez dice *sujeto normal*, ha de querer decir *sujeto clínicamente sano*, lo que no podemos repetir nosotras sin aclarar que hemos trabajado con hospitalizados. Pero hemos elegido un primer grupo de 30 enfermos de ambos sexos, viejos y jóvenes, que subjetiva ni objetivamente tenían signos vinculables al estado de su tensión arterial. De ello nos hemos servido para establecer los valores normales de la tensión media dinámica, dejando constancia de que nuestras cifras son aquellas que hemos registrado más veces dentro del conjunto de las mediciones sucesivas de cada individuo,

Atribuimos a esa mayor constancia de un mismo valor tensional un significado oscilométrico y clínico de importancia frente a las no pocas mediciones desiguales y aun contradictorias que nunca dejan de comprobarse, especialmente en los sujetos incluíbles en la categoría de los tensolábiles.

En esos treinta sujetos considerados normotensos por sus valores de Mx. y de Mn, la tensión meáis dinámica (T. M. O.) fue 7 en dos observaciones; 8 en once; 9 en once; 10 en tres y 11 en tres, lo que revela, en compara-

ción con el conjunto, un predominio evidente de las cifras dadas por Vaquez como normales. Cabe destacar que la tensión media dinámica (T. M. D.) fue encontrada en 23 de las 30 observaciones más próxima de la mínima que de la máxima, en 6 observaciones equidistante de las presiones extremas y una vez más próxima de la máxima que de la mínima. No nos creemos autorizados a deducciones referentes a tensión media en relación a *edad y sexo*, salvo consignar que un hombre de 73 años dio una tensión media vecina a la de un varoncito de 13 años y a la de una niña de 16 años, lo que nos lleva a compartir las palabras de Vaquez: "la presión media es idéntica para los dos sexos": "de la juventud a la vejez la presión media no varía más de 1 a 1 i cm."

Hemos tomado la tensión media dinámica inmediatamente antes y después de un *esfuerzo 'moderado'*: estando el sujeto en cama

efectúa 20 flexiones completas del tronco sobre el abdomen; no hemos notado que las cifras correspondientes difirieran entre ellas de modo significativo. No sucedió lo mismo, en cambio, con las presiones extremas, que acusaron, sobre todo la máxima] francas diferencias *transitorias* pues restablecido el sujeto de su esfuerzo, los valores eran iguales. El esfuerzo influye visiblemente sobre la amplitud de las oscilaciones; unas veces en más y otras en menos, lo cierto es que antes y después de las flexiones no se compruébala misma curva oscilométrica. Pero, y he aquí un hecho bien significativo y lleno] de sugerencias, la oscilación máxima corresponde en uno y otro] caso a la misma cifra manométrica, o sea a la misma tensión media dinámica o a una muy ve-] ciña ($1/4$ a $1/2$). Si, por ejemplo, antes del esfuerzo registróse una T. M. D.- 9, correspondiente al una oscilación máxima de amplitud 2-8, después del esfuerzo re-j

gistróse T. M. D.—9, pero correspondiente ahora a una oscilación máxima de amplitud J-9, o de amplitud 3 7, según los casos. Lo que nos permite suponer que el grado de amplitud de las oscilaciones nada tiene que ver con la tensión media y sí la resultante de una comparación entre sí de dichas oscilaciones. En otros términos, *la oscilación máxima no tiene siempre una misma amputad, aun cuando corresponda a una misma cifra de tensión media dinámica.* Esto es aun *más* verdad si se comparan las tensiones medias dinámicas de diversos sujetos; el mismo valor T. M. D.—9, corresponde a oscilaciones máximas de amplitudes las más diversas.

La tensión media dinámica registrada por nosotros en los brazos fue las más de las veces la misma registrada en las piernas, no faltando casos en los cuales fue en la pierna hasta 1/2 cm. más alta, nunca más, ni más baja.

En síntesis, hemos encontrado la T. M. D. normal entre 8, 9 y 10; mejor aún, entre 8 y 9, cifras no influenciadas de modo importante., ni por el sexo ni por la edad, ni por el esfuerzo, ni por el sitio de aplicación (brazo o pierna) del manguito. El esfuerzo influye claramente en el tipo de curva oscilométrica. pero la oscilación máxima sigue y se acomoda a dichas influencias manteniéndose como tai, de donde la T. M. D. resulta un valor estable.

