

.Redactores:

Dr. Manuel Larios Córdova.

Dr. Antonio Vidal Dr. julio Azpuru España.

Dr. Miguel A. Sánchez

Año III 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A., Octubre de 1932 | N.30

PAGINAS DE LA DIRECCIÓN

Con el presente número concluye la tarea encomendada al Cuerpo de Redacción de nuestra Revista por la Asociación Médica Hondureña.

Escasa ha sido la labor. La incipiencia de nuestro medio científico, la escasez de nuestra población y la carencia absoluta de medios de investigación, hacen imposible toda obra creadora.

Dependemos hasta lo absurdo de la ciencia extranjera y ni **aun** en lo que más nos interesa, hemos podido crear o iniciar por "i" menos la ciencia nacional.

Estas dolorosas reflexiones que se nos ocurrieron al hacernos cargo de la dirección de la Revista, no han servido, sin embargo, para desanimarnos. Sabemos perfectamente bien que no estamos «■abajando para el presente, sino para el mañana. No podemos aspirar a recoger los frutos con sólo haber sembrado la semilla. Por **hay** brillantes que sean los triunfos obtenidos por la Asociación Médica Hondureña, no es posible aspirar a que sean una positiva realidad todos los anhelos que motivaron su fundación.

La Asociación Médica Hondureña está trabajando sobre todo para el mañana. Nuestros discípulos sabrán recoger siquiera el ejemplo del esfuerzo bien intencionado y del anhelo de perfección que ha animado y seguirá animando a los miembros de nuestra Asociación.

Queda nuestra Revista en manos de un Médico joven, **inteligente** y que tiene conciencia de la responsabilidad. El con el entusiasmo propio de lo pocos años, sabrá imprimirle a nuestra revista nuevos impulsos y quizá nuevas orientaciones.

EL LABORATORIO DE LA FACULTAD

Gracias a los generosos donativos privados hechos por los Farmacéuticos Dr. don Eduardo R. Coello y Dr. don Guillermo E. **Durón**, Profesores de nuestra Facultad, ésta cuenta ya con un laboratorio digno de llevar tal nombre.

La Parasitología, la Histología, la Anatomía, la Química la Bacteriología, están dignamente representadas en nuestro humilde laboratorio, que si es apenas un bosquejo de nuestras necesidades, significa un avance positivo en la enseñanza de la ciencia médica en Honduras.

Centenares de preparaciones microscópicas y para proyección, magníficos modelos de Anatomía y un laboratorio de Química completo, es lo que constituye por el momento la adquisición hecha, gracias a la generosidad de los Doctores Coello y Durón.

Mucho falta todavía para completar la obra. Nos faltan los Laboratorios de Fisiología, Medicina Legal e Higiene, que probablemente en el curso del año entrante podrán ser obtenidos.

La obra de organización de nuestra Escuela apenas comienza. pero es justo esperar que pronto estará concluida.

Por lo pronto, al felicitar a nuestra Facultad por el triunfo alcanzado, hacemos presente a los Doctores Coello y Durón los agradecimientos del Cuerpo **Médico** Hondureño por su generosidad, que ha hecho posible la conquista de dicho triunfo.

LA DIRECCIÓN.

EL SULFATO DE MAGNESIA EN LOS VÓMITOS DEL EMBARAZO

Señor Presidente, Señores:

Uno de mis mayores anhelos ha sido pertenecer a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas, institución consagrada por sus justísimos merecimientos como el más alto exponente de la ciencia médica nacional. Hoy me abren sus puertas y me brindan tan honrosa oportunidad dos de sus distinguidos miembros, los doctores Heinert y Falconí Villagómez para quienes consigno mis más sinceros y cordiales agradecimientos.

Mi deficiencia no trae a vuestra docta consideración una tesis; traigo únicamente un tema de divulgación científica que nada tiene de original y que es harto conocido en otros países. En el servicio de Maternidad del Hospital Santo Tomás de Panamá, tuve oportunidad de apreciar y constatar dos nuevas e importantes indicaciones terapéuticas del sulfato de magnesia en el vasto campo de la Obstetricia. Aunque no me he dedicado a esta hermosa rama de la ciencia, este mi modesto aporte no tiene otro fin que difundir entre los tocólogos del país, las valiosas aplicaciones que con verdadero éxi-

to proporciona el sulfato de magnesia en el tratamiento de la eclampsia y en los vómitos gravídicos.

Sin entrar en consideraciones de orden etiológico y patogénico del síndrome eclámpico, paso a indicar la terapia empleada y los resultados obtenidos; sabido es por todos vosotros que el sulfato de magnesia aplicado por vía intravenosa y debido a su acción inhibitoria sobre el sistema nervioso produce anestesia general, más o menos completa, según la dosis empleada. Esta acción junto a una marcada hiperfunción de las glándulas sudoríparas y un notable aumento de la secreción renal, explican el halagador resultado que el tocólogo utiliza de este medicamento en la mencionada toxemia.

Requiriendo la administración del sulfato magnésico la vía endovenosa, debemos emplear tan sólo el químicamente puro y en soluciones al 15%; la esterilización al autoclave y el envase en ampollas de 20 c.c. debe encomendarse a los laboratorios. Los efectos fisiológicos de esta solución observados en las preeclámpticas se reduce a una intensa sen-

sación de calor en todo el **organismo**, fenómeno que se manifiesta externamente por una **notable rubicundez de la piel**; el pulso es fuerte y algo acelerado; la respiración **profunda** y ligeramente **disminuida**: **estos** trastornos son **fugaces** y terminan con una **profusa** sudación y **abundante** diuresis.

Cuándo debemos emplear el tratamiento

Recomiendan los especialistas americanos aplicar una o dos inyecciones de 20 c. c. apenas **la** enferma presente algunos de los síntomas **prodrómicos** de la eclampsia — albuminuria, cefalalgia, epigastralgia mareos, trastornos visuales, etc.—. A esta medicación se acompaña el reposo en cama, frecuentes dosis laxativas de **sulfato** de magnesia y dieta **hidrica** o láctea según el caso lo requiera. Esta terapéutica preventiva ofrece indiscutiblemente muy halagadores **resultados**.

Declarado el primer ataque eclámpico lo indicado es **obrar enérgica y rápidamente**, como lo **haríamos** ante cualquier otra intoxicación, procediendo a aplicarlos primeros 20 c. c. de la solución magnésica y con el **esmerado** cuidado de inyectar con **la mayor** lentitud posible a fin de evitar **un** serio percance **que** luego **mencionaremos**. La segunda **inyección** la aplicamos **a** las tres

horas subsiguientes de la primera; la tercera y cuarta a intervalos más distanciados de la segunda y siempre de acuerdo **con** el estado general de la enferma. Con el objeto de aumentar la diaforesis producida por el sulfato de magnesia, se ordena cubrir al la enferma con gruesas mantas y, además, bolsas de agua caliente **a** las extremidades. Corto tiempo después de iniciado este tratamiento observamos que las convulsiones son de menor intensidad y más distanciadas la sudación es abundantísima, las micciones frecuentes, la presión **da** la sangre disminuye y así de una manera lenta pero segura tienden a desaparecer todos los síntomas, a medida que la eliminación progresa.' Además se recomienda la administración de 15 grumos de sulfato de magnesia por la vía oral, tan pronto haya desaparecido el estado comatoso y la enferma se halle en condiciones de cumplir esta prescripción. A este tratamiento terapéutico complementa el régimen dietético a seguir según la indicación que en cada caso ordene el tocólogo; el retorno al estado que pudiéramos llamar de relativa normalidad, se establece dentro de j 24 a 48 horas, y como antes dije, de una manera progresiva y en razón directa al grado de eliminación de las toxinas.

La precocidad del tratamiento evitará, por otra parte, las con-

plicaciones que puedan presentarse en el curso de la eclampsia, sean estas cardiacas, pulmonares, cerebrales, etc., de ahí que podemos afirmar que el resultado de esta terapia es nugatorio únicamente en aquellos casos complicados con lesiones orgánicas muy acentuadas; tales como hemorragia cerebral, edema pulmonar, lesiones renales avanzada, etc., las que por sí solas sostienen, la gravedad del caso y conducen indefectiblemente a la muerte.

Antes hicimos mención de la lentitud con que debe aplicarse la inyección, siendo ésta una indicación general para toda la terapia endovenosa; en este caso y de una manera especial, la debemos tener presente porque así evitamos, en gran parte, el síncope respiratorio que afortunadamente en raras ocasiones se produce por parálisis del centro de esta importante función; este incidente bastante serio y que a veces pone en inminente peligro la vida de la enferma, lo evitaremos teniendo la precaución de no inyectar el sulfato de magnesio sin antes tener listo y a la mano una jeringuilla preparada con 2 c. c. de una solución de cloruro de calcio que inyectaremos por la misma vía tan pronto como requiera el caso. Si aplicando el sulfato de magnesio-notamos una manifiesta apnea, con tendencias a un próximo síncope respirato-

rio, sin retirar la aguja de la vena adaptamos a aquella la jeringuilla que contiene el cloruro de calcio, procediendo a inyectar esta sustancia a la mayor brevedad posible; el éxito de esta maniobra está en la serenidad y destreza del operador. Hemos visto este incidente en dos enfermas y en ambas ocasiones el antídoto obró inmediatamente, sin recurrir a la respiración artificial ni a otro procedimiento.

Sin dar a este tratamiento un valor absoluto, las estadísticas del Hospital Santo Tomás muestran que, antes de usar este método curativo y en el período comprendido de 1922 a 1926, la mortalidad fue de un 30% ; mas, desde que el Dr. L. C. Prieto, jefe del servicio de Maternidad del mencionado hospital, comenzó a emplear el sulfato de magnesio, el porcentaje de defunciones por eclampsia bajó a un 8%. Este simple dato estadístico demuestra por sí solo que con la introducción de esta nueva terapia en el síndrome eclámpico se ha obtenido una marcada disminución en su mortalidad, a pesar de que los tocólogos panameños consideran aún alto ese porcentaje, debido en gran parte a la desidia de ciertas grávidas de concurrir a las clínicas prenatales.

Antes de terminar la primera parte de este trabajo, quiero hacer constar que en el servicio de

Maternidad del **Hospital Pasteur** de **Montevideo**, se emplea con ligeras **modificaciones** el mismo tratamiento que acabo de describir; oigamos lo que dice al tratar de la eclampsia el **Prof. Colistro** en su reciente y magnífica obra **LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PASTEUR.** "Me ocuparé solamente de exponer el tratamiento que empleo en mi servicio".

"En primer término hacemos profilaxia: toda enferma que concurre a nuestra Policlínica es sometida a análisis metódicos de orina, y si se constata la presencia de albúmina se instituye de inmediato el régimen alimenticio correspondiente. Procedemos en **igual** forma con las embarazadas afiladas: análisis completo de **orina** cada semana y vigilancia extrema sobre aquellas que acusan albúmina o algún otro signo de intoxicación."

"En (a eclampsia declarada procedemos en la siguiente forma: desintoxicación inmediata: purgante (si la enferma está en coma, enema purgante), sangría bajo el control del Pachón o **Vaquez**, e inyecciones de **sulfato** de magnesia, endovenosa o intramuscular, según la gravedad del caso. La solución empleada para inyecciones endovenosas es al 10 por ciento e inyecciones 20 ctms. por vez. Para la inyección intramuscular empleamos una solución al 25% inyectando 15 ctms.

cúbicos por vez. En general se practican tres inyecciones con dos horas de intervalo."

En cuanto al tratamiento obstétrico (evacuación uterina) sólo lo practicamos cuando el feto es viable, gozando de todas nuestras simpatías la cesárea abdominal."

"Si el feto no es viable, o con mayor razón sí está muerto, preferimos el tratamiento médico, y nos inclinamos a ello, porque liegos presenciado casos, y nosotros mismos hemos intervenido en algunos de ellos, en que después de la evacuación uterina lo? accesos han continuado y las enfermas han fallecido."

Nuestra personal observación nos induce aconsejar que el sulfato de magnesia en la eclampsia debe ser siempre administrado por la vía endovenosa, reservando la vía intramuscular únicamente para los niños nacidos de eclámpticas que presentan manifestaciones tóxicas (convulsiones) a la dosis de 4 de c. c. de la solución al 15% *J* repetidas cada seis horas hasta 1.a desaparición de los síntomas.

El sulfato de magnesia en los vómitos gravídicos

(Hiperemesis gravídica)

A las tantas teorías que explican la etiología de los vómitos de la preñez, corresponden también múltiples procedimientos te-

rapéuticos preconizados para combatir el más penoso síntoma de la gestación.

Sostiene, al igual que otros, el Dr. Prieto, del Hospital de Santo Tomás, que los vómitos **gravídicos** provienen en la gran mayoría de los casos de **un** origen tóxico y correspondete a este notable especialista el mérito de haber sido el primero en usar el sulfato de magnesia en los **vómitos** tóxicos que siendo rebeldes a todo **otro** tratamiento, ceden con los más beneficiosos resultados al medicamento indicado.

Refiere el Dr. Prieto, en una comunicación presentada a la Sociedad Médica del Hospital Santo Tomás, que halagado por los éxitos obtenidos con el sulfato de magnesia en el tratamiento de la eclampsia, pensó que esta sustancia podía tener su aplicación en los vómitos rebeldes del embarazo que fuesen de naturaleza tóxica. Pronto se le presentó la **oportunidad** de usar por primera vez en una múltipara que le había sido enviada-por un colega con la sugerencia de que la practicara un aborto por cuanto la vida de su recomendada requería tal intervención. La enferma, dice el Dr. Prieto, presentaba al examen un embarazo de cuatro meses, con un estado general nada satisfactorio; un pulso de 120, ligera elevación térmica y notable intolerancia gástrica; en estas condiciones y el mismo día

que ingresó la enferma al servicio de Maternidad, procedió a **inyectar** 20 c. c. de la solución de sulfato de magnesia, al 10%. El éxito no se hizo esperar, e] resto de aquel día tuvo una dieta hídrica; a la mañana siguiente vomitó dos veces y el estado general había cambiado un tanto, aplicó la segunda inyección y observó una notable mejoría de la enferma; al tercer día de tratamiento había desaparecido los vómitos y quedaba solamente un estado nauseoso, sin embargo ordenó cambiar la dieta hídrica por una alimentación semi sólida; al cuarto día suspendió la medicación, por cuanto el estado de la enferma había cambiado totalmente, la retuvo en el servicio para su mejor observación durante diez días. Esta misma enferma regresó al servicio de maternidad cinco meses después a dar **a** luz un niño de término y completamente normal. Termina esta comunicación el Dr. Prieto, haciendo constar que en este caso y en todos los restantes, no ha empleado otro tratamiento **que** el indicado, dejando así establecida una nueva indicación terapéutica del sulfato de magnesia.

