

OXALURIA

La presencia de ácido oxálico o de sus sales en la orina caracteriza la oxaluria. Normalmente contiene 0,015 gr. por 24 horas de ácido oxálico. Dada la pequeñez de la cantidad se admite en clínica como oxaluria la simple presencia de ácido oxálico en la orina. Se elimina por el riñón en forma de oxalato de cal, insoluble en el agua. Proviene el ácido oxálico de dos fuentes: endógena y exógena. Los alimentos, principalmente el cacao, espinacas, ruibarbo, suministran considerable cantidad de ácido oxálico puro o al estado de oxalatos. Los albuminoides, los cuerpos púricos pueden también engendrarlos por sus transformaciones. El de origen endógeno es escaso: proviene, de la descomposición de las gelatinas, purinas y nucleínas de los tejidos marcándose sobretodo en el ayuno.

Loeper ha demostrado que la mayor parte del ácido oxálico se cambia en oxalato de calcio y éste a su vez en carbonato; el resto se descompone en óxido de carbono, después en ácido carbónico que se elimina por el pulmón. Donde se produce la oxalicolisis es en el hígado por una acción reguladora sobre el ácido oxálico.

Existe el ácido oxálico en los tejidos en pequeña cantidad: 0,01 gr. por- 1000 de sangre. Descomponiéndole se defiende el organismo contra su toxicidad. Se elimina por los intestinos y riñones. En 24 horas se comprueban 0.005 gr. en las heces y

0.015 en la orina. En los oxalémicos se ha encontrado en los vómitos 4 y 5 cgr. y en los asmáticos oxalémicos la misma cantidad en los esputos.

De dos maneras se presenta la abundancia de ácido oxálico en la sangre: oxalemia con oxaluria en relación normal; oxalemia sin oxaluria considerable. La segunda traduce una insuficiencia de la excreción renal o una incapacidad del hígado para transformar al exceso de ácido oxálico ingerido o formado.

La retención de ácido oxálico conduce a la fijación en los tejidos en particular el sistema nervioso y se traducen por fenómenos tóxicos: crisis gástricas, enteritis, depresión nerviosa, accesos de asma y de reumatismo crónico. Produce una , intensa decalcificación de los tejidos dando lugar a la calciuria.

Transitoria la oxaluria se presenta en las crisis epilépticas y en la defervescencia de las enfermedades infecciosas como una descarga liberatriz.

Permanente la oxaluria puede acarrear trastornos urinarios importantes.

Se acompañan de oxaluria: la diabetes, la gota, obesidad, en las que el metabolismo basal está alterado; en las afecciones del hígado, las dispepsias, la enteritis muco membranosa, las soriasis, la neurastenia. Existe también como un trastorno primitivo debido a alteración del metabolismo oxálico.

La insolubilidad del oxalato de calcio lo hace inofensivo para el

Riñón pero en la orina se hace soluble gracias a otros elementos químicos que causan su precipitación: fosfato de calcio, sales de magnesio, urato, lactato y cloruro de sodio. Lo mismo pasa con la alcalinidad de la orina, en los vegetarianos, en las inflamaciones de las vías urinarias; así se forma la arena oxálica parecido al polvo de vidrio, en la eliminación causa fuertes dolores a medida que las concreciones son más grandes.

La oxaluria presenta dos clases de síntomas: de intoxicación y de eliminación.

Neurastenia y neuralgias; astenia, fatiga intelectual, somnolencia después de las comidas, jaqueca, neuralgias pasajeras¹ y diversas, trastornos gastrointestinales consistentes en dispepsia, crisis gástricas dolorosas, acompañadas algunas veces de gastrorragia, enteritis mucosmembranosa, dolorea intestinales, litiasis oxálica intestinal que determina crisis dolorosas violentas terminadas por una evacuación de arena oxálica. Todos estos síntomas son variables de intensidad; dependen del grado de impregnación del organismo por el ácido oxálico.

Los trastornos urinarios se presentan cuando los oxalatos en abundante cantidad irritan las vías de eliminación. Existe fosfaturia calcica asociada a la oxaluria en algunos enfermos. La calciuria en la regla. Dolores reno-ureterales uno bilaterales, intermitentes, más intensos por la mañana, en la primera mic-

ción por efecto de la mayor concentración a esa hora. Estos dolores van generalmente seguidos de hematuria microscópica o muy abundante que proviene sean de una heridita del parenquima renal por los cristales de oxalato o por congestión del riñón creada por irritación de las sales oxálicas. Trastornos vesicales: polaquiuria y dolores por idénticas razones.