LA TENSION MEDIA DINAMICA EN PATOLOGIA

Sí la escuela cardiológica de la Pitié, con los antecedentes experimentales y clínicos, propios y ajenos, de que se sirve, no hubiera ido más allá de establecer por qué y cómo *el índice oscilo métrico* (la máxima oscilación) es simultáneo con un valor tensional que no corresponde a la tensión mínima como se había creído; ni tampoco más allá de demostrar que la oscilometría traduce con cierta fidelidad *el* estado de la dinámica cardio circulatoria. Vaquez y sus colaboradores no habrían hecho otra cosa que poner en orden conceptos y hechos perfectamente conocidos desde Pachón. Y si al llamar á la máxima oscilación del oscilómetro, tensión media dinámica (T. M. D.), señalándola como expresión del trabajo cardíaco eficaz, no hubieran establecido o tratado de establecer sus límites normales y patológicos, así como nuevos corolarios, se habrían limitado a cambiar el nombre del ya conocido *índice os-cilométrico de pachon.* Pero, desde luego, no es así. Hay algo original en el asunto. Ello reside en atribuir a la tensión media dinámica características propias, comportamiento peculiar y significación clínica desconocida. En efecto, la oscilometría clásica atribuía gran valor a las tensiones extremas (Mx. y Mn.), las cuales, dice Vaquez, "no pueden conducir más que a errores," "A

este respecto, continúa, toda la bibliografía de la cuestión debe revisarse".

«Esta noción de la presión media tiene un alcance aún más general, y, en razón de su significación y de su fijeza habitual, no nos está vedado considerarla como una verdadera constante hidráulica, análoga en sus medios y en sus fines a la constante química del pH en la sangre. Quién sabe aún si no hay entre ellas una interdependencia capaz de arrojar un nuevo día sobre muchos problemas de la fisiología y de la patología humorales y circulatorias. Esto lo decidirá el porvenir». Estas palabras sintetizan una opinión y una esperanza que no pueden dejar de impresionar, tanto más cuanto nos niegan de un hombre colocado en la plenitud de su sabiduría y de su experiencia.

En el campo concreto de lo patológico hay cuestiones de verdadero interés.

INSUFICIENCIA AÓRTICA ENDOCÁRDICA

Fontan, citado por Vaquez, ha establecido que en estos casos de

tan larga adaptación clínica, «la presión mediana, elemento esencial a considerar es idéntica a la de los sujetos sanos en razón tal vez de la intervención de la circulación periférica, tan importante en estos sujetos-y que en realidad lo que está aumentado es la diferencia que separa la presión mediana de la presión mínima».

Waldorp dice que «si el corazón está compensado, la tensión media dinámica es normal; su elevación es un índice de trastorno circulatorio».

Ignoramos en base de qué casuística Fontan ha formulado su conclusión y destacamos que sólo dos observaciones no justifican ninguna afirmación (Waldorp).

Nosotros también hemos podido estudiar sólo dos casos de insuficiencia aórtica, por lo que nos limitaremos a consignar lo que] hemos visto, sin otra finalidad que la de documentar hechos para una mayor casuística futura, propia o ajena.

En ninguno de los dos casos hemos encontrado la T. M. D, como en los casos normales, es decir, de 8 o 9, ni tampoco hemos j

comprobado su elevación-índice de trastornos circulatorios, según Waldorp-, no obstante los trastornos circulatorios permanentes, irreductibles, de uno de ellos. Por el contrario, en ambos casos hemos registrado de la T. M. D. por debajo de la normal- $6\frac{1}{2}$ y 7, respectivamente ; tal mínima diferencia entre ellas, por otra parte, desconcierta ante la completa compensación cardio-circulatoria de uno de los enfermos y la permanente, aun cuando ligera descompensación del otro. En ambos casos la T. M. D. sufrió un ligero ascenso ($1\frac{1}{2}$ cm.) después del esfuerzo (veinte flexiones), comprobándose también en ambos casos que la T. M. D. ($1\frac{1}{2}$ cm.) y 1 cm, mas alta en las piernas que en los brazos. Sin embargo, la diferencia que separa la presión mediana está en ambos casos aumentada con respecto a la normal y ello, desde luego debido al marcado descenso de la Mn., siempre proporcionaren te mayor que el descenso comprobado de la T. M. D. en nuestros casos. No sabemos qué significación asignar a este leve descenso de la T. M. D., común a dos casos clínicamente desiguales desde el punto de vista funcional.