No se ha hecho aún un **verdadero** estudio científico de la acción antitóxica de este medicamento **que** nos explique la manera de **obrar** tan eficazmente en los vómitos toxémicos razón por la cual sería aventurado **in-**

dicar este tratamiento en casos ajenos a **esta** etiología, como aquellos en **los** que el embarazo **marcha** al lado o conjuntamente de una úlcera gástrica, una estrechez **pilórica**, una **retroversión** uterina o bien alteraciones genitales, endocrínicas, etc., **enfermedades** cuya comprobación **es** un imperativo para **establecer** el tratamiento que corresponda a cada uno de estos casos, que por otra parte son agravados por el **mismo** embarazo.

Deslindadas todas las causas que se hallen **fuera** del **factor** tóxico, liemos observado que las **inyecciones** de sulfato de magnesia en el medicamento de elección **en** estos casos, empleando la *solución al 10%*, en cantidades **de** 15 a 20 c. c. inyectadas por la mañana **y** durante **tres** o cuatro días. Hemos visto casos en los que dos inyecciones han sido suficientes para abolir completamente este trastorno.

La técnica **y** las **precauciones** a seguir en su aplicación, son **las-mismas** que hemos indicado al tratar de la eclampsia.

Desaparecidos los "vómitos con este tratamiento, quedan como

secuelas varios trastornos **más** menos acentuados, cuya **intensidad** depende del grado de tolerancia gástrica que haya existido, tales como: gastritis, esofagitis, faringitis y que generalmente te acompañan a un manifiesto estado de desnutrición, estado que llega a la caquexia en aquello; embarazos que evolucionan **con** absoluta intolerancia y graves síntomas de intoxicación.

No hemos tenido la oportunidad de observar la bondad **del** tratamiento en ningún caso que reconociendo como causa etiológica el factor tóxico, haya llegado a presentar manifestaciones nerviosas, como somnolencia, delirios, etc., quizá por cuanto estos casos en su totalidad requieren la interrupción del embarazo.

Si los tocólogos de nuestra maternidad o algunos estudiantes de medicina ensayaran estos **tratamientos**, dando a este corto trabajo de divulgación una mayor ampliación científica **veríamos** con la más íntima complacencia que **nuestro** grano de arena ha merecido el honor de la observación y del estudio.

Contribución al estudio de la Diabetes Bronceada

La observación reciente de *un* interesante caí o de diabetes bronceada nos determina a hacer algunas consideraciones sobre dicha enfermedad, teniendo en cuenta su escasa frecuencia, sus dificultades diagnósticas con la enfermedad de *Addison* y la posible intervención en *su* patogenia de un factor suprarrenal.

Estudiaremos la diabetes bronceada desde estos tres puntos de vista:

1° RAREZA DE LA DIABETES BRONCEADA. — Señalada ya por *Trousseau* y *Troisier*, la primera descripción detallada de la diabetes bronceada la hicieron en el año 1881 *Hanoi* y *Chauffard* en un trabajo sobre la cirrosis pigmentaria de los diabéticos.

Las publicaciones posteriores de *Letulle*, *Brault* y *Gallarà*, *Barth*, *Fierre Marie*, *Castaigne*, *Goucet*, etc., permitieron la completa constitución del síndrome.

La bibliografía es muy limitada: *Howard* en 1918 pudo recopilar en la literatura setenta y cinco casos, y *Blanton* y *Haely*, en 1921, ochenta y cuatro casos, a los que añaden cuatro

personales. En años posteriores se han descrito algunos más.

Nuestra opinión, sin embargo, es que la diabetes bronceada debe ser más frecuente, pues seguramente existen casos atenuados o incipientes — los más interesantes —, en los que no se llega a establecer el verdadero diagnóstico.

Se admiten, en efecto, diferentes formas clínicas, que acaso sean distintos estadios del proceso.

Según *Fiessinger*^a habría una forma completa constituida por cirrosis — con hipertensión de hígado, esplenomegalia y a veces ascitis —, melanodermia y diabetes. Las formas incompletas las subdivide en: a) Cirrosis y melanodermia sin diabetes; b) Melanodermia y diabetes, sin síntomas hepáticos; c) Cirrosis y glucosuria, sin melanodermia; d) Representada únicamente por melanodermia.

Muchas veces, como sostienen *Leveboullet* y *Monzón* (4), la diabetes aparece después de algunos años en los que el enfermo sólo presenta melanodermia y hepatomegalia.

2' DIFICULTADES DIAGNOSTICAS. — Cuando el síndrome de la diabetes bronceada o de la hemocromatosis —nombre empleado primeramente por *Recklinghausen* y aceptado por muchos autores— está completamente desarrollado, la duda diagnóstica es imposible. No ocurre así en las formas incompletas. Las melanodérmicas puras, son difícilísimas de diferenciar de la enfermedad de *Addison*, como sucedía en la observación que ha motivado este trabajo.

En una y otra enfermedad nos encontramos con el dato fundamental de la melanodermia.

Repetidas veces hemos insistido nosotros (5 y 6) en que la melanodermia no quiere decir siempre enfermedad de *Addison*, pues puede encontrarse en muchos procesos. Es necesario fijarse en los caracteres de la pigmentación. La melanodermia típica del *Addison* se manifiesta por ráfagas de pequeños lunares y se localiza en la cara, órganos genitales, línea abdominal, pezones, dorso de la mano —especialmente en las pequeñas articulaciones interfalángicas— y rayas de la palma. Las mucosas están pigmentadas. Cuando la pigmentación no tiene estos caracteres, o cuando falta en absoluto, lo que puede suceder —aunque muy raramente—, el diagnóstico clínico del *Addison* es imposible.

En la diabetes bronceada, la

melanodermia es más uniforme. con un tono gris de plomo, y las mucosas sólo se afectan muy pocas veces (*Helley*) y en forma más difusa.

La localización tegumentaria es idéntica. Como puede observarse, no se trata más que de pequeños matices diferenciales. Pero en la práctica nos encontramos que aun éstos que señalan los libros pueden faltar. Son muchos los casos —entre ellos el nuestro— de diabetes bronceada, en los que la pigmentación presenta los mismos rasgos que hemos citado como característicos de la insuficiencia suprarrenal.

Además de la enfermedad de *Addison* pueden encontrarse —si atendemos sólo a la melanodermia— dificultades para diferenciar la diabetes bronceada de otros dos síndromes.

Uno de ellos es la neurosis pigmentaria de las abstinentes, o sea el síndrome de *Block*. En éste, la pigmentación —de origen ovárico— aparece en ráfagas difusas en la frente, mejillas y labio superior. Pero sobre todo el dato de la castidad forzada y la presencia de trastornos psiconeuróticos hacen imposible la confusión. El otro síndrome es el llamado por *Marañan* virilismo bronceado. La melanodermia es completamente exacta la del *Addison*; pero se diferencia de éste, por afectar a mujeres menopáusicas, corpulentas, pictóricas, hipertensas y con acen-

tuados rasgos viriloides. Esta **sis-**tomatología parece ser opuesta también —como veremos más adelante— a la de la **diabetes** bronceada.

La melanodermia no nos sirve, por **tanto**, para el diagnóstico diferencial. Pero nos **encontramos** con que los demás síntomas de la insuficiencia suprarrenal —ya de por sí muy vagos— existen también en la diabetes bronceada **con** extraordinaria frecuencia. Así ocurre con el **adelgazamiento** y la astenia.

Y lo mismo con la **hipotensión**, de tan capital importancia en el *Addison*. Esta **hipotensión** —muy acentuada en la diabética bronceada que ha publicado *Sempau*, se debe a la cirrosis, según *Gilbert* y *Garnier*. Ello no es cierto, pues se observa en ausencia de modificaciones **hepáticas**.

Alguna significación pueden tener los antecedentes, toda vez que en la etiología de la diabetes bronceada se señala **insisten-**te el alcoholismo, y también —singularmente por *Mallo-*ry — la intoxicación por el cobre.

Conocido es el gran **valor que** se concede hoy a los **datos** constitucionales. En las formas primarias de la enfermedad de *Addison* (12) se encuentra una constitución hipoplásica —astenia general, con tendencia al **in-**fantilismo y estado **tímico-linfá-**

tico—. Pues bien; esta misma constitución se cita en muchos de los casos recientemente publicados de diabetes bronceada. Según *Marsch* (13), la **hipoplasia** genital **es** constante. Puede ser útil, como luego veremos, la exploración del sistema nervioso vegetativo.

Tenemos que recurrir a los datos de laboratorio.

La bipocolesterinemia muy frecuente —**pero** no constante— en los addisonianos, se observa igualmente en la diabetes bronceada (*Adler*).

La acidosis, señalada por *Marañan* y *Morros* en la insuficiencia suprarrenal, no debe existir en los casos incipiente de diabetes bronceada.

Después de nuestras investigaciones con *Moya* (15), es preciso considerar como dato favorable a la enfermedad de *Addison*, el aumento de velocidad de 1E sedimentación globular. La fórmula leucocitaria no tiene valor, por depender del estado linfático constitucional, con frecuencia idéntico en ambos procesos.

Pero lo más decisivo es la exploración del metabolismo hidrocarbonado, sobre todo con el estudio de la curva de glucemia.

En la enfermedad de *Addison* pueden existir (*Bonilla* y *Moya*, *Jiménez Díaz*, casos con glucemia en ayunas normal y hasta ligeramente elevada, **si** bien lo más frecuente es **encon-**

trar glucemias iniciales bajas.

Lo más importante (*Marañan*) no es la cifra en ayunas, sino la inestabilidad en sentido descendente de la glucemia.

Algunas veces —y nosotros lo hemos visto con *Moya*. la curva glucémica de los addisonianos puede ser algo elevada, semejante —por obedecer a la misma causa— a la de insuficiencia hepática; pero casi siempre el comienzo es bajo y el aumento lento y prolongado. En cambio, en la diabetes bronceada la cifra inicial es ya algo alta y el aumento desde la media llora, intensísimo.

En una enferma que estudiamos con *Mora*, la curva glucémica, de 1,25, 1,66, 1,78. nos hizo rectificar por el de diabetes bronceada el primer diagnóstico —irreprochable por la sintomatología— de insuficiencia suprarrenal.

Marañan, ha propuesto la prueba de la insulina para el diagnóstico de la enfermedad addisoniana. La gran sensibilidad de estos enfermos, hace que reaccionen a pequeñas dosis (10 unidades), con acentuados descensos de la glucemia y de la reserva alcalina.

Diferentes autores como *Althausen* y *Kerr*, y muy recientemente *Root* y *Allan* y *Constam* llaman la atención sobre el escaso efecto terapéutico de la insulina en la diabetes bron-

creada. *que* provoca, además, bruscas reacciones híglicémicas. En la enferma antes I citada (*Bonilla* y *Moya*), los resultados fueron excelentes: piro era necesario manejarla con precauciones, por la acentuada hipoglucemia que sucedía, efectivamente, a cada inyección.

Los datos recogidos en este Instituto por *Pardo* y *Martínez* son poco demostrativos acerca del valor concedido por *Targowla* a la ausencia de la hiperglucemia postmorfinica en los addisonianos.

Únicamente, por tanto, podemos llegar, a un diagnóstico exarcto investigando el comportamiento de (a carga glucémica. Seguramente son de diabetes bronceada muchos de los casos publicados de enfermedad de *Addison* con curvas altas.

3" INTERVENCIÓN DE UN FACTOR SUPRARRENAL. —

La absoluta semejanza de la melanodermia bronceada con la addisoniana y la presencia de ambos procesos de astenia, hipotensión, adelgazamiento, sensibilidad a la insulina, etc., unidas a la identidad de los rasgos constitucionales, hacen pensar que en la patogenia de la diabetes bronceada intervenga un factor suprarrenal.

La diabetes bronceada es solamente uno de los cuadros clínicos de una alteración general —la hemacromatosis—, a una

perturbación —de causa boy desconocida— del metabolismo del hierro, con fijación de pigmentos en diferentes órganos, que sufren subsiguientemente un proceso de esclerosis.

Según cual sea el órgano más afectado —hígado, páncreas, etc.—, aparecerán las diferentes formas clínicas — cirrótica, diabética, etc.— de la hemocromatosis o hemosiderosis.

Es casi seguro que en todos los casos estén interesadas las suprarrenales, sobre todo en los sujetos con una constitución predisponente. La localización suprarrenal debe ser la más importante en las formas melanodérmicas puras cuyo trastorno —en sentido diabético— del metabolismo hidrocarbonado, sólo se revela por el estudio de la curva glucémica.

Son casos que podríamos llamar de prediabetes bronceada.

Al acentuarse las lesiones de los otros órganos a los que afecta el proceso, estos enfermos pueden convertirse en verdaderos diabéticos o en cirróticos. Como diabéticos bronceados deben considerarse muchas de las observaciones publicadas de diabetes con enfermedad de *Addison*, como hicieron notar ya *Foá* y *Bitorf*.

Recientemente, *Marsch*, encuentra las suprarrenales atrofiadas en la autopsia de un caso de diabetes bronceada.

Otras veces, antes de desarro-

llarse el síndrome completo, la intensidad de las lesiones **suprarrenales** hace que los enfermos mueran como verdaderos Addisonianos.

La hemocromatosis podría considerarse como **un síndrome** de los **llamados** por *Pende*, **exoendócrinos**.

El caso estudiado por nosotros es el siguiente:

Nº 9169. V. A., 52 años, casada, de Callado-Villalba (Madrid),

Antecedentes familiares: Sin interés.

Personales: Menarquia a los trece años. A los veinte, varicela. Ha tenido cinco hijos. Dos murieron: Uno a los tres meses y otro a los dos años. Este último de tos ferina. Los otros tres viven y están sanos. Embarazos y partos, normales. No ha tenido abortos. A los cincuenta años, menopausia, sin más molestias que intensos sofocos **que** todavía persisten.

Enfermedad actual: Comenzó hace un año, con pérdida del apetito, estreñimiento, astenia, adelgazamiento, cambio de color, **prurito** vulvar y parestesias en los brazos y piernas.

Exploración: Hábito constitucional asténico, tipo **I-II**. Peso **38,500** kilogramos. Talla, 1,42 Melanodermia en ráfagas, localizada en la cara, pezones y manos (dorso de las pequeñas articulaciones **interfalángicas** y rayas de la palma). **Numerosos** lunares.

Comisuras labiales y mucosa bucal, muy pigmentadas.

Aparato respiratorio: Normal.

Al examen radioscópico: hilio pulmonar derecho moderadamente denso.