La abundancia de oxala precipitados llega a la formación de cálculos que serán diagnosticados por una radiografía en todo individuo que presente los síntomas enumerados. El examen de orina muestra claridad y limpidez en la oxaluria pura, en tanto que son lechosas y turbias cuando van acompañadas de calciuria.

Al microscopio se observa en el coágulo de centrifugación numerosos cristales de oxalato de cal en forma de sobres de carta. El mejor método para dosificar los oxalatos es el descrito por Loeper que permite hacerlo hasta un centigramo de ácido oxálico.

En resumen: radiografiar un enfermo que se queja de dolores urinarios, hematurias, poliaquiuria, cuyo examen microscópico muestra oxalatos para no confundir la oxaluria con los cálculos de las vías, urinarias. Los síntomas generales nerviosos y gastrointestinales estarán en favor de la oxaluria.

O. M.

Hojeando el CanjePor el Dr. H Díaz.

A propósito de la Vacuna Friedmann

Con el mismo título que enca-beza estas líneas, el Dr. Leóni-das L. Suva publicó hace algu-nos meses en la Revista Médica Latino Americana, un extenso artículo, brillantemente docu-mentado, con respecto al valor terapéutico de la vacuna que el Prof. Friedmann preconizó ha-ce ya muchos años en el trata-miento de la tuberculosis pul-monar.

Juzgamos muy del caso recordar a los lectores de LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA que el Dr. Silva es miembro de la Sección de Profilaxis y Terapéu-tica de la Tuberculosis del De-partamento Nacional de Higiene en la República Argentina, y que el trabajo suyo, al cual hicimos, alusión al principio, constituye una comunicación presentada por él en el mes de octubre de 1934, a la distinguida corpora-ción a la cual pertenece

Comienza el Dr. Silva comen-tando da vehemencia con que el Dr. Augusto Bunge, médico y di-putado al congreso argentino, pidió en el seno de di-cha asam-blea legislativa, la elaboración de un proyecto de ley por medio del cual se hiciera obligatoria la aplicación de la vacuna Fried-mann en aquel país; habiendo ya el Dr. Bunge escrito una obra acerca del mismo asunto, que publicó bajo el¹, nombre de: "La Tuberculosis Vencida."

La Prensa alabó el patriotis-mo del mocionante, haciendo al

mismo tiempo la recriminación consiguiente, es decir, de *que se ignorase prácticamente en la Ar-gentina, la existencia de ese re-medio*. De ahí que el Dr. Silva afirma al empezar su trabajo: "Voy a ocuparme de este deba-tido asunto y a hacerlo sobre to-do. Porque esta afirmación final encierra un doble cargo: 1° uno de orden científico, porque revelaría la orfandad cultural de nuestro centros médicos, in-capacitados de seguir los progre-sos de la medicina, y el 2° tal vez el mas grave y de orden huma-no porque este desconocimiento ha implicado la pérdida de miles de preciosas vidas que hubieran podido rescatarse con la *ma-ravilla de Friedmann*."

Prosigue su comunicación el Dr. Silva, haciendo un severo análisis científico de la vacuna en cuestión, respaldado por una documentación muy extensa, que procede principalmente de la escuela alemana, y toda esa bibliografía como muy bien afir-ma él, es tan amplia y tan con-cordantemente negativa que no hay tratado ni existe libro de ti-siología que no encierre un ca-pítulo o un párrafo destinado a demostrar su ineficacia como medicación antituberculosa.

Del conjunto de las adversas opiniones, se destacan algunos argumentos de marcada impor-tancia, por su fundamental so-lidez; por ejemplo aquel que se basa en el hecho de que los sa-

prófitos ácido-resistentes del tipo aislado por Friedman se encuentran muy extendidos en la naturaleza, tanto en el agua como en la tierra, en los pastos, en la leche, en el esmegma, en los sapos, lagartijas, tortugas, etc., etc., produciendo raramente enfermedades espontáneas. Las lesiones producidas por ellos tienen una similitud muy lejana con la tuberculosis, éstas toman siempre el carácter abscedado y no el tuberculoso, resultando inapropiado el término de tuberculosis de animales de sangre fría. Agregando a esto la advertencia de que es un axioma hoy en fisiología, que con saprofitos

no se consigue la inmunización contra los gérmenes tuberculígenos ácido-resistentes.

Por último nos habla de la encuesta seguida por la "Deutsche Medizinische Wochenschrift," por la cual desfilan las más altas autoridades mundiales en el referido asunto, y a quienes se hizo el siguiente cuestionario:

I. —Mantiene Ud. su juicio expresado en 1920?

II. —Usa Ud. el remedio de Friedmann en su clínica o en su práctica privada

III. —Tiene Ud. en estos últimos años noticias sobre resultados favorables en otras partes

El Prof. Bier, titular de la Clí-