HIPERTENSION VERTICAL

En este renglón, la T. M. D. parece arrojar datos de verdadera importancia, pues la posibilidad de que la hipertensión de la tensión media dinámica pueda **constituir**, en muchos casos, el

primer signo clínico positivo de un cuadro que aún ha de demorar su completa expresión mórbida, es ciertamente interesante. En tres de nuestras observaciones hemos registrado una T. M. D. — 10, con tensiones máximas y mínimas normales. En los tres sujetos conjuntamente con la hipertensión mediana, comprobamos signos clínicos de significación cardio-circulatoria, especialmente disnea de esfuerzo, y en los tres un agrandamiento muy moderado del corazón, radiográficamente apreciado. Esto nos lleva a admitir que, efectivamente, la elevación de la presión media dinámica sea el fenómeno inicial de la afección, y, por tanto, un precioso signo de diagnóstico precoz.

En seis casos de hipertensión arterial permanente, ton valores de Mx. y de Mn. por encima de lo normal hemos comprobado una paralela y proporcional hipertensión de la T. M. D., la cual, además, conservó siempre su ya característica proximidad a la tensión mínima, quedando invariable después del esfuerzo.

En uno de los sujetos, comprobamos un ascenso de T. M. D. — 16 a T. M. D. - $17\frac{1}{2}$ después del esfuerzo; tratábase de un sujeto permanentemente descompensado, con signos irreductibles de insuficiencia ventricular izquierda.

En otro de ellos, con T. M. V. 16i, registrarnos un ligero ascen-

so a T. M. D. 17 durante una crisis de taquicardia paroxística.

HIPOTENSION ARTERIAL

En cinco sujetos de tensiones máximas bajas y mínimas normales (entre 11-9Í y 7£-6£) hemos comprobado tensión media dinámica 74-8. Comprobaciones de este orden y aun más francamente normales, afirman a Vaquez en su creencia de que la «hipotensión no es un estado mórbido»). Pensamos que no cabe olvidar, al respecto, que el cuadro de la hipotensión arterial es un estado constitucional bien definido, diversamente llamado (Martinet, Dumas, Lian y Blondel, Ferranini, Laignel Lavastine, Loeper y Bauman, Jiménez Díaz, Marañón, Tulio Martini, etc.), en el cual la hipotensión arterial es sólo un epifenómeno; una resultante y no una causa. Por ello cabe admitir una rectificación de nombre, pero no la inexistencia es un síndrome de observación

casi diaria, cuya última etapa la constituyen los acrocianóticos (Layani), y en cuya etiología entre nosotros, se menciona la heredolúes y la presencia de focos sépticos (Peradotto).

En 10 tuberculosos pulmonares con hipotensión, la tensión media dinámica registrose normal (T. M. D. 8-84).

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Nada podemos decir al respecto, pues no hemos tenido oportunidad de estudiar la tensión media dinámica en este renglón. Pero aquí, teóricamente, es acaso donde ella puede ser más rica en resultados,

1° La T. M. D. existe como valor tensional con características propias, normales y patológicas,

2° Debe referírsela por ahora al conjunto de la clínica de cada sujeto, para poder atribuirle el valor y el significado que los trabajos actuales dejan sospechar.

El Oleato de Soda en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Los estudios moderno; sobre le hipertensión arterial han evidenciado la gran importancia clínica de éste síndrome, el que hoy día constituye uno de los temas de mayor actualidad en la patología médica. Tal lo prueba la rica y valiosa bibliografía que sobre la hipertensión arterial se ha escrito en los últimos años, pudiendo destacarse entre ella la obra magistral del Prof. Castex (1), en la que trata ampliamente el tema, con una profusa revisión de las investigaciones y opiniones de los autores modernos y su criterio personal sobre cada una de las formas clínicas de la afección.

Los progresos alcanzados en el estudio de la etio-patogenia de la hipertensión arterial dan a esta afección el carácter de un *síndrome* que puede ser ocasionado por un gran número de causas patológicas de diversa etiología: sífilis., intoxicaciones o infecciones diversas, arterioesclerosis, endocrinopatías, — (como en la menopausia),— fibromas, tumores suprarrenales, afecciones nerviosas, etc., etc. A medida que se progresa en su estudio van individualizándose muchas de sus formas clínicas y desentrañándose del gran grupo de las formas llamadas *esen-*

ciales, al igual que ocurre con otros síndromes, como el asma o la epilepsia.