Circulatorio: Corazón asténico, con ritmo embriocárdico. Aorta normal en todas las posiciones. Tensión :10-7 (Tycos). Pulsaciones: 104.

Sistema nervioso cerebroespinal : Normal. Ligeras parestesias en los miembros.

Sistema nervioso vegetativo (doctor Vásquez): Reflejo óculo-cardíaco anfótropo — 29.90, normal. Vagal puro — 21+6—8, normal. Solar ortostánico..... 92,132: positivo. Tono simpático. 132. Vagal, 40. Hipersimpático de más, 12; vagal. normal. Resumen: Hipersimpácticotomía, hiperexcitabilidad simpática.

Metabolismo basal: 3^r.

Orina: Normal.

Sangre: Hematíes, 5.680.000; leucocitos, 5950; hemoglobina, 105% (Sahli). Valor globular. 0.74. Fórmula leucocitaria: neutrófilos, 43; eosinófilos, 1; linfocitos, 54; monocitos, 1; trassitos, 1. Total, 100. Sedimentación globular. 13,7. Colesterimemia (técnica de Bloor), 1,42. Curva de glucemia (Hagedorn), 1,05, 2.31. 1.97, con glucosuria positiva.

Prueba de la insulina: Glucemia: inicial, 1,07; reserva alca-cendente de la glucemia ante la

lina, **61,7;tensión**, 9-6;pulso. 96.

Inyección de 10 unidades de insulina,

10 m.....0,95 — 8-5 84

30 m.....0,78 — — —

60 m.....0,44 58-9 8-5 88

105 m.....0,47 58-9 9-5 92

150 m.....0,49 61-7 8-5 84

En las dos últimas **determinaciones**, intenso sudor y mareo, sobre todo el cambio de posición. La exploración clínica de nuestra enferma nos hizo pensar primeramente en la enfermedad de Addison. Si analizamos su sintomatología encontramos en favor de esta hipótesis la melanodermia — completamente típica—, la astenia y el adelgazamiento, asentando sobre un fondo constitucional característico. Sólo teníamos en contra el dato de la tensión arterial, que era normal. Como síntomas de abolengo diabético, debemos anotar el **prurito vulvar** y las parestesias.

Aunque cada día concedemos menor valor diagnóstico a la exploración del sistema nervioso vegetativo, se hacía difícil explicar en una addisoniana la existencia de un estado simpático-tónico tan acentuado como el que se descubría en nuestro caso.

Por ello creemos útil realizar dicha investigación en circunstancias análogas.

En cuanto a los datos de laboratorio, **teníamos en apoyo** del primitivo diagnóstico la fórmula

Tegucigalpa, Nov. de 1932
Señores:

Cumplo con el deber de **presentaros** un informe detallado de **los** trabajos efectuados por la ASOCIACIÓN MEDICA **HONDURENA**, que tengo el honor de **presidir hasta hoy, durante** el año 1931.-1932.

Por una rara **coincidencia**, en este período se han realizado, debido a la energía, actividad y **dinamismo** de algunos de los miembros más importantes de la Sociedad, **tres** hechos trascendentales que prestigian y honran a esta institución: la fundación de la Policlínica, que se efectuó el **lo.** de mayo pasado: la dirección y control que ejerce en **el** manejo de nuestro Hospital San Felipe, sostenido con la suscripción de particulares y la cooperación eficiente y desinteresada de algunos profesionales, **miembros** todos **de esta** Sociedad, la emisión del Decreto número 95, y por último el cambio **notable** que se ha verificado en la Escuela de Medicina,

inyección de sólo 10 unidades de insulina.

La reserva alcalina y la eritrosedimentación se pronunciaban en contra. La cifra **colesterinémica** era dudosa.

La evolución de **la curva glu-**

Cirugía y Farmacia con la fundación de Laboratorios y Gabinetes llegados últimamente y a esfuerzos de nuestro distinguido colega y consocio Dr. Ricardo D. Alduvín. Todos estos resultados se han debido a la Asociación Médica Hondureña, puesto que ella tomó a su cargo el Hospital, por ella se fundó la Policlínica y de aquí salió la fórmula de la Directiva actual de nuestra Facultad de Medicina. Complacidos y profundamente satisfechos nos hemos de considerar todos los que formamos esta Sociedad científica, la que ya ha conquistado muchos laureles y el aprecio y respeto del país por su labor, actividad y dinamismo, todo en bien y honra de nuestra querida Patria.

cémica. con glucosuria positiva, a la hora de ingerir 25 gramos de glucosa, disipa toda duda, permitiéndonos establecer en firme el diagnóstico de diabetes bronceada.

de 1931 dictó una sobre **SEROLOGIA DE LA SÍFILIS**.

Dr. Callejas, J. J. El 2 de enero de 1932 dictó sobre **NEUMOTORAX ARTIFICIAL**.

Dr. Bustillo Oliva. El 6 de febrero de 1932 dictó sobre **ANEMIAS DE LA INFANCIA**.

Dr. Paredes. El 5 de marzo de 1932 dictó sobre **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL EMBARAZO (EXTRA-UTERINO)**.

Dr. Callejas, J. J. El 2 de abril de 1932 dictó sobre **NEUMOTORAX ARTIFICIAL**.

Dr. Zepeda. El 7 de mayo de 1932 dictó sobre "Observaciones clínicas acerca del Adeno-Flegmón del **Cuello** en un niño, producido por infección bucal a consecuencia del **uso** de entretenedores". Y otra sobre: "**Enteritis palúdica**".

Dr. Callejas, J. J. El 10 de junio de 1932 dictó sobre "Radiografía y Orto-diografía del Corazón".

Dr. Paredes. El 2 de junio de 1932 dictó sobre "Extirpación de Bocios" y sobre el "Síndrome de torsión de la Vesícula Biliar".

Dr. Sánchez. El 6 de agosto de 1932 dictó sobre "Algunas formas de paludismo agudo".

Dr. Laríos. El 3 de septiembre de 1932 dictó sobre "**Idiosincracia** por la Quinina".

Todas las conferencias dictadas han sido el objeto de discusiones, en las que ha tomado par-

te el mayor número de socios ya sus autores han recibido las felicitaciones más en tu- i a.-tas de la Sociedad por la importancia de los temas, que han desarrollado.

INGRESO DE SOCIOS

Dr. Leoncio Delgado Rivas, fue admitido el 5 de diciembre de 1931.

Dr. Luis R. Fletcher. fue admitido el 4 de junio de 1932.

Dr. Víctor M. Velásquez. fue admitido el 2 de julio de 1932.

Dr. Roberto Gómez Rovelo. fue admitido el 3 de septiembre de 1932.

Dr. A. E. Moure. de Tela, fue admitido el 10 de octubre de 1932.

INICIATIVAS

La Asociación Médica Hondureña dispuso que se gestionara ante quien corresponde para la creación en nuestro Hospital de San Felipe de un Pabellón Especial para el tratamiento de la Tuberculosis, a fin de alojar tantos enfermos que circulan en nuestras calles, siendo una amenaza para la sociedad de la capital La **comisión** nombrada al efecto manifestó que la Dirección del Hospital denegó tal gestión, fundándose en **virtud** de que el **Reglamento** de dicho establecimiento le prohíbe acceder a tal **solicitud**.

El 7 de mayo se resolvió prohibir el uso de los entretenedores

Tratamiento de las Infecciones Piógenas en Obstetricia

Terapéutica no **específica**

Este capítulo es un caos, hasta en su designación.

Conquista reciente, se debate entre hipótesis más o menos fundadas pero todas insuficientes.

Pero hay una evidencia: a veces cura. ¿Por qué mecanismo? Ahí la dificultad. Imposible interpretar por la variedad de las reacciones y por un hecho fundamental y básico en nuestra ciencia. En medicina no hay enfermedades; hay enfermos.

Las reacciones con los mismos medicamentos con las mismas dosis, varían al infinito y dependen pura y exclusivamente del enfermo y como no hay dos enfermos iguales, ahí está la dificultad.

La experiencia en animales tiene un valor relativo y tan relativo.

Los síntomas que obtenemos al tratar un caso clínico, fundamentalmente se repetirán en **otro**, pero con modificaciones tan características para el caso que si bien podrán servirnos para orientar nuestras armas nun-

ca tendrán un valor sino aproximado.

Desde hace muchos años se usa la inyección de albúmina por vía parental para el tratamiento de muchas enfermedades y se conocen una serie de fenómenos que se producen en el organismo, determinados por la introducción de este elemento en la circulación general.

Estos fenómenos cuya presentación no siempre se produce y que suelen ser graves hizo que estos métodos de introducción de albúminas, en general sangre o leche, fueran abandonadas a pesar de considerárseles eficaces en ciertos casos.

Cuando se iniciaron los estudios sobre la inmunidad bacteriana se comprobó que al lado de los fenómenos producidos por los gérmenes específicos y que consistían en la exaltación de las defensas orgánicas, existía también un aumento de éstas pero **con** otros caracteres: la falta de especificidad y la corta **duración**.

Los elementos capaces de despertar estas defensas orgánicas no específicas, eran las **albúmi-**

ñas que acompañaban a los sueros y a las vacunas específicas **inyectadas.**

Fue en esa época que se llegó hasta negar la especificidad de los sueros y vacunas y se recomendaba tratar con sueros o vacunas no específicas y hasta con suero normal las enfermedades infecciosas y aún las más graves y hasta aquellas cuyo tratamiento específico había dado pruebas casi de su infalibilidad (la difteria).

Estudios e investigaciones sobre las albúminas, sobre su efecto biológico y no sólo de ellas sino de los productos de su desintegración, dejaron sentado una serie de síntomas característicos producidos por la penetración de éstas a la circulación general.

Quizá hubiéramos podido llegar a conocer bien el mecanismo de la acción de estos elementos si no se hubiera demostrado que el mismo resultado se conseguía con otras sustancias, es decir, que otros elementos no al-

buminoides podían producir en el organismo las mismas reacciones que hasta entonces habíamos considerado como características de las albúminas.

Los importantes trabajos de Widal, Abrami, Brissau y Joltrain, fueron determinantes al respecto y lo mismo los estudios de Brettner que demostró que la manera de actuar de los coloides eran no como bactericidas sino como albúminas.

Las sorpresas continuaron y fueron muchas las preparaciones quimioterápicas que actuaban en la misma forma.

Bier y su discípulo Zimmer crearon la terapéutica irritativa, que no satisface ampliamente.

Todo esto nos demostró que el mecanismo era mucho más complejo que lo que parecía y que a pesar de contar con una 'infinidad' de elementos para la experimentación ésta se hacía cada vez más difícil y la interpretación de los fenómenos pro-

ducidos quedaba más aún sin la claridad necesaria.

La escuela alemana con Lindig (Friburgo), sostiene la designación de tratamiento proteínico o proteínoterapia para la terapéutica no específica, porque aunque otros elementos produzcan las mismas reacciones o los mismos efectos, es con las albúminas que se han iniciado estos estudios y es sobre su acción que se han edificado una serie de hipótesis, como las de la activación protoplasmática, exaltación del funcionamiento celular, etc., que si bien no son más que hipótesis, sirven como base para su estudio.

Cómo actúan las diversas sustancias y en qué forma manifiestan su acción

El rol de esta terapéutica es reforzar las resistencias del organismo en sus distintos complejos, a los más variados ataques y en caso de que éstas fracasen» darle fuerzas de reserva para resistir y si es posible vencer.

Los efectos producidos son de dos órdenes, mediatos e inmediatos.

Entre los primeros tenemos las distintas reacciones que se presentan en el sujeto que son de las más variadas; que en general no dependen de la sustancia sino de. \ enfermo y que

son totalmente distintas a la que presentaría un sujeto sano. Estas reacciones actúan de mediadores, de ayudantes, diremos, para que se presenten los efectos inmediatos: la inmunidad, e3 decir el desideratum.

Para estudiar las reacciones mediatas debemos dividir las según la cronología de su presentación y de su importancia en: locales, focales y generales.

Como reacción local se observan tumefacciones, rubicundez, dolor, infiltración.

Muchas veces no tienen valor y pueden ser producidos por una mala técnica; otras veces tienen una importancia fundamental, y tienen en general valor diagnóstico, porque su presentación es índice del estado del organismo.

Más interesante es la reacción focal que se manifiesta por vasodilatación, aumento de linfa, aflujo de leucocitos, dolor y sensación de calor en el lugar enfermo. En muchos casos esta reacción focal repetida termina con el proceso.

Distintas teorías pretenden explicar esta reacción. La mayoría de ellas lo hacen teniendo en

cuenta la excitación de los nervios sensitivos que inervan el foco; otras piensan que el organismo radica o tiene el poder de radicar las defensas en el punto enfermo, para librar la batalla; todas ellas no son **suficientes**.

Reacciones generales.—Si era curiosa la reacción focal, mucho más lo es la forma como reacciona el organismo todo, a la introducción del medicamento.

Modificaciones y alteraciones de las más variadas.

1o.—Ascenso de la temperatura, con escalofríos a veces.

2o.—Modificaciones en la sangre, leucopenia transitoria y leucocitosis marcada, aumento de los linfocitos, aparición de formas juveniles y plaquetas, aumento de la coagulabilidad.

3o.— Formación de anticuerpos, complementos, precipitinas, aglutininas, fermentos proteolíticos, equilibrio entre fermentos y anti-fermentos con aumento de los primeros.

4o.—Somnolencia.

Se ha querido interpretar los diversos fenómenos subjetivos, como la hipertermia, por ejemplo, por la desintegración de las albúminas o por el pasaje brusco a la circulación; por la formación o excitación de substan-

cias pirogénicas en los sujetos ya febriles, la somnolencia por el calor, por defensa del organismo, etc.

El mecanismo de su acción.—

Es de lo más variado. Para algunos autores son fenómenos físicos; brusco desequilibrio en el estado físico-químico de los humores con sintomatología idéntica al choc anafiláctico (crisis hemoclástica); para otros, exaltación de los procesos catalíticos de la sangre, reactivación de las funciones protoplasmáticas, acción irritativa sobre el sistema nervioso, producción de proteasas, -oxidaciones, etc.. exaltación celular en una palabra.

En síntesis, todos estos fenómenos llevan a la inmunidad por distintos mecanismos posiblemente y con diversas características, según predominen uno u otra de las distintas maneras del reaccionar del organismo.

Elementos con que cuenta la terapéutica no específica (clasif. de Lindig)

1o.— Los cuerpos **albuminoi-**des sencillos químicamente definidos; proteínas, caseínas, albúminas vegetales; productos de desintegración de las albúminas, proteasas, peptona, deuteroalbusmas, globina, etc.