Como consecuencia de estos progresos se ha modificado también fundamentalmente el criterio clínico y terapéutico de la afección. ya que conocido en cada caso el proceso etio-patogénico que ocasiona el síndrome puede éste ser combatido más eficazmente por medio de un tratamiento etiológico. Sin embargo, aun quedan muchos puntos oscuros sin descifrar que hacen imposible llegar en ciertos casos a descubrir la causa etiológica de la afección, como también existen casos clínicos de fácil y clara interpretación, pero de tenaz rebeldía a los tratamientos etiológicos mejor indicados. Por estas causas, en la práctica diaria nos vemos muy a menudo precisados a recurrir al numeroso y variado arsenal terapéutico de que disponemos hoy en día para el tratamiento sintomático de la hipertensión arterial. Pero esta variedad y profusión de medicamentos preconizados para este objeto evidencian, como se advierte a menudo en medicina, que ninguno de ellos ha llegado a satisfacer ampliamente las necesidades terapéuticas, pues mientras en unos casos obtene-

mos magníficos resultados con determinada droga, ella misma **fracaza** en otros lamentablemente. Todo esto hace que el práctico esté siempre alerta a la adquisición de un nuevo tratamiento que alcance a satisfacer las necesidades diarias de la terapéutica sintomática de la hipertensión arterial.

Teniendo en cuenta estos hechos, Maurice Renaud ha presentado en la sesión del 2 de Mayo de **1930**, de la Société Médicale des Hôpitaux de París (1). el resultado de su experiencia con las soluciones de **oleato** de sodio como indicación de positiva eficacia en el síndrome de hipertensión arterial.

Este autor constató, que además de las numerosas propiedades físicas y biológicas ya **conocidas** de las soluciones jabonosas, ellas son capaces de unirse a los compuestos más diversos para formar complejos con cierta analogía con los complejos coloidales, y que presentan, en re-

lación sin duda con los caracteres de la combinación formada y de las particularidades de su diseminación en el organismo, un interés especial desde el punto de vista de inmunización y de la quimioterapia, como ha sido evidenciado ya por numerosos investigadores (Vicent, Larson, Netter y sus **colaboradores**). Estudiando experimentalmente en animales primero y luego en el hombre estas interesantes propiedades de las soluciones jabonosas, Renaud llegó a descubrir la **absoluta** inocuidad que su empleo tiene en el organismo, especialmente respecto a las soluciones de oleato desodio en suero fisiológico, no observando jamás ningún trastorno **subjetivo**, ningún malestar ni manifestación mórbida, aun en dosis importantes practicadas repetidas veces, siendo necesario llegar a dosis de concentración relativamente elevadas para determinar la hemólisis sanguínea. Además, las soluciones jabonosas

que los químicos consideran como sustancias inertes, no son en realidad cuerpos extraños al organismo, pues el desdoblamiento de las grasas en el intestino produce una cierta cantidad de ellas que pasan a los vasos quilíferos y a la circulación general. Estudiando estos procesos y efectos biológicos es como llegó Renaud a constatar por exámenes minuciosos y sistemáticos, la acción hipotensora de dichas soluciones. Cuando se registra la tensión arterial de un individuo a! cual se le acaba de inyectar en la vena 2 a 5 c. e. de una solución al 2 por ciento de oleato de soda—dice Renaud—(dosis que emplea habitualmente, introduciendo así 4 a 10 centigramos de oleato) no se observa nada anormal en los primeros minutos, apenas algunas veces ligeras oscilaciones en más o en menos de la presión arterial, que parecen ser la consecuencia del ligero trauma que realiza toda inyección y que puede ser observada también después de una simple inyección de agua salina. Después, en las horas que siguen, se constata yacía tensión, arterial baja progresiva y lentamente, para alcanzar, por un ritmo regular, su máximo al cabo de algunas horas, generalmente 7 a 8 horas después de la inyección. El descenso se hace a -a vez sobre las -dos tensiones: la máxima y la mínima, manteniéndose constantemente la tensión diferencia.1"

Según Renaud, el valor de este descenso de tensión *es* varia-

ble, y, hecho notable, él es siempre más marcado cuando la presión inicial es más elevada, lo que desde el punto de vista médico es más interesante. La persistencia de este descenso de la presión es variable; algunas veces la presión empieza a elevarse nuevamente después que ha llegado a su máximo de descenso, pero con frecuencia ella alcanza recién al día siguiente de la inyección uno o dos grados por debajo de su valor habitual, pudiendo constatarse en muchos casos que este descenso se mantiene durante varios días. Si se quiere prolongar este efecto bastará renovar *las* inyecciones para constatar nuevamente el benéfico efecto de la primera.