2o.— Sustancias exentas de albúmina: metales coloidales, sustancias colorantes, preparados de yodo, trementina, etc.

3o.— Mezcla de las sustancias del primer y segundo grupo; por ejemplo: colargol, yatrencaseína y sustancias colorantes, etc.

4o.— Productos complejos, leche y los preparados directamente obtenidos de ella, albúminas obtenidas de algunas bacterias, pus estéril, orina estéril, filtrado fecal, estomosinas, etc.

Como condiciones necesarias estos elementos deben ser: 1o., poco tóxicos; 2o., estériles; 3o., permitir buenas dosificaciones; 4o., no producir efectos secundarios (que no sean reaccionales) desagradables.

La primera exigencia es a veces difícil e imposible poder afirmar dónde empieza y dónde termina el efecto tóxico.

La segunda y la tercera fácilmente llenadas, sobre todo hoy en que la industrialización de los productos ha llegado al máximo.

La cuarta depende no sólo del producto empleado sino del sujeto, pero es evidente que mucho se puede conseguir con técnica y buenos preparados.

Dosis y vías de administración.—Las dosis variables al infinito y sólo por aproximación, por comparación o por experiencias ganadas a expensas de éxitos y también de fracasos, se pueden fijar, depende también de la vía de administración.

La subcutánea y la intramuscular son las más usadas; tienen como inconveniente la frecuencia de reacciones locales intensas. La vía endovenosa es la vía de elección cuando se quiere obtener el máximo de efecto, pero puede ser peligrosa por la intensidad de las reacciones y exige la integridad del organismo: sobre todo del aparato circulatorio.

Es con esta vía con la que se consigue todo el complejo reaccional, el choc hemoclásico con todos sus síntomas y es la vía que exigen los que pretenden que la acción del medicamento se manifiesta primero por fenómenos físicos de desequilibrio que provocan la inmunidad.

La vía intramuscular, la más usada, no tiene las ventajas del choc, pero es menos peligrosa, siendo la que se recomienda en la infección puerperal.

La cantidad de inyecciones y

el espacio de tiempo entre ellas depende, como es natural, del caso clínico y su evolución. Hay sin embargo, procedimientos de laboratorio como: valoración de anticuerpos, valores leucocitarios y comportamiento de los mismos, que no tienen más importancia que los síntomas clínicos.

Entre estos síntomas la hipertermia tiene un valor decisivo y mientras ella exista el tratamiento debe continuar.

Nuestra experiencia

Hemos usado en muchos casos esta terapéutica pero no con el control suficiente para poder sacar conclusiones; sin embargo, podemos decir sin ambages que no hemos tenido un sólo éxito de esos indubitables y en los casos graves la hemos visto fracasar, como a todas las otras terapéuticas.

Por otro lado, no es posible negar la evidencia y así como la mayoría de los trabajos que so-

bre él se han publicado carecen de base por ser observaciones mal documentadas y peor interpretadas, hay casos y hasta serie de ellos, que se imponen por la seriedad de sus expositores y por el control con que han sido estudiadas.

Es el método del porvenir, dice Lindig, y llegará un momento en que desaparezca tanta incertidumbre.

La inyección de sangre como medicamento se usa en medicina desde la más remota antigüedad.

Usada empíricamente en sus comienzos y creyendo que su acción sería eficaz en las anemias, se inyectó la sangre de la mayoría de los animales conocidos, buscando encontrar en cada uno de ellos virtudes especiales.

Fue Bier el primero que interpretó la acción de la sangre inyectada, identificándola a la de cualquier albúmina y dándole un lugar de preferencia entre los elementos -con que cuenta la terapéutica no específica.

El empleo de la propia sangre es de origen también remoto pero fue bien pronto abandonado y reemplazado por la dádiva de la ajena.

Estaba esto más en relación con las ideas y conceptos de la época que si en un momento dado consideraba a ésta tan necesaria que era un crimen sacarla, y en otro como tan nociva que si bien exigía su extracción repetida (sangrías, sanguijuelas, etc.), hubiera sido un error gravísimo el volver a inyectarla.

La autohemoterapia fue reintroducida en estos últimos años, y prestigiada por Sicard. fue utilizada en el tratamiento de algunos procesos nerviosos como la epilepsia.

Ravaut. introdujo esta medicación en Dermatología. donde goza de un gran prestigio y es de empleo casi cotidiano.

Su eficacia, no se discute en esta rama y es hoy día prestigiada por un sinnúmero de autores.

Usada con éxito en algunos procesos infecciosos, su empleo se generalizó y se la considera como el mejor elemento con que cuenta la terapéutica no específica para despertar las defensas orgánicas.

Evidentemente tiene sobre las demás sustancias, albuminoides o no, ventajas que dependen de factores diversos de todo orden, no siendo el menos impor-

tante el de ser un elemento que está con el mismo enfermo, y que puede ser utilizado sin preparación previa, importante por lo menos, y sin mayores peligros.

Su manera de actuar es la misma que cualquier otra obstancia proteínica y todas las hipótesis construidas para explicar la acción de éstas se aplican perfectamente, pudiendo tener también la comprobación experimental y clínica.

La albúmina sanguínea se transforma inmediatamente después de haber sido extraída y actúa al ser reinyectada no ya como una substancia homóloga sino heteróloga; su acción es la misma que si la sangre fuera extraña, a pesar de contener elementos que son idénticos y no transformables.

En las enfermedades infecciosas agudas y generalizadas, la sangre extraída debe contener además de los cuerpos bacterianos y sus toxinas, otra serie de sustancias defensivas en cantidad más o menos grande, que sin duda alguna han de actuar más enérgicamente y si podemos decir, más específicamente, para despertar esas defensas tan buscadas.

Quizá algún día veremos claro y puede ser que el similia similibus curantur de la homeopatía tenga su aplicación en esta terapéutica con más razón y

con más lógica que en la seroterapia o en la vacunoterapia, donde podemos decir que el aforismo cae por intervención de terceros.

M. J. **Litwat** (Leningrado), considera a la autohemoterapia como el tratamiento más completo, porque es a la vez auto-proteína, autovacuna y autosuero.

Fundándose en las distintas teorías que hacen radicar unos en el suero y otros en sus elementos figurados (glóbulos) el poder bactericida o antitóxico, algunos autores recomiendan emplear ya sea el suero, ya los glóbulos y no la sangre total, pero estas tentativas no han contado con la aprobación unánime y lo que hoy más se emplea es la sangre total, extraída de una vena accesible e inyectada de inmediato en los flancos o en la región glútea (subcutánea o intramuscular). La cantidad empleada varía de 5 a 20 centímetros cúbicos, repetidos diaria-

mente durante un tiempo más o menos largo (10 a 15 días).

La autohemoterapia en la infección puerperal

Como era lógico esperar fue muy pronto experimentada y existen numerosos trabajos aunque no muy bien documentados sobre los éxitos obtenidos con esta medicación.

Entre los más recientes figuran los de Descarpentries, que emplea lo que él llama la auto-sangre hemolisada; que han sido controlados por muchos investigadores, teniendo en la actualidad un ambiente favorable.

Su método consiste en mezclar la sangre extraída con el doble de agua hervida, y después de separar el coágulo, inyectar la solución fraccionada con intervalos en las 24 horas (en dos o tres veces).

El de Tarterat o autohemolitosoterapia que mezcla la sangre con el doble de agua destilada a medida que la extrae (jeringa

con agua destilada) y la inyecta en totalidad y de inmediato (10 ó 20 c. c.-).

El del profesor Costa de Novara, autoplasmaterapia que se diferencia de las anteriores porque emplea muy poca cantidad de sangre (50 ó 60 gotas solamente) disueltas en suero fisiológico y que inyecta previa centrifugación.

La mayoría de los autores que recomiendan diluir la sangre, lo hacen porque pretenden que los glóbulos hemolisados actúan más eficazmente.

Nuestra experiencia es escasa, pero nuestra impresión sobre los pocos casos tratados es muy buena y creemos que debe experimentarse.

Absceso de fijación

Ideado por Fochier en 1892, tomó rápidamente una gran importancia y fue considerado como un buen tratamiento de los procesos agudos generalizados.

Son numerosos los trabajos que se refieren al mecanismo de su acción, vale decir a la manera de actuar y a los resultados de su empleo.

La teoría emitida por su creador, que consideraba al absceso como un punto de concentración de todos los gérmenes que se encontraban en la circulación general y que fue al parecer confirmada por las experiencias de La Torre, ha sido invalidada por experiencias posteriores.

Lo que parece evidente es su acción marcada sobre la leucocitosis ; no así la acción antiséptica de la trementina, sostenida por Fabre en más recientes **trabajos**.

Los entusiasmos del comienzo son sólo recuerdos hoy **día**; una vez hecho el proceso no ha quedado de este método, sino su valor pronóstico, que es necesario interpretar.

Es evidente que cuando el absceso se forma hay más esperanzas de que el organismo triunfe de la infección; pero el que no se forme, no quiere decir que no podrá salvarse. **Numerosos** son los casos de nuestra observación, en los cuales dos y tres veces nuestras inyecciones habían quedado sin reacción ; mucho tiempo después, cuando la enferma mejoraba, los abscesos prendían todos a la vez y complicaban la evolución del proceso, que ya en franca curación, se veía entorpecido por la abundante supuración.

La técnica ideada por Fochier so ha modificado, aconsejándose hoy día la inyección ya sea en los flancos, ya en la cara externa de los muslos, de 5 c. c. de esencia de trementina. Esta inyección puede repetirse dos y tres veces con intervalos de dos o tres días, pero a nuestro juicio no se debe insistir mucho por el trastorno que representa la cantidad de abscesos en caso de

formarse.

Las vitaminas en la infección piógena

Green y Mellamby, en experiencias realizadas en animales comprobaron que la vitamina A aumentaba las resistencias orgánicas e impedía el desarrollo en ellos de la infección piógena y que cuando ésta existía su administración mejoraba y curaba rápidamente los procesos, siempre que éstos no fueran muy avanzados. Las investigaciones las realizaban en ratas, siendo sus resultados, según su expresión, **impresionantes.**

Un lote de estos animales privados de esa vitamina, sucumbían en pocos días a la infección piógena, y en cambio los testigos continuaban viviendo en perfecta salud.

Al año siguiente y en vista de que los hechos se repetían, decidieron emplear la vitamina A en las infecciones humanas.

Las primeras experiencias fueron realizadas en enfermos de neumonía y los resultados fueron convincentes, según ellos,

a pesar de ser la neumonía una enfermedad con índice de mortalidad muy bajo; generalizaron su empleo en casos de erisipela y después en la infección puerperal.

Su primera publicación a este respecto data de 1929. Se trata de 5 casos de septicemia (cultivos de sangre repetidos) que evolucionan a la curación sólo tratados por la administración oral de un preparado que contiene vitamina A,

Ellos están de acuerdo en que el número de casos es muy reducido para poder sacar conclusiones, pero los publican impresionados por el éxito que contrasta con las estadísticas de otros años en el mismo servicio hospitalario. Publican un cuadro al respecto:

Número de casos, en 1927 8, en 1928, ó en 1929 (3 meses), 5.

Curaciones, en 1927, 2, en 1928, 6, en 1929 (3 meses), 5.

La acción de la medicación es lenta, dicen, y fundados en esto la recomiendan sobre todo como profiláctica, habiendo ellos, des-

pues de haber hecho comprobaciones sobre la alimentación de las embarazadas, iniciado su experimentación en gran número de ellas.

Posteriormente, Mac Carri-son que ha hecho estudios fundamentales sobre las vitaminas en general, comentando los trabajos de Green y Mellamby aconseja agregar a la vitamina A. la D, que completa su acción, pues según sus estudios, la primera refuerza las defensas, actuando directamente en el **tejido** retículoendotelial y en los elementos figurados de la sangre, mientras que la segunda tiene una acción francamente bactericida.

Con esta combinación de las dos vitaminas hay ya una preparación en el comercio: el adexolín, presentado en forma de cápsulas que contienen aceite de hígado de bacalao (vitamina A) y ergosterol irradiado (**vitamina D**).

Se recomienda la dosis de 3 a 4 cápsulas por día en los casos leves, pudiendo llegar hasta 12 cápsulas por día en los graves.

No sabemos si existe experiencia de este tratamiento entre nosotros.

Es un terreno nuevo e interesante, que debe ser explorado.

Conclusiones (*)

1a.—Fundados en razones de orden anatómico, fisiológico y **clínico**, sostenemos que la infec-

ción puerperal tiene una marcada tendencia a la localización.

2a.— Para que ésta pueda realizarse es necesario que el organismo se encuentre en las mejores condiciones y puedan ser utilizadas todas sus defensas naturales.

3a.— Existiendo una serie de medicamentos o métodos terapéuticos que aumentan las defensas naturales, sin perjudicar el complejo fisiológico, deben ser éstos usados precozmente en todos los casos de infección.

4a.— Cuando nos encontremos frente a un caso de infección generalizada debemos preferir, por razones fundadas en hechos clínicos más que experimentales, la terapéutica no específica.

4a.— La terapéutica específica activa (vacunación) tiene valor profiláctico indudable y debía sistematizarse su empleo en todas las maternidades.

6a. — La inmunotransfusión aunque no tiene una gran experimentación, tiene fundamentos científicos que obligan a utilizarla antes de dar un fallo definitivo.

7a.— La autohemoterapia y la terapéutica por las vitaminas deben experimentarse.

8a.— Los tratamientos quirúrgicos ampliados tienen una indicación reducida.

9a.— Deben abandonarse los tratamientos locales por ino- cuos y perjudiciales.

Historia del tratamiento de las varices por inyecciones de soluciones esclerosantes

Como no hay reacciones sistémicas con la inyección de solución de cloruro de sodio y de caloróse, éstas se pueden usar en la cantidad deseada sin cuidado. Con el salicilato de sodio hay que andar con más cuidado: El profesor Sicard aconseja que **nunca** se debe emplear más de tres gramos de salicilato de sodio en un tratamiento, por motivo de que muchos pacientes reaccionan mucho más rápido que con las demás soluciones. Sicard recomienda para empezar, pequeñas dosis de salicilato y de aumentar a las dosis mayores de solución concentrada con lentitud según se establece la tolerancia del paciente. Algunos pacientes tienen una reacción con el salicilato igual a los que tienen idiosincrasia para la-quinina. También hay que escoger la dosis de quinina con el Uretano, según el paciente.

Hay algunos pacientes que desarrollan una reacción con tan pequeña dosis como medio c. c. **mientras** otros aguantan bien hasta 4 c. c. Los que han usado más la quinina con Uretano, están de acuerdo que debe empezar con medio a un c. c. en diferentes várices salteadas, y de nunca usar como dosis total pa-

ra un sólo tratamiento, más de 4 c. c, sólo en esos casos o. — sabe que la tolerancia del paciente ha sido establecido más antes. El profesor Mcpheeters hace uso de la quinina y uretano en esos casos que de dos o tres meses después del tratamiento con calorose o con cloruro de sodio regresan a su clínica para su inspección y examen ; en la mayoría de los casos sucede que se encuentran unas pocas várices que no se han perdido del todo, y entonces Mcpheeters aplica las pequeñas dosis del Urano y quinina, ésta no causa calambres ni dolor y se recomienda al paciente que vuelva en cinco o seis meses, y en esta visita se les indica que regrese al completar el año del primer tratamiento. De este modo acaso alguna de las várices que pueden haber recanalizado o desarrollado de nuevo, se tratan en estas visitas, y así por regla general se puede dar de baja al paciente como curado. Por supuesto se entiende que la curación total de várices depende de la etiología, porque mientras existe la causa, pueden desarrollar otras y nuevas várices, y el cirujano debe tener el cuidado de explicar esto al pa-

para que se ponga en curación antes que desarrollen en grande, y el paciente comprende bien, que es mucho más sencillo el tratamiento cuando las várices están pequeñas y salteadas, que cuando llegan a un es-Ho que lo impidan para sus trabajos.

El éxito en este tratamiento depende del desarrollo de un buen trombo que llena bien toda la luz de la vena, secundaria.

La irritación y parcial destrucción de las células endoteliales de la vena la total obstrucción de la luz de la vena, con un buen trombo es el único modo conocido que garantiza el buen éxito.

Tratamiento post-operatorio. -
i muy lógico esperar que des-

pués de un tratamiento de esta naturaleza, que será seguido con algo de dolor, y por lo mismo, hay que advertir al enfermo que por dos o tres días tendrá, poco dolor, pero es raro que el paciente tenga que perder más de un día de su trabajo.

En casos en donde ha desarrollado una extensión de periflebitis química, por motivo del tratamiento hay algo de edema. Debido a este, los enfermos se sienten mucho más cómodos si se quita y se vuelve a poner las vendas de nuevo como a las doce horas después del tratamiento en la segunda aplicación de la venda, se deja más floja, porque ya no hay tanta necesidad de la presión fuerte. Diariamente des-

pues se cambia la venda por los siguientes cuatro o seis días, y el paciente se siente mucho más cómodo con la venda que sin ella. Se puede suministrar pastillas analgésicas para el dolor y **flu-**cción, con la aspirina, veramon, trucción de los troncos linfáticos **antipirina**, fenacetina, etc., perfectamente bien se domina con **cualquiera** de ellos. Calor seco como el que se puede conseguir con una bolsa eléctrica, o una botella de agua caliente arrimada a la pierna en muchos casos da un pronto alivio de estos síntomas, especialmente en esos casos de várices grandes arriba de **la** rodilla.

Con las vendas elásticas se obtiene buena y continua presión, y si no se pueden conseguir, bien se puede substituir con tiras de esparadrapo adhesivo, o con el trichoplast adhesivo. Estos esparadrapos se aplican en tamaño de cuatro pulgadas de ancho y que abarcan como la mitad de la pierna. Se pone la primer tira como dos pulgadas debajo de *la* várice y de allí se sigue poniendo nuevas tiras, dejando las siguientes solapas hasta que quede cubierta la várice con esta el paciente se siente muy bien, y no hay que quitarlas por cinco o seis días. Este mismo procedimiento sirve para tratar las periflebitis que pueden **resultar** de repente.

La patología que desarrolla en

las venas varicosas siguiéndola inyección de soluciones esclerizantes, es casi lo mismo, no importa la clase de solución empleado. Estos resultados se tratarán bajo los títulos de inmediato, secundario y final.

Resultados inmediatos.— Calambres dolorosos de la pierna debajo de la rodilla; ésta merece primera atención, porque sucede con frecuencia, es exactamente como los calambres que sufren algunos inclinados a la frecuente natación a veces se puede ver los músculos contraerse y brincar como si estuvieran estimulados con la corriente eléctrica. Estas manifestaciones son más intensas y severas cuando las inyecciones se ponen en las várices abajo de la rodilla, y son especialmente marcadas cuando se inyectan las várices en la pantorrilla y alrededor del tobillo. Los calambres son más intensos después del cloruro de sodio al 20 por ciento, de las soluciones de salicilato de sodio y con la solución de calorose cuando ésta va en solución concentrada. Esto no sucede sino muy moderadamente cuando las soluciones de salicilato y de calorose se usan en muy pequeñas cantidades.

En veces, inmediatamente después de la inyección, y de vez en cuando durante la inyección, todo el grupo de venas varicosas se marchitan y desaparecen y

bien se puede palpar las zanjas que dejan las venas grandes, que es prueba positiva que se ha secado la vena completamente; pero esta condición no es duradera y no es seguida de ningún calambre, y es debido a la intensa estimulación y contracción de los músculos de la pared de la vena. Esta es una prueba que los calambres no son causados por las contracciones. Si un poco de la solución se escapa a los tejidos peri-vasculares, el paciente notará un ardor, pero con poco dolor, muy diferente al dolor producido por los calambres. Si el paciente se queja de este ardor se para la inyección inmediatamente y se coloca una esponja con presión sobre la punción para evitar más escape del fluido.

Resultados secundarios. Cuando el paciente regrese a la clínica el día después de la operación, las várices tratados se

ven duros, dolientes, inflamados y rojos. Algunas veces esta extiende hasta cubrir todas las várices, y otras veces está limitado a ciertos segmentos, como si el fluido esclerosante no se había regado por todo el largo de los segmentos varicosas. Los nudos de venas y segmentos son algo sensible al toque. En veces parece que el fluido había extendido, como por osmosis a través lijera periflebitis. Esta condición de las paredes de las venas a tejidos perivasculares y hay una es definitivamente limitado y llega al colmo de su severidad en el segundo día, y se mejora progresivamente desde ese día en adelante. Esta es un contraste marcado al Tromboflebitis infecciosa aguda que desarrolla alguna a pierna. La Tromboflebitis química siempre es localizado E

la sección de vena que ha sido inyectado con la solución esclerosante, y el trombo nunca se extiende más allá de los nudos a los cuales fue dirigida la acción corrosiva de la solución. La tromboflebitis química perivenosa varía en grado con "la tensión de la solución inyectada en el nudo; esta es más o menos, según la solución inyectada.

Si por deficiencias técnicas, en el uso de soluciones de salicilato de sodio, cloruro de sodio, y soluciones de quinina, se escapa alguna cantidad de la solución en los tejidos perivasculares, dentro de tres a cinco minutos, el paciente se quejará de un ardor fuerte, e inmediatamente después aparecerá un punto u área equimótica de color gris, si la inyección ha sido superficial, si ha sido posterior a la vena, el ardor se hace más intenso y dura

por dos o tres días, acaso aparece este punto equimótico se debe hacer una infiltración inmediatamente de suero normal y ésta desaparece en dos o tres días, si la cantidad de suero normal no es suficiente entonces; dentro de dos o tres días, aparecerá una área de gangrena húmeda.

Esta área necrótica es mejor tratada haciendo, desde el segundo al cuarto día de la operación, una excitación completa del sitio necrótico y entonces se cierra la área operada lo mismo que se hace en cualquier resección de cirugía pequeña. Si ésta es hecha con la mayor asepsia, habrá un resultado por primera intención y el caso progresará normalmente.

Acaso no se trata por excitación, estos casos siguen un curso largo, botando primeramente

el esfacelo, y sanará por granulación lentamente, pero siempre se sanan aunque sea a lo muy largo, dejando una cicatriz bien pigmentada. Estas llagas necesitan cauterización con Nitrato de Plata o ácido Fénico, y la antisepsia de uso común, últimamente se ha descubierto que los rayos Ultra-violetas, refrescado por pasar por agua helada, tiene tendencia de precisar la curación.

Otro resultado secundario que se nota con algo de frecuencia es la tendencia a extensos depósitos de pigmento en la piel, y con la poca frecuencia se nota la tendencia a un hipertrichosis. más en las personas trigüeñas, y por regla general los bellos son más oscuros que los que son natural al paciente; a veces se nota por toda la extensión de la vena, y otras veces en áreas redondas, y se nota con más frecuencia

cuando se usa las soluciones de quinina con Uretano, y los salicilatos. Por lo mismo que ésta puede suceder, es bueno que el médico se le advierta al paciente con suficiente anticipación, para evitar los comentarios adversos después.

Hay casos en que se nota un edema linfática después del tratamiento por inyección. La pierna se hincha, se hunde con presión de los dedos y se pone algo sensible, en otros casos hay síntomas de tromboflebitis infeccioso agudo, aunque sólo se inyecte una vez y usando poca cantidad de solución esclerosante. Los edemas son más comunes en esos casos en donde hay una buena colección de venas arriba de la rodilla, y al lado interior, éstos son debidos más a la obstrucción de los troncos enfáticos, que a la obstrucción de las venas profundas.

Informe detallado de los....*Continuación de la Pág. 16.*

y gestionar para que no se **per-**
mitiera su introducción al país,
lo que fue accedido por el Go-
bierno ante la gestión del Deca-
no de nuestra Facultad de Medi-
cina, Cirugía y Farmacia.

El 9 de junio, en sesión extra-
ordinaria, resolvió la Asociación
hacer **un** arreglo con el Ejecuti-
vo para hacerse cargo del Hospi-
tal, para mejorarlo en cuanto
fuera posible y sostenerlo con la
cooperación de las **contribucio-**
nes que se suscribieran entre par-
ticulares, empresas, sociedades
caritativas, etc., ya que el Go-
bierno no podía atender a su sos-
tenimiento. Se discutió y aprobó
el plan general de recaudación de
fondos. Fue aceptada por el Eje-
cutivo la proposición de entre-
garle a la Asociación la direc-
ción, control y sostenimiento del
Hospital y la Sociedad nombró

una Comisión compuesta por los
Dres. Paredes, como Director; Al-
duvín. como Subdirector y Me-
jía h. como Tesorero específico
para manejar el establecimiento,
la que ha sabido responder elo-
cuentemente a la confianza que
la Sociedad Médica Hondureña
ha depositado cu ellos. El movi-
miento habido en la Tesorería
del establecimiento en referencia-
desde, el 24 de junio anterior
hasta el 31 de octubre, que está
en nuestro poder, es el siguiente:

Julio 31. 1932, L.	8.235.00	L.	5.694.31
Agosto 31, „	4.680.10		6.213.70
Sepbre. 30. „	5.386.15		5.594.56
Octubre 31 „	5.423.05		5.992.61
Octubre 31. por saldo			224.54
Total	L.23.724.72		23.724.72

mos enterado que ya no **quieren** o no pueden, la **mayor** parte de los contribuyentes, continuar dando su contingente mensual para el **sostenimiento** del Hospital; creo pues, que como lo dice el Dr. **Mejía h.**, ya es oportuno que se devuelva al Gobierno el Hospital, **no** sin hacer esfuerzos para que sea en la **forma** en que fue aprobado el proyecto presentado a esta sociedad, es decir, que sea dirigido y administrado por una Junta especial.

Se resolvió que uno de los números de nuestra Revista se dedicara al Paludismo, con un **trabajo** original de los médicos de la **República**. Debo hacer especial **mención** de que hasta la **fecha** ha continuado publicándose con la mejor simpatía y aceptación del gremio médico del país y del extranjero; es de sentirse solamente que los artículos nacionales sean tan escasos, como no debían serlo.

Las cuentas de la Tesorería de la Sociedad durante el presente año. se detallan así:

ingresos hasta el mes	
de octubre de 1932	L. 1.346.75
Egresos hasta el mes	
de octubre de 1932	L. 673.50
Déficit para el mes de	
noviembre de 1932	L. 326.75
Las cuentas por cobrar	
ascienden a	L. 757.00

La Tesorería debe a cuenta de la publicación de la Revista,

L. 151.70 y totalmente por la publicación de los números 27, 28 y 29. Es oportuno que se disponga lo más conveniente para cancelar esa cuenta y no hacer más compromisos que desdican del buen nombre **y del prestigio** de la Sociedad. El señor Tesorero será *mas* amplio en el informe especial que presenta a la Sociedad.

La Sociedad" dispuso elevar al conocimiento de la Facultad de Medicina. Cirugía y Farmacia, para lo que ella tuviera a bien disponer, los informes que han llegado a la Sociedad de que el señor **Dr. Nutter**, de Tela, se expresa en detrimento del **cuerpo** médico nacional, y principalmente del de esta capital, lo que **está** en oposición a los principios de la ética profesional.

La Asociación acordó dar un voto de confianza al Dr. **Alduvín** Lozano por su actuación como Decano de la Facultad de Medicina.

Estos son los hechos más importantes durante el año que ha funcionado la Directiva que he tenido el honor de presidir, y en la **confianza** que la **que** hoy inaugura **sus funciones**, presidida por nuestro distinguido consocio Dr. Callejas. J. J., tenga más brillantes éxitos, para honra del cuerpo médico nacional y prestigio de Honduras.

Anestesia con Novocaína-Vasopresina

Dartigués decía que "una de la? más bellas conquistas que el hombre haya hecho jamás, es aquella que ha realizado sobre el imperio del dolor"; por ello es que todos los medios que **tien-**
dan **¡i favorecer o perfeccionar**
nuestros métodos de anestesia quirúrgica, deben de llamar **pre-**
ferentemente **nuestra** atención.

Desde que Koller, en 1884, usa en **oftalmología** las propiedades anestésicas de la cocaína. el más potente pero el más tóxico de los anestésicos, podemos decir que desde esa fecha quedaron **hechados** los **cimientos** de la **prifilaxis** del dolor.

Al año siguiente Corning **ob-**
serva que la acción de la cocaína aumentaba si se interrumpía al **mismo** tiempo la corriente sanguínea, retardando su absorción; esta observación fue de importancia **por** cuanto permitió el uso de soluciones menos **concentra-**
das, que disminuían los peligros **de** intoxicación, frecuente **por** aquella época.

Posteriormente ,la presentación de la novocaína por los alemanes, substancia seis veces menos tóxica que la cocaína, pero

menos **activa,** señala un nuevo **progreso,** que se perfeccionó con la adición de la adrenalina o **su-**
prarrenina, indicada por **Bra-**
un. Esta última por su acción isquémica, favorece la anemia del campo operatorio, retardando considerablemente la absorción de la novocaína, la que llega a la **circulación** general en dosis reducida, permitiendo al organismo **su** oxidación y eliminación por los riñones.

Recientemente una nueva substancia ha sido propuesta **en** reemplazo de la adrenalina **en** las anestésias locales; me refiero a la vasopresina.