"La acción de las inyecciones de oleato de sodio sobre el equilibrio tensional, - dice más adelante Renaud,— se produce con tal constancia y regularidad, bajo una forma siempre tan esquematizada, que ella merece toda nuestra atención y debe ser estudiada por los especialistas en la materia."

Como decimos anteriormente, Renaud en sus investigaciones y experiencias clínicas no ha observado nunca ningún fenómeno reacciona] ni tóxico consecutivo al empleo sistemático de este medicamento, a dosis variables entre 2 c. c. y 10 de la solución al 2 por ciento en suero fisiológico, por lo cual lo aconseja como la medicación más eficaz y la más anodina, al alcance, por lo tanto,

de todo médico práctico. Sin embargo, en la misma sesión de la misma sesión de la Société Médical. M. Jausion hace notar que el empleo muy prolongado de estas soluciones puede provocar accidentes hemorrágicos, pues la *saponina ordinaria* extraída de raíces de saponaria, de semillas trigo afectadas por la *nigella* (hongo parásito del trigo) o He maderas de Panamá, tiene cierta particularidad que la aproxima a los jabones. Como ellos y como la bilis, ella puede ser un solvente de ciertos microorganismos espiritados, pero tan cambio produce, aun en pequeñas dosis, hemorragias irreductibles, y su toxicad es tal que ella no puede ser manejada sino con grandes precauciones.

Entre nosotros este nuevo tratamiento ha sido ampliamente experimentado por el Prof. J. J. Spangenberg, quien inspirado en el citado trabajo de Renaud inició sus ensayos en su servicio de Clínica Médica del Hospital Alvear, obteniendo resultados tan satisfactorios que motivaron una comunicación a la Sociedad de Farmacología y Terapéutica en su

sesión del día 30 de Septiembre de 1930.

El Profesor Spangenberg, además de constatar las propiedades hipotensoras del oleato de sodio. tal como la hiciera notar Renaud, ha observado también que el valor de la caída tensional es tanto menor cuanto menos alta es la presión arterial, lo que constituye, según él, una doble ventaja puesto que la actividad del oleato de sodio se pondrá tanto más de manifiesto cuanto más alta sea la presión, no presentando inconveniente alguno aun en dosis elevadas en los casos de hipertension mediana, y siendo inocuo en las normales.

Para sus estudios experimentales. Spangenberg utiliza la solución del oleato de sodio al 2% en suero fisiológico, tal como lo preconiza Renaud. "A pesar de las manifestaciones sobre su inocuidad, dice Spangenberg,— hicimos a nuestra vez ensayos a dosis mínimas y en todos los enfermos buscamos viscosidad, hemolisis, tiempo de coagulación, aparte de las investigaciones comunes (úrea en suero, et etc) en enfermos en las inyecciones endovenosas he-

chas en dosis de 2 c. c. no parecieron mayormente eficaces; no había, efectivamente, reacción alguna, pero la tensión no variaba ni en el día, ni en los días subsiguientes. Reñidamente pasamos entonces a dosis mayores, utilizando un minimum de 3 c. c. o sea 0.06 centigramos de mejoramiento, para seguir *luego* a las dosis usuales de 4 c. c. y 5 c. e. que utilizamos habitualmente, sin la menor alteración general, sin el menor shock, y considerando las tan anodinas como si se tratara de inyecciones endovenosas de suero fisiológico". Además del efecto eficaz sobre la curva de la presión arterial, Spangenberg; observa en muchos de sus enfermos, que el oleato de sodio no sólo tiene una acción hipotensora evidente, sino también que él produce "una mejoría y aun la desaparición de una serie de molestias derivadas de la hipertensión, como ser cefaleas, mareos, Hormigueos, disnea de esfuerzo, vértigos, precordialgias, coincidiendo a veces con acción hipotensiva máxima y mínima y muchas veces aun con descensos reales aunque no muy grandes." La observación atenta de *los* enfermos tratados, le permite despistar toda acción sugestiva que pudiera influir en la marcha de la afección,

Después de estudiar detenidamente las siete observaciones personales que motivan dicha comunicación, el Profesor Spangen-

berg llega a la conclusión de que el oleato de soda tiene una acción hipotensora evidente de desarrollo lento, pero de efecto persistente, sin causar cambios bruscos en la tensión arterial!, ni reacciones secundarias, actuando sobre las dos tensiones, máxima y mínima, en conjunto o aisladamente, manteniendo la diferencia, y siendo su inocuidad absoluta, por lo que preconiza entusiastamente este método, el que en muchos casos representa una medicación electiva en el tratamiento sintomático de la hipertensión arterial.

Por nuestra parte, hemos tenido también oportunidad de emplear con éxito este tratamiento en algunos enfermos de hipertensión arterial en los que habíamos visto fracasar muchos de los medicamentos más en boga (Arterocolina, Angioxil, etc., etc.) aparte de estar cometidos al régimen higienodetético) apropiado y al tratamiento etiológico, especialmente en dos de ellos, antiguos sifilíticos que practicaban sistemáticamente su tratamiento específico adecuado, fin todos {Oí casos he seguido la técnica aconsejada por Renaud y Spangenberg, constatando ampliamente todos los hechos observados por dichos autores, especialmente la desaparición franca, El veces desde la primera inyección, de los diversos síntomas subjetivos que acompañan a la hipertensión arterial : mareos, zumbidos de oídos,

cefaleas, dolores precordiales, disnea *de* esfuerzo, etc.. etc., aun cuando en muchos casos el descenso de la presión Arterial tardaba en producirse fuera pasajera.

He constatado igualmente la innocuidad de las inyecciones, por lo que inicio el tratamiento con dosis de 5 c. c siguiendo la curva de la presión arterial diariamente al principio y cada dos o tres días en lo sucesivo, a fin de graduar la aplicación de las inyecciones, según el efecto obtenido y la persistencia del mismo. Ellas pueden hacer aun diariamente si es necesario pero por lo general basta una inyección cada 3 o 4 días y en algunos casos citados por Spangenberg, el intervalo entre cada dosis fue de 10. 15 y aún hasta 21 días (como en su observación N°. 1, de una enferma con presión Mx.-30y Mn.- 16, que después de la tercera dosis de 4 c. c. endovenosa transcurrió 21 días con precisiones que no pasaban de Mx.— 28 y Mn. — 13, sin fenómenos subjetivos).

Sólo en un caso he notado que

la inyección endovenosa, aun hecha muy lentamente, provocaba un dolor molesto en todo el trayecto del vaso, propagándose desde el pliegue del codo hasta cerca del hombro. La solución, por otra parte, es algo cáustica, por lo que debe evitarse en toda forma que se produzcan extravasaciones al inyectarla.

La preparación de la solución de oleato de sodio al 2 por ciento en solución fisiológica, es de fácil ejecución, no requiriendo técnica especial, sino la común en la práctica farmacológica, lo mismo en cuanto su esterilización. Conviene envasarla en ampollas color caramelo, de 5 c. c.

Si aparecen precipitados en el momento de usarlas, basta sumergirlas en agua caliente y agitarlas para obtener de nuevo su solución, apareciendo al agitarla ampolla, la espuma típica de una solución de jabón.

Modo de acción. En cuanto al mecanismo de acción por el cual se produce el efecto hipotensor de estas soluciones, queda aun obscuro, aunque se han emitido

diversas hipótesis. Renaud piensa que puede sostenerse "que el oleato de podio actúa sobre el sistema vaso-motor, sea directamente, modificando la solubilidad o la movilización de ciertas sustancias presentes en el organismo, o que en *razón* de sus propiedades físicas tan participaras, ellas impresionen directamente las paredes vasculares, o también que modifiquen las propiedades físicas de la masa sanguínea". Por otra parte Renaud observa que el descenso de la tensión arterial producido por el oleato de soda parece, desde un principio, muy diferente del que determinan otras sustancias químicas o los extractos orgánicos, y que estu-

diando la acción de las soluciones de oleato se encofraran documentos interesantes, no solamente para la fisiología sino también para la historia de la hipertensión arterial patológica.

Según Spangenberg, además de la posibilidad de las razones aducidas por Renaud, observa que "no debemos olvidar que el oleato de soda es un medicamento que actúa sobre el hígado, que muchos hipertensos tienen un retardo evidente en la coagulación sanguínea y que, por lo tanto, allí también deberá investigarse su actividad como causa indirecta hipotensora".