Algunos fisiólogos como **Her-**
wing, Dudley, Heymanns, sospechaba que las múltiples acciones que sobre el organismo tenían las inyecciones de **extractos** totales del lóbulo **posterior** de la hipófisis, no eran debidas a la acción de una sola hormona y es recién en 1928 que Kamm y sus colaboradores Aldrich, Grote. **Rowee** y **Bughee,** consiguen indi-

(1) Comunicación a la Soc. de Cirugía de Bs. As. y publicado **en** los Boletines de la misma, **XVI,** pág. 215. 1932.

visualizar por medios **químicos dos hormonas**: la una ya bien conocida por su acción sobre la contracción de los músculos lisos, **substancia "útero-motora"** llamada **"hipofamina alfa u ocitocina"** y la segunda **"vasopresora"**, "hipofamina beta o **vasopresina"**, conocida también con el nombre de "pitresina".

Tiene la **vasopresina** acción sobre la presión arterial y en los casos de **shock** por **hipotesión debida** a la narcosis; con acción sobre la diuresis, la que favorece en los individuos normales y por el contrario actúa como antidiurético **en** la diabetes insípida, regulando **el** metabolismo del agua; favorece la coagulación de la sangre: aumenta el **metabolismo** basal (**Nitzescu** y **Schteingart**).

La vasopresina es 80 veces más activa en su acción vasopresora que el polvo standard de **hipófisis** y conserva escasas propiedades "útero-motoras", debi-

do que hasta el presente ha sido imposible la separación total **de** las dos hormonas, teniendo **cada** 10 U. de vasopresina. una unidad de ocitocina y viceversa.

La V. P. está dosificada en forma tal que cada c.c contiene 10 U. vasomotoras que corresponden según Kamm a **0,0000061** de substancia activa y según Wa el a sólo 0.0003.

La inocuidad de la vasopresina ha sido demostrada **inyectando** por vía endovenosa a perros de 5 a 7 kilos de peso dosis de 50. 100 y 200 U. de V. sin producir la muerte e igualmente estas mismas dosis inyectadas subcutáneamente, no determinan trastornos ocales ni alteraciones **de orden general**.

Una de las propiedades más interesantes de la V. P. es la de **disminuir el** poder de absorción de los tejidos, que no sólo es debido a su acción **vaso-constrictora** sobre los capilares sanguíneos, sino **también** a posibles modifi-

caciones químicas o **físico-químicas** sobre el tejido conjuntivo **subcutáneo**, aumentándole el poder de retener las **substancias** líquidas inyectadas, o bien disminuyendo **la** permeabilidad o el poder de absorción del **endotelio** vascular.

Esta propiedad de la V. P. queda bien demostrada por las experiencias realizadas por Spagnol quien inyecta, por vía subcutánea, a caballos o ratas, una solución de estricnina en la proporción de 0.01 ctgr, por kilo de peso, comprobando la aparición de los fenómenos tóxicos (convulsiones tetánicas) entre 3 y 7 minutos después de la inyección; en cambio si igual solución de **estricnina** se inyecta con 1c.c. de V.P. los fenómenos tóxicos retardan su aparición en 27 minutos y si se eleva la concentración de la V. P. al 10 por ciento éstos recién se manifiestan a los 70 minutos.

Si se reemplaza la estricnina

por la novocaína en la proporción de 0.40 ctgr. por kilo de peso, las convulsiones aparecen en los animales controles a los 5 minutos, en cambio inyectada esta misma solución, con V. P. al **uno** por **ciento** se retardan en 35 minutos.

Comparado el retardo que sobre la absorción de los tóxicos efectúa la V. P. con el de 3a adrenalina, resulta que ésta sólo principia a manifestar su acción en soluciones al 1 100.000. en **cambio** la V. P. actúa con suficiente intensidad en la proporción de 1 15.000.000. de donde la actividad de la V. P. es 150 veces superior a la de la adrenalina. Taubmann y Jung demuestran **que** las inyecciones **por** vía endovenosa de novocaína-adrenalina tienen un efecto tóxico el doble de lo que corresponde a su contenido de novocaína; Spagnol repitiendo estas experiencias con V. P. concluye que esta potencia igualmente que la

adrenalina la toxicidad de la novocaína, pero en **un** grado menor que **el** provocado por dosis correspondientes de adrenalina.

Teniendo en cuenta que "la toxicidad de una **substancia** está en relación **con** la cantidad **absorbida** en la unidad del **tiempo**" -a nadie escapa la importancia práctica de la V. P. al **retardar** considerablemente la **absorción** de los líquidos, inyectados conjuntamente con ella.

Esta propiedad hace que la anestesia **no** sólo sea **más intensa**, sino también de **mayor** duración: personalmente he recogido la impresión de que la **anestesia** es **más** completa, en particular al finalizar operaciones de larga duración, que con las soluciones de novocaína-adrenalina; y **para** controlar esta impresión he realizado en distintos enfer-

mos (a siguiente prueba: inyecto sobre la cara externa de cada brazo, en zonas simétricas, de un lado, **novocaína** al 0.25 por ciento con adrenalina y **en** el lado opuesto la misma solución de novocaína pero con V. P. y comprobando por medio de una aguja la supresión **de la sensibilidad al dolor**, obtengo que la **anestesia total** persiste de 15 a 30 minutos más del lado inyectado con V. P. y que igualmente la zona de difusión de anestesia es mayor en ese lado.

AJ lado de estas ventajas de dar una anestesia de mayor intensidad y duración, la V. P. **no** adolece de los inconvenientes que presentan las soluciones con adrenalina, así estas últimas para ser activas deben ser de **reciente preparación**, pues es de todos conocida la facilidad con

que la adrenalina se oxida fácilmente. por el aire y por la luz y así según los exámenes efectuados por Taubmann y Jung, las soluciones comerciales de novocaína surrenina, aún las preparadas de pocos meses, no contienen ni la quinta parte de la adrenalina activa, rotulada en la etiqueta por la casa productora, inconveniente este que no presentan la V. P. La V. P. no se altera fácilmente como la adrenalina al llevarla a 100 grados, lo que permite que sus soluciones puedan ser esterilizadas a dicha temperatura. No determina la V. P. palpitaciones, ansiedad, ni el temblor *que en* sujetos muy sensibles determina la adrenalina.

Siendo también el poder vasoconstrictor de la V. P. inferior al de la adrenalina, no da lugar,

como puede observarse con ésta, aunque el hedió es raro, a la formación de encaras en el punto inyectado, en particular cuando la infiltración anestésica recae sobre tejidos mal irrigados.

Es por todas estas ventajas que se tiende a sustituir a la adrenalina por la vasopresina en la proporción de 2 ce. o sean 20 U. por 100 ce. de la solución anestésica; en algunos servicios su uso se generaliza. Gioia la aconseja en su trabajo sobre "Fracturas y luxaciones" y personalmente la he experimentado en más de un centenar de enfermos con excelentes resultados y

Deveze señala particularmente su importancia para las operaciones en regiones ricas en vasos vascularizadas como en el cráneo y la cara.

Revistas sintéticas:

Los Factores Indocrínicos de la vida sexual

Por Brouha L. ("Bruxelles Medical",

año XII, -V 3. noviembre lo de 19311

La vida sexual depende esencialmente del equilibrio que se establece entre las hormonas segregadas por un lado a nivel del lóbulo anterior de la Hipófisis y por el otro a nivel de las glándulas sexuales.

I .—Las manifestaciones de la sexualidad son iguales directamente con el funcionamiento endocrino de las glándulas sexuales.

La observación y la práctica milenaria han demostrado que la ablación de las glándulas sexuales, ovarios o testículos, trae como consecuencia en los mamíferos la esterilidad absoluta y, en la inmensa mayoría de los casos, la supresión de toda vida sexual. El individuo completamente castrado evoluciona progresivamente hacia el tipo neutro asexual, Cuyos caracteres somáticos y psíquicos difieren del tipo macho y del tipo hembra.

Investigaciones recientes han probado que la ausencia o la destrucción de las células reproductoras, óvulos y espermatozoides, no trae aparejada necesariamente la aparición de los síntomas de la castración: el animal se vuelve estéril, pero permanece sexualmente diferenciado.

Estudiamos sucesivamente los fenómenos que se observan en el curso de experimentos apropiados

en la hembra y en el macho.

I. EN LA HEMBRA. — La actividad del ovario se manifiesta desde la pubertad hasta la menopausa por una serie de modificaciones del tractus génito-mamario. Estas modificaciones se reproducen según un ritmo que difiere en las diversas especies animales y su conjunto constituye el *ciclo estrual*.

En la hembra normal, el ciclo estrual se divide en dos partes. La primera está caracterizada por la maduración de uno o varios folículos de Graaf: es la *fase folicular*. La segunda coincide con la evolución del cuerpo amarillo: es la *fase luteíca*. Las dos fases son separadas por la *ovulación* a la cual corresponde aproximadamente el período del celo y estro.

Cuando se practica la ablación total de los ovarios, los ciclos estruales no se producen más, la vida sexual se detiene y el animal evoluciona hacia el tipo neutro. Si, por artificios experimentales apropiados, se suprime la fase luteíca del ciclo o la misma ovulación, se comprueba que el ani-

mal ya **no** es capaz de quedar preñado, pero conserva sus caracteres sexuales. El ciclo estrual se halla reducido a la **sola** fase folicular, la que se reproduce con **regularidad** y los períodos de celo continúan manifestándose.

Al contrario, cuando se suprime la fase folicular, se obtiene **un resultado** comparable al que sigue a la ovariectomía total: la hembra evoluciona hacia el tipo neutro.

Estos experimentos nos permiten, pues, llegar a la conclusión **que** en la hembra la sexualidad está ligada normalmente a la fase folicular. Este resultado es confirmado por numerosas investigaciones hechas sobre la acción de los injertos ováricos. los que pueden corregir las alteraciones debidas a la castración aun si no forman cuerpos amarillos, es decir, aun si no son capaces de asegurar la evolución de una fase luteínica.

¿Cuál es el factor que, en el transcurso de la fase folicular, asegura la integridad de los caracteres sexuales femeninos? Se sabe, después de los trabajos de Allen y Doisy (1924) que es a la foliculina que se debe atribuir esta propiedad.

En efecto, cuando se inyecta a una hembra castrada una cantidad suficiente de foliculina. se ve reaparecer todos los fenómenos **que** caracterizan a la fase folicular del ciclo y al período del celo. Si se repite las inyecciones

de **foliculina** con intervalos de tiempos convenientemente elegidos, se puede reproducir **una serie** de fases foliculares y de estruos que se suceden con regularidad, presentando el animal, en el transcurso de este tratamiento una actividad sexual comparable a la de una hembra normal.

La influencia de la **foliculina** se ejerce igualmente en los animales impúberes y en los animales **menopáusicos**. Inyectada a una hembra impúber, la hormona folicular provoca un **estado** de madurez sexual precoz de todo el tractus genital, con exclusión de los ovarios. En la hembra **normalmente menopáusica, o** vuelta **menopáusica** por un régimen alimenticio carente, la inyección de **foliculina** hace reaparecer la fase folicular y el celo. En todos los casos, los caracteres sexuales secundarios, la actividad espontánea y el **psiquismo** vuelven a ser comparables con los de la hembra adulta normal. Se puede, pues, afirmar que la foliculina tiene bajo su dependencia directa todas las **manifestaciones** sexuales propiamente dichas y que ella constituye la *hormona folicular específica*.

2. EX EL MACHO. — La actividad del testículo no se traduce por una serie de fenómenos periódicos comparables a los que constituyen el ciclo estral de la hembra. Según las especies, se puede observar una actividad **testicular** constante **o una** actividad

estacional. En este último caso, los caracteres sexuales se exageran durante la fase activa para regresar parcialmente en el transcurso del período de reposo.

El testículo está formado por dos elementos celulares principales: las células de la serie seminífera, que forman a los espermatozoides, y las células intersticiales, que ocupan los espacios comprendidos entre los túbulos seminíferos. La cuestión de saber a cuál de esas dos formaciones pertenece la secreción de la hormona testicular ha sido objeto de trabajos y discusiones extremadamente numerosas. Actualmente una serie de hechos parecen definitivamente establecidos y pueden resumirse de la manera siguiente:

La supresión total de los testículos trae aparejado el arresto completo de la vida sexual y la evolución del macho hacia el tipo neutro. El fenómeno se manifiesta de un modo notable en el gallo y las bellas investigaciones de Pézard, de Benoit y de la escuela de Chicago nos han hecho conocer con precisión cómo regresan los caracteres sexuales después de la castración.

En estos últimos años, una serie de datos experimentales han confirmado la teoría de Bouin y Ancel, según la cual es a las células intersticiales que se debe atribuir la producción de la hormona reticular.

C. Moose ha observado que si se realiza experimentalmente la criptorquidia permanente en el cavia, se hace desaparecer rápidamente el proceso de la espermatogénesis. En dos o tres semanas, el animal criptorquico se ha vuelto estéril y todas sus células reproductoras han desaparecido. Empero su tractus genital no degenera: su instinto sexual y sus caracteres sexuales secundarios persisten. Sin embargo no quedan en el testículo sino las células intersticiales. He repetido estos experimentos en las ratas adultas y he podido verificar que más allá de un año desde la operación la vida sexual del animal es absolutamente normal, a pesar de la destrucción completa de todas las células de la serie sexual y de la absoluta esterilidad del animal.

Parece, pues, que (a sexualidad en el macho esté ligada a la presencia de las células intersticiales del testículo. Esta manera de ver se halla apoyada por los experimentos de injerto testicular. Animales previamente castrados pueden volver a presentar una vida sexual normal si se le injerta tejido testicular *que* contenga solamente células intersticiales.

Por otro lado. E. A. ron ha llegado a destruir completamente el tejido seminal, ligando, en el cavia, una porción importante de las ramificaciones de la arteria testicular. En estas condiciones,

la sexualidad del animal no se modifica mientras persista una cantidad suficiente de tejido intersticial, mas si éste llega a disminuir o a desaparecer, el animal presenta en seguida los caracteres del capón. Esto nos induce a admitir que los caracteres sexuales del macho están a la dependencia de una hormona segregada por el tejido intersticial del testículo: la hormona testicular. Después de los memorables experimentos de Brown-Sequard. el problema de la hormona testicular ha quedado de actualidad, pero solamente en estos últimos años ha hecho importante? progresos. Las investigaciones de Koeh y Mac Gee, de Loewe y Vos- han permitido, especialmente, preparar extractos lenticulares activos y dosables.