(*Rev. Méd. Latino-Americana*)

Nota clínica sobre alergia quininita

Los casos publicados de protesta orgánica, tras la ingestión de productos químicos no albuminoides, van siendo cada día más frecuentes. Estas violentas reacciones humorales, que por su semejanza con las anafilácticas han sido denominadas anafilactoides, parece que en realidad son debidas también a albúminas que se forman utilizando el cuerpo químico ingerido como núcleo prostético; es decir, que la combinación de las albúminas propias con el medicamento da lugar a nuevas albúminas heterólogas, capaces de desencadenar el cuadro de la anafilaxia. Esta hipótesis de Wolf-Eissner tiene muchos prosélitos, mas sea de ello lo que fuere, es lo cierto que la alergia medicamentosa va siendo cada vez más frecuente, a medida que el arsenal quimioterápico aumenta.

Los síntomas característicos del fenómeno alérgico, no sólo no debe ser ignorados, sino que hay que tenerlos muy en cuenta ante todo cuadro clínico eruptivo agudo que no encaje bien dentro de los síndromes corrientes infecciosos. Cuando una de estas manifestaciones alérgicas tiene lugar en el transcurso de una infección, y es debida al tratamiento usado, se está en peligro de cometer una equivocación terapéutica.

He tenido ocasión recientemente de asistir a una enferma que puede constituir un buen ejemplo de lo que vengo diciendo. Una señorita de diez y seis años de

edad, sin antecedentes hereditarios de interés, con una menofanía y ovulación periódica normales, padece una ligera infección de tipo gripal, coincidiendo con una de esas épocas en que esa enfermedad es frecuente en Madrid. Fiebre ligera, pequeña taquicardia, raquialgias, tos, estertores de gruesas burbujas diseminados por todo el tórax, expectoración mucosa y todos los signos característicos en general de esta infección tan conocida. Dispone una poción con ipecacuana, benzoato de soda y codeína; hago que se le apliquen cataplasmas sinapizadas y, finalmente, prescribo un específico que contiene entre otros productos sulfato de quinina. A la mañana siguiente, la enferma presenta 39° de fiebre, gran cefalalgia y una erupción generalizada por todo el cuerpo, constituida por un exantema formado por manchas lenticulares aisladas en unos sitios, confluentes en otros, tales como en la cara, con fuerte prurito, edema palpebral y ligera fotofobia. Frente a este florecimiento de síntomas acaecido en los primeros días de una infección, indago cuál puede ser su etiología. Hago hemocultivos y aglutinaciones, que son negativos con bacilo de Eberth: para tífico A, paratífico B y micrococcus melitensis; la fórmula leucocitaria revela una ligera polinucleosis neutrófila con leucocitosis; en la orina no aparecen elementos anormales que puedan orientar el ánimo por el camino de un trastorno renal. No hay

aquí amigdalitis, ni ausencia de erupción alrededor de la boca, ni eosinofilia, ni inclusiones de Dohle, como en la escarlatina; no hay manchas de Koplick, ni mononucleosis, ni catarro oculonasal, como en el sarampión; no hay hipotermia, ni fuerte eosinofilia, ni infartos ganglionares, como en el eritema infeccioso; no hay violentos escalofríos, ni herpes labialis, ni disnea, ni atralgias, como en el tifus exantemático; no hay el cuadro hematológico normal de la varicela; no hay la mononucleosis ni el tipo eruptivo de la viruela; no hay leucopenia con linfocitosis ni epixtaxis, ni disociación esfigmotérmica, ni aglutinación, ni hemocultivo positivo para el bacilo de Eberth, como en la dotienentería, y por listas exclusiones vengo a incluir el cuadro sintomático de la enferma en el de una reacción alérgica medicamentosa.

Suprimo la quinina, prescribo Cloruro calcico y un específico compuesto de albúminas de pescado. Tras un descenso paulatino de todo los síntomas, la enfermedad cura completamente a los pocos días.

Esta muchacha, como ya indiqué antes, había padecido hacía un año una grave infección de larga duración, que el médico que entonces la asistió calificó de infección intestinal. Mi idea de que la fiebre eruptiva tratada por mí con la supresión de la quinina y con la medicación mencionada, era simplemente una forma de hipersensibilidad quinínica, tomó el tipo de convic-

ción cuando posteriormente la familia me relató que un año antes la paciente había tenido una prolongada infección intestinal (según fue calificada por el médico de cabecera), que a los pocos días de su comienzo reveló iguales manifestaciones cutáneas y generales que las descritas, sólo que en lugar de ser breves y de relativa brevedad como ahora, fueron en aumento hasta producir un tipo de exfoliación dérmica total, dolorosa, con edematizaciones, vómitos, altas y continuas temperaturas, albuminaria y gran demacración. Interrogo si en aquella ocasión la enferma tomaba quinina, y obtengo respuesta afirmativa. Pregunté qué tratamiento se hizo al ver que se presentaba el grave cuadro descrito, y me hablan de que se le inyectaba aceite alcanforado y de que se le sometió a dieta láctea, indago si se le consideró culpable de todo? aquellos trastornos a la quinina, y me dicen que no se habló nunca de tal cosa, antes al contrario, al ver el grave estado de la paciente se consideró útil insistir en la administración de dicha sal, y así se hizo, lo que, como es natural, no produjo la menor mejoría, sino, por el contrario, la enferma siguió con sus trastornos, cada vez más acentuados.

He querido después de algún tiempo comprobar si realmente existe en dicha enferma un estado permanente de susceptibilidad para la quinina, y he hecho una pequeña escara en cada antebrazo, depositando en una de ellas

una gota de suero salino y en la otra de disolución de sulfato de quinina. La primera ha permanecido indemne, en tanto **que** la **segunda** ha presentado después de una hora un fuerte enrojecimiento, que ha persistido algunos días. El padre de la enferma tía padecido siempre una gran intolerancia cutánea **por la tintura** de yodo.

Son tan claras las consecuencias y enseñanzas que se deducen de este caso, que no hay que insistir **mucho** sobre ellas. La alergia medicamentosa hay que tenerla presente siempre que se

produzcan estos trastornos durante la evolución de una enfermedad tratada quimioterápicamente, si se quiere evitar el **grave** trastorno que la actuación del médico puede producir haciendo arma agresiva del medicamento aliviador. Para contribuir a evitar tan lamentable confusión *m* útil dar a conocer estos casos, cuya importancia si no científica, social es tan manifiesta, que no dudo habrá de ser la de esta **nota** lectura adecuada a las necesidades del práctico.

Técnica de reducción manual de las luxaciones posteriores de la cadera

El autor relata 5 casos tratados **por** él basado en el procedimiento de Hollín **modificado** por **Golombet, Delanglada y Dschanelidse**, consistente en colocar el enfermo en decúbito ventral en la extremidad de una mesa.

"-El autor tira al paciente hasta la extremidad de una mesa de bordes arredondados y salientes de modo que los miembros inferiores puedan caer libremente. Toma el miembro lujado arriba **del** dorso y flexión a la rodilla en án-

gulo recto; después coloca su propia rodilla en el hueco **popliteo del paciente** y ejerce una presión de **arriba** a abajo. Gracias a la posición del mismo, se pueden fácilmente ejecutar todos los **movimientos** de rotación, abducción o de adducción necesarios para obtener la reducción. El **método** es superior, según Seiro, al de Delanglade y Dschanelidse en el cual el miembro lujado pende **en** el borde lateral de la mesa.

S. P. P.

Desarticulación temporal en las artritis supuradas graves de la rodilla

Método preconizado por Delbet y poco **empleado**. El autor relata un caso de un niño de 10 años en el cual la operación parecía **muy mutilante** y la resección ilógica.

Una osteomielitis de la rótula en **seguida** de artritis **supurada** de la rodilla. La **artrotomía**, la inmovilización en un **enyesado** no dan **resultado**.

Se hace una **desarticulación** temporal seccionando el ligamento rotuliano y sección parcial de los **ligamentos** laterales permitiendo poner la rodilla en un ángulo de 90° de flexión y un drenaje eficaz de toda la articulación. Un en-

yesado fija el miembro inferior en esta posición.

Al día siguiente caía la temperatura. El estado general muy malo se levanta un poco. Un mes y medio después basándose en el examen bacteriológico del pus y sobre todo el aspecto de la herida «e coloca en extensión sin ningún accidente.

La evolución hacia la anquilosia se hace fácilmente en la buena posición.

El método puede prestar grandes servicios en ciertas condiciones.