Inyectados al macho castrado que ha adquirido el tipo neutro, esos extractos restablecen los caracteres sexuales secundarios, provocan el desarrollo del tractus genital degenerado y hacen reaparecer el instinto sexual. Un macho castrado, que reciba con regularidad y en dosis oportunas el extracto testicular, vuelve a ser. pues, un animal normal desde el punto de vista sexual.

La hormona sexual actúa igualmente en los individuos impúberes y en los seniles: ella estimula el desarrollo del tractus genital y provoca sea la pubertad precoz, sea el retorno del instin-

to sexual. Ella tiene, pues, bajo su dependencia directa, toda.- las manifestaciones de la actividad sexual del macho y constituye la *hormona masculina específica*.

La foliculina y la hormona testicular actúan según la ley de la proporcionalidad y no, como es admitido durante largo tiempo, según la ley del todo o nada. En una serie de experimentos hechos con H. Simonnet, hemos podido demostrar que existe un umbral por debajo del cual no es posible poner de manifiesto biológicamente los efectos de la hormona y un *plafond* arriba del cual el aumento de las dosis inyectadas no provoca mayor aumento de la intensidad de la respuesta obtenida. Pero entre esos dos puntos extremos el efecto biológico es proporcional a la cantidad de hormona introducida en el organismo y se puede obtener a voluntad todos los estados intermedios entre la castración, la vida sexual normal y la Hiperactividad genital.

El conjunto de los hechos que acabamos de exponer nos permite llegar a la conclusión que en el individuo normal la vida sexual depende directamente de la presencia de las glándulas genitales, ovarios o testículos. Estas glándulas pueden todavía ejercer su función cuando las células reproductoras están destruidas; su influjo se ejerce por vía humoral y existen una hormona masculina y una hormona femenina, las

que actúan de acuerdo con la ley de **proporcionalidad** y siendo capaces de corregir los efectos de la castración. *Las manifestaciones de la sexualidad son, por lo tanto, ligadas al funcionamiento endocrino de las glándulas sexuales.*

II.—La actividad de las glándulas sexuales está en correlación funcional obligatoria con el lóbulo anterior de la hipófisis.

Todas las nociones que se **habían** adquirido acerca del **reterminismo** de los fenómenos sexuales han sufrido una profunda modificación cuando P. E. Smith, en 1926, demostró que existe una relación estrecha entre la actividad de las glándulas sexuales y el lóbulo anterior de la hipófisis. El estudio de las ratas hipofisectomizadas de acuerdo con la técnica de Smith me ha permitido confirmar los resultados obtenidos por *este* autor y de comprobar que la ablación total del **lóbulo anterior** de la hipófisis provoca la degeneración del tractus genital y el arresto de toda vida

sexual en los animales machos y hembras.

Cuando la operación ha sido practicada antes de la pubertad, los órganos genitales no se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y el instinto sexual no aparecen nunca y el animal permanece infantil. Cuando la hipofisectomía ha sido hecha después de la pubertad, el tractus genital degenera en totalidad y el animal, si bien poseyendo todavía sus glándulas genitales, presenta todas las modificaciones somáticas y psíquicas que caracterizan a los castrados. La ablación del lóbulo anterior de la hipófisis equivale, pues, a un estado de castración funcional. El experimento enseña que es por la vía humoral que la antero-hipófisis ejerce su acción sobre las glándulas genitales y que esa acción es absolutamente específica.

Es posible, en efecto, corregir todas las alteraciones producidas por la hipofisectomía con la implantación cotidiana del lóbulo anterior fresco. Al cabo de algunos días de tratamiento, el trac-

tus genital vuelve a adquirir su aspecto normal, la actividad y el instinto sexual se vuelven a manifestar, siendo así que un animal hipofisectomizado al cual se implanta con regularidad lóbulo anterior, vuelve a ser un individuo sexualmente normal. Solamente la implantación de hipófisis permite obtener ese resultado: todos los demás tejidos resultan absolutamente inactivos.

Vemos, pues, que la presencia del lóbulo anterior de la hipófisis es indispensable para que la actividad del tractus genital y los fenómenos de la sexualidad se manifiesten. El influjo de la antero-hipófisis sobre la vida sexual se manifiesta igualmente en el animal normal: la implantación del lóbulo anterior fresco estimula en él el conjunto de los procesos sexuales. Cuando el tratamiento es aplicado a sájelos impúberes, provoca en pocos días el despertar de la vida genital, que se manifiesta por la aparición precoz de los fenómenos de la pubertad.

En la hembra la vagina y el útero se desarrollan, los folículos de Graaf maduran en crecido número y el conjunto del tractus genital presenta al cabo de tres días de tratamiento el aspecto característico del período estrual. Los folículos maduros se rompen, ponen en libertad óvulos *que son normales* } que se transforman en cuerpos amarillos. El

número de los óvulos eliminados en esas condiciones supera en mucho todo lo que pueda observarse en el animal adulto no tratado, habiéndose contado 48 óvulos en una sola trompa de Fallopio en la laucha.

En el macho el efecto del trasplante es menos rápido, pero igualmente se manifiesta por una estimulación del conjunto del tractus genital. Los testículos se desarrollan, los canalículos espermáticos contienen células sexuales en todos los períodos de *su* evolución, inclusive los espermatozoides. El pene y las vesículas seminales alcanzan el *v* >-lumen que ellos presentan normalmente al momento de la pubertad.

En los animales adultos, la implantación del lóbulo anterohipofisario se manifiesta también por una estimulación general del proceso sexual. La hembra reacciona con *un* aumento volumétrico y ponderal del conjunto del tractus genital, que se acompaña con superovulación y un estado psíquico de estruo permanente: hay hiperfeminización funcional.

En el macho la hipertrofia testicular nunca es acentuada. pero las vesículas seminales presentan, generalmente, una turgencia. *un* peso y un volumen, superiores a lo normal. La actividad sexual es netamente aumentada, realizándose el estado de hipermasculinización.

La implantación de la hipófisis actúa sea cual fuere el sexo y el estado genital del animal que proporciona la glándula. Las hipófisis provenientes de machos o de hembras adultas estimulan indiferentemente el tractus genital de los animales receptores de ambos sexos. Cuando la hipófisis proviene de animales castrados, resulta más activa, a paridad de peso, que la de los sujetos normales, mientras que es menos activa si proviene de animales impúberes.

El animal que recibe el trasplante no presenta estimulación de los fenómenos sexuales sino en el caso de poseer sus glándulas genitales intactas. Los sujetos castrados, sea cual fuere su sexo y su edad, no responden a la implantación de hipófisis, ni si se acude a dosis masivas y repetidas.

El influjo del lóbulo anterior no puede, pues, ejercer sobre el conjunto del tractus genital sino cuando las glándulas genitales

son presentes. El tejido hipofisario actúa primitivamente sobre el ovario y sobre el testículo. Esta acción es dúplice: por *un* lado hay exageración de la formación de las células reproductoras y por el otro estimulación de la secreción interna específica de la glándula.

Es secundariamente, y bajo el influjo de esta hiperproducción de hormona sexual, que el resto del tractus genital se desarrolla y que se ve aparecer la pubertad precoz en los animales impúberes, la estimulación genital en los animales adultos.

El "relai", glándula genital, es, pues, indispensable para que la hipófisis ejerza su acción sobre la vida sexual del individuo.

La cuestión de la unicidad o de la pluralidad de las hormonas ántero-hipofisarias de acción sexual u hormonas gonadotropas es todavía demasiado compleja para que intentemos discutirla en el cuadro de esta exposición. Podemos, sin embargo,

afirmar que ciertos extractos poseen las mismas propiedades biológicas (pie los trasplantes de glándula fresca y que ellos ejercen su acción sobre las glándulas genitales de acuerdo con la ley de proporcionalidad.

Sea cual fuere el resultado de las investigaciones sobre las hormonas gonadotropas de la hipófisis, un hecho queda demostrado: la regulación endocrina directa de la vida sexual se efectúa por dos mecanismos. En primer lugar, el lóbulo anterior de la hipófisis actúa por vía hormonal sobre las glándulas genitales rayo desarrollo y actividad asegura en ambos sexos. Luego, bajo el influjo de ese estímulo, las glándulas genitales segregan la hormona sexual específica, cuya producción regula, en último análisis, todas las manifestaciones anatómicas, funcionales y psíquicas de la vida sexual. *III.—El lóbulo ántero-hipofisario es sometido, a su vez a la acción de las glándulas sexuales.*

El hecho de suprimir o modificar la producción de las hormonas sexuales se refleja sobre el estado anatómico y funcional del lóbulo anterior. La castración trae modificaciones histológicas

profundas en la contextura de ese lóbulo, cuya actividad fisiológica se exalta, a juzgar por el resultado obtenido cuando se Le trasplanta a un animal reactivo.

En el transcurso del embarazo, la hipófisis se hipertrofia considerablemente y su estructura se modifica, especialmente por la aparición de células particulares, llamadas células de embarazo.

Estas transformaciones del lóbulo anterior dependen de la cantidad de las hormonas sexuales existentes en el organismo. En la hembra se puede, en efecto, por medio de un tratamiento a la foliculina, hacer desaparecer las modificaciones hipofisarias que aparecen a consecuencia de la castración y provocar las modificaciones histológicas que caracterizan al estado de embarazo.

Las relaciones que interceden entre ántero-hipófisis y tractus genital no se reducen, pues, a una simple dependencia de las glándulas sexuales con respecto al lóbulo anterior. Son relaciones recíprocas, cuyo conjunto constituye una entidad funcional que puede designarse con el nombre de *sistema hipofiso-genital*. Las hormonas elaboradas por ese sistema representan a los facto-

res endocrinos directos de la vida sexual.

Parece que en condiciones fisiológicas, las oírás hormonas no desempeñan sino un papel de segunda importancia en la regulación de los fenómenos sexuales. Cierta mente existen relaciones funcionales entre el complejo hipofiso-genital y tiroides, por un lado, y suprarrenal, por el otro. Pero no se ha llegado aún a establecer experimentalmente el papel que las hormonas tiroideas y suprarrenales desempeñan, directa o indirectamente, en el equilibrio hormonal de que dependen las manifestaciones sexuales.

Este equilibrio es el resultante de varios factores hormonales estrictamente dependientes unos de otros y toda modificación de uno de ellos se repercute sobre el conjunto del sistema y trae como consecuencia una anomalía de la vida genital.

A medida que se completaran, por *un* lado los estudios clínico-; que permitan establecer con exactitud la naturaleza hormonal de las alteraciones observadas y, por el otro, las investigaciones químicas que nos' proporcionen productos de acción específica y constante, nos será posible actuar con más discernimiento y con mayor éxito en los enfermos de alterada funcionalidad del sistema hipofiso-genital. Pero en la, actualidad, en lo referente a los extractos antero-hipofisarios la cuestión debe considerarse como perteneciente aun al dominio experimental. Se la debe abordar con conocimiento de causa y no trasladarla a la terapia humana sino con extremada prudencia.

O.

En la actualidad la terapia ántero-hipofisaria es ya de uso corriente. (N. de la D.).

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 incluyendo 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 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 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. (Experimento;; en perros de **Biedl**.) Por la misma causa tiene influencia *en* esta enfermedad la glándula tiroidea, cuya fun-

ción 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 HOR-MOGLANDO 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 onania, 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 somno-

lencia 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 enajenación mental maniaca-depresiva. Así empleó Schiff, médico-jeefe 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 6 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 **materiar** heteroproteínicas (Protaven "Richter"). Debemos mencionar que durante la cura no se necesita dieta especial.

De los resultados excelentes obtenidos con el HOR-MOGLANDO 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 enajenación mental, observó 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 MASCULINO "RICHTER" se pone a la venta en frascos con 25 tabletas y en cajas con 3 a 6 ampollas.

Ensayo preliminar con Atebrina en el tratamiento de la malaria ("")

De muy antiguo hasta el presente los alcaloides del árbol Cinchona constituyen el principal recurso de la profesión médica en el tratamiento de la Malaria. Pero a pesar de su gran relativa eficacia, no llenan totalmente, como es de desear, la necesidad de un anti-palúdico radical. De aquí que se haya continuado en incesante y persistente búsqueda de un sustituto que lo supere ventajosamente.

La enfermedad que nos ocupa debe ser considerada bajo dos aspectos esenciales. Uno en lo que concierne al sujeto y otro en lo que atañe a la comunidad. Y estas dos faces, digámoslo así, merecen atención diferente en cuanto a los síntomas patológicos y en cuanto a los requerimientos de la terapéutica.

La experiencia nos ha hecho observar en el sujeto atacado del mal que, con tratamiento asiduo, alrededor de 4 o 5 días, con la quinina, alcaloide comúnmente aplicado con este propósito, se alivian rápidamente las manifestaciones activas de la enfermedad, permitiéndole presentarse como aparentemente bueno y, con

voluntaria disposición para seguir su faena diurna, con lo cual él se muestra satisfecho.

Esa reacción consoladora para el paciente que desconoce el proceso de la enfermedad, es el bondadoso y avanzado efecto del quinino en cuyos resultados ningún otro medicamento le aventaja hasta ahora.

En cambio, diversidad de casos de Paludismo demuestran claramente, que la quinina no destruye todos los parásitos, haciéndose sentir esta diferencia del medicamento, muy especialmente, en las formas sexuadas que es justamente lo que concierne a la comunidad en general en virtud de que estas formas son las que proporcionan campo a la labor infecciosa del *mosquito anopheles*.

Por esta razón tenemos que convenir en que es juicioso persistir con ahinco en la búsqueda de un medicamento más radical que la quinina para combatir la Malaria.

Por el año 1929 la casa (Win-

(*) Leído en la Asamblea del Distrito de Ponce, celebrada el día 5 de junio de 1932.

throp Chemical Co. Inc., de Nueva York, representada ahora en esta isla por la firma Proprietary Agencies Inc. de San Juan), lanzó al mercado la **Plasmoquina**, proclamándola como anti-palúdico de provechosos resultados. Este agente sintético medicinal de manufactura alemana ha sido objeto de numerosos ensayos clínicos en diferentes zonas palúdicas del mundo sin responder a las necesidades anheladas en relación con el tratamiento de la Malaria.

Hase demostrado que la Plasmoquina no es superior y **ni** siquiera puede parangonearse con la quinina en el tratamiento clínico de la Malaria. La importancia de ella descansa, casi exclusivamente, en sus efectos sobre las formas sexuadas de los parásitos, de suerte que, si se emplea rutinariamente, será, para sólo obtener resultados profilácticos y no curativos.

En relación con lo que llevamos dicho, hará cosa de 2 meses a esta parte, la firma **Winthrop** Chemical Co. tuvo la cortesía, a través de sus representantes en esta plaza, de enviarme una pequeña cantidad de Tabletillas de Atebrina, nuevo anti-palúdico, para fines de investigaciones clínicas.

Este agente atebrínico, al igual que la Plasmoquina, producto sintético elaborado en laboratorios alemanes, aún no ha

sido puesto en nuestro mercado.

Inmediatamente que llegó a mi poder la Atebrina inicié esfuerzos de investigación e impulsé ensayos convenientes en San Germán, Aguada, Playa de Humaca o y Loíza Aldea.

El objeto de la investigación con Atebrina tuvo por base averiguar los siguientes extremos:

(1)—Qué efecto produce sobre la fiebre palúdica.

(2)—Cuál es el contenido parasitario que revela el análisis hematológico de la circulación periférica después de su aplicación.

(3)—Si su administración determina síntomas tóxicos.

(4)—Investigar el efecto de la asociación de la atebrina con plasmoquina tanto en los parásitos como en los enfermos.

La labor se ha llevado a cabo a base de campaña, esto es, localizando enfermos y administrándoles el medicamento personalmente en su domicilio en la forma requerida.

Han intervenido en la investigación, inspectores de experiencia y el Entomólogo del Negociado de Malaria, bajo mi dirección técnica.

La droga se ha usado de acuerdo con la dosis y método recomendado por los investigadores alemanes. En la fiebre perniciosa indican ellos la necesidad de asociarla a la Plasmoquina, toda vez que carece de acción so-

bre los **gametocitos**. Según informes, la Atebrina sola extingue los esquizontes y gametocitos de la fiebre terciaria pero algunos experimentadores advierten que la combinación Atebrina-Plasmoquina en este tipo de fiebre acelera la curación clínica y parasitológica.

Por las **indicaciones expuestas** y por la inclinación a investigar también las dosis **más** convenientes para adquirir los resultados apetecidos, sin menoscabo dañoso para el enfermo, hube de decidirme a variar en cada serie de casos la cantidad de plasmoquina según se explica más **adelante**.

DOSIS RECOMENDADAS

Edad Años	Diariamente durante 5 días consecutivos	
	Atebrina	Plamoquina
0—5	0.1 gm,	0.01 centigramo
6—10	0.2 gm,	0.02 centigramo
11 y más	0.3 gm.	0.02 centigramo

En las series Nos. 1 y 2, a todo enfermo franco o sospechoso de malaria se le extrajo sangre para análisis en nuestro laboratorio. En seguida se empezó a aplicarle el medicamento mientras se conocía el resultado de dicho análisis, lo que se hizo para evitar que el enfermo, durante el tiempo invertido en el análisis, no careciera de atención. Tan pronto se conocía el resultado

del examen de la sangre se excluían de esta investigación aquellos que daban resultado negativo y se continuaba tratando a lía demás, por el tiempo necesario. En la tercera serie los exámenes de sangre fueron verificado por el Entomólogo del Negocio do, persona de gran experiencia en este ramo, quien los hacía cu el acto de localizar el paciente y enseguida comenzábase a tratar a los que daban resultado positivo.

Las muestras, en todas las series, se tiñeron por el método Giensa y el examen en los Grupos 2 y 3 se efectuó en la gota espesa por competentes técnicas.

En la segunda y tercera series la búsqueda de parásitos se extendió durante 5 minutos y en la primera serie durante 10 minutos antes de declarar la muestra negativa.

PRIMERA SERIE

En esta serie de 28 caso.-, se aplicó Atebrina a los adultos (j 1 años en adelante) en dosis de 10 centigramos 3 veces al día. En niños de 6 a 10 años, 2 3 tableta (6-1/3 ctgs.) 3 veces al día y en niños menores de 6 años, 1/3 tableta, (3-1/3 ctgs.) 3 veces al día.

En todos los casos la Atebrina se combinó con plasmoquina en las cantidades siguientes.

3 centigramos diarios en adul.

tos (11 años en adelante) ; 2 centigramos en niños de 6 a 10 años, y 1 centigramo en menores de 6 años.

De estos enfermos 14 eran hembras y 14 varones; 21 adultos y 7 niños. De estos últimos. 2 pertenecían al grupo de 6 a 10 años y 5 al grupo de 0 a 5 años.

La infección, palúdica correspondió en 19 casos al *P. vivax* y ni 9 al *P. falciparum*.

A estos enfermos se les tomó una muestra de sangre al empezar el tratamiento y otra al día siguiente de haberlo terminado. Del número total de enfermos, 12 demostraron tener gametocitos, correspondiendo 7 al *P. vivax* y 0 al *P. falciparum*.

El promedio de número de dosis de atebрина dadas antes de la caída final de la temperatura en todos los casos fue de 3.6 dosis.

En los casos de *vivax* fue de 2.8 dosis.

En los casos de *falciparum* fue de 5.1 dosis.

El promedio de duración de la fiebre en todos los casos fue de 1.6 días.

en <i>vivax</i>	1.4 días
en <i>falciparum</i> ...	2 días

COMENTARIOS

Tres casos de este grupo abandonaron el tratamiento por cambio de residencia.

Una paciente joven de 16 años que se encontraba atacada del

parásito *falciparum* con gametocitos dio resultado positivo después del tratamiento. Solo se advirtió un parásito en la muestra final el que demostró estar afectado por la medicina. La fiebre cedió totalmente después de la segunda dosis del medicamento.

Un paciente de 45 años atacado del mismo parásito que el caso anterior falleció a consecuencia de malaria perniciosa, según certificación médica, al día siguiente de haber terminado su tratamiento completo con Atebrina y Plasmoquina.

La fiebre en este caso cedió después de la sexta dosis del medicamento, sin embargo, la segunda muestra dio resultado positivo al igual que la primera antes de empezar el tratamiento.

Este enfermo presentaba como síntoma prominente, a su ingreso en el hospital, diarreas profusas, las cuales continuaron hasta su muerte. También se informó a cerca de este paciente, que sufrió una caída de la cabalgadura que montaba cuando se dirigía al hospital y se quejaba de agudos dolores en diferentes partes del cuerpo y, además, tuvo hematemesis durante el día que falleció.

Atendiendo pues, a estas circunstancias que no tenemos noticias de haber sido exploradas para determinar el alcance patológico de las mismas, tenemos delante serios motivos de confu-

sión que aconsejan eliminar como materia **de estudio la consideración** de este caso.

La segunda muestra de los 23 casos restantes, tomada al día **siguiente** de haber **terminado** el **tratamiento** dio resultado negativo.

SEGUNDA SERIE

En este grupo de 23 enfermos todos adultos (once años en adelante) se aplicó **ATEBRINA** en dosis de diez centigramo» tres veces al día. A la **ATEBRINA** se asoció la **PLASMOQUINA** en dosis de dos centigramos diarios.

De estos enfermos 18 eran **hembras** y 5 varones.

La infección palúdica correspondió en doce casos al **P. FALCIPARUM** y en once al **P. VIVAX**.

Del número total de enfermos, siete demostraron tener gametocitos, **correspondiendo** cuatro de estos casos al **P. Vivax** y tres al **P; Falciparum**.

El promedio de número de dosis de **ATEBRINA** dadas antes de la caída final de la temperatura **en todos los casos** fue 2.6 dosis,

En los casos de **VIVAX** fue 2.3 - dosis.

En los casos de **FALCIPARUM** 2.9 dosis.

El promedio de duración de la fiebre **en todos los casos**.¹; fue 1.3 días. - En **VIVAX** 1.3 días.

En **FALCIPARUM** 1.4 días.

A estos enfermos se les tomó y examinó una muestra de sangre al empezar el tratamiento y otra al día siguiente de haberlo terminado.

COMENTARIOS

Dos casos de este grupo abandonaron el tratamiento por haberse ausentado de la población.

Las segundas muestras de los 21 casos restantes, tomadas al día siguiente de haber terminado el tratamiento, dieron resultado negativo.

Por lo demás, esta serie no ofrece nada de interés.

TERCERA SERIE

En esta serie de 18 casos se administró **ATEBRINA** a los adultos (once años en adelante) en dosis de diez centigramos tres veces al día. En niños de seis a diez años dos tercios de tableta (seis y un tercio centigramos tres veces al día), y en niños menores de seis años **un** tercio de tableta tres y un tercio centigramo tres veces al día). En las infecciones con los parásitos **VIVAX** y **QUARTAN** se administró **ATEBRINA** únicamente, pero en las de **FALCÍPARUM** se combinó con **PLASMOQUINA** **en** la cantidad siguiente: un centigramo diario **a** adultos {11 años en adelante), dos tercios centigramo **a** niños de seis **a** diez años

y un tercio centigramo a menores de seis años.

De estos enfermos 11 eran hembras y 7 varones. Once adultos y siete niños. De estos últimos seis pertenecían al grupo de seis a diez años y uno solamente 11 grupo de cero a cinco años.

La infección palúdica correspondió, en 16 casos al P. FALCIPARUM, una al VIVAX, y una al QUARTAN.

A todos estos enfermos se les tomó y examinó una muestra de sangre diariamente durante el tratamiento y un día después del mismo, con los resultados siguientes: en catorce casos se necesitó un promedio de 4.1 días para encontrar la muestra negativa. En los cuatro restantes, todos de FALCÍPARUM, la muestra persistió positiva durante el curso del tratamiento. En tres de estos la muestra dio resultado positivo al sexto día, pero negativa al séptimo, quedando solamente un caso en el cual los GAMETOCITOS persistieron en número abundante después del séptimo día.

Del número total de enfermos cinco demostraron tener GAMETÜCITOS; tres en la muestra inicial de sangre y dos que surgieron durante el tratamiento. Dos de estos cinco casos correspondieron, uno al P. VIVAX y otro al P. QUARTAN. y el resto al P. FALCIPARUM. En los casos de VIVAX y QUARTAN se

administró ATEBRÍNA únicamente, resultando ambos negativos durante el tratamiento.

El promedio de número de dosis de ATEBRÍNA dadas antes de la caída final de la temperatura en todos los casos fue 3.5 dosis.

En casos de VIVAX (sólo hubo un caso) 2 dosis»

En casos de FALCIPARUM 3.6 dosis.

El promedio de duración de la fiebre en todos los casos fue de 1.6 días.

El promedio de VIVAX (un caso) fue 1 día.

El promedio de FALCIPARUM fue 1.7 días.

COMENTARIOS

El caso de QUARTAN fue el de una señora de 32 años en quien la fiebre persistió durante y después del tratamiento. Esta aparente diferencia del medicamento se debió, a mi juicio, a una tonsilitis que se desarrolló en la paciente durante el curso de la infección palúdica, ya que durante los días quinto, sexto y séptimo, las muestras de sangre dieron resultado negativo.

En una paciente joven, de 15 años, atacada de parásito FALCIPARUM la fiebre persistió hasta el sexto día debido probablemente a un absceso dentario que padecía la enferma toda vez que las muestras de sangre de los

días sexto y séptimo dieron rebultado negativo.

Otro caso de infección con el parásito EALCIPARUM en una joven de 16 años, la fiebre persistió después del tratamiento debido, sin duda, a haberse complicado con sarampión, ya que el análisis de sangre dio resultado negativo del sexto día en adelante.

CONCLUSIONES

Estos experimentos preliminares que hemos llevado a cabo son alentadores, aunque sólo se han hecho en un corto número de pacientes que no es lo bastante para llegar a conclusiones definitivas que deben basarse en un número mayor de casos tratados.

Nuestras observaciones nos ofrecen el buen augurio de creer que la Atebrina en combinación con la Plasmovina puede resultar un medio de curación en la Malaria de más radicales efectos favorables que la quinina, basando este juicio en los siguientes resultados ya expuestos.

(a) Porque domina la fiebre.

(b) Porque efectúa la desaparición de todos los parásitos en la sangre periférica.

(c) Porque aparenta no ser tóxica.

En algunos casos se observó en la piel una coloración amarillenta de mayor o menor intensidad que tardó en desaparecer en el caso más intenso, como dos se-

manas, y cuyas causas originarias debemos indagar para conocer sus efectos»

Empero, nos queda por averiguar, para un mejor convencimiento, los efectos que pueda ofrecernos la ATEBRINA aplicada sin ningún otro agente para asegurar la realidad acerca de su condición tóxica, la que importa mucho dejar resuelta.

Sin embargo, la ATEBRINA se usó sola en dos de los casos de la serie número tres, y, únicamente acompañada con la PLASMOQUIJYA, en dosis de un centigramo, para adultos, en los restantes catorce casos de dicha serie, sin que surgieran trastornos que pudieran atribuírseles a esta droga. Y, en relación con la serie número dos, sólo se quejó alguno que otro paciente de ligeros dolores abdominales imputables a la PLASMOQUINA, los cuales sabemos ella suele producir con frecuencia. Y como gran número de pacientes de la serie No. 1 exteriorizaron haber sentido bastante acentuado ese mismo síntoma, atribuible también a la PLASMOQUINA, todo nos inclina a presumir que la ATEBRINA no es tóxica.

En cuanto a la selección más recomendable, de las tres formas de dosificación de las cuales hemos tratado, podemos adelantar las siguientes manifestaciones.

La serie número tres nos revela que el examen de sangre de cuatro de los pacientes demostró

persistencia de parásitos en la circulación periférica después del tratamiento, debido, a mi juicio, a la insuficiencia de la dosis de PLASMOQUINA.

La serie número uno nos indica que en un solo caso se advirtió, en el segundo análisis de la sangre, la existencia de un parásito, el cual apareció afectado por la medicina. La mayoría de los pacientes se quejaron de fuertes dolores abdominales atribuibles, según mi criterio, a que la dosis de PLASMOQUINA fue excesiva. La serie número dos nos dio un

resultado negativo al examen después del tratamiento. Y con alguna que otra excepción de pacientes anémicos que se quejaron de ligeros dolores abdominales, no presentaron trastorno de ninguna clase.

Estas observaciones respecto a la asociación de la ATEBRÍNA con la PLASMOQUINA nos lleva a formar el juicio que la dosis recomendable a administrar hasta ahora, de la PLASMOQUINA en unión de la ATEBRÍNA, es de dos centigramos al día en casos de adultos y proporcionalmente a la edad, en casos de niños.

Medicina práctica:

Sobre interrupción terapéutica del embarazo

El Dr. Gandolfo Herrera explica con entusiasmo el nuevo procedimiento denominado de interrupción terapéutica del embarazo, "de gran eficacia y absoluta inocuidad", con el que ha visto resultados muy satisfactorios en la Clínica de Mujeres del Prof. Doderlein en Munich y nos refiere haberlo puesto en práctica personalmente en cinco casos, con iguales resultados.

Las ventajas que el procedimiento ofrece sobre los que conocemos hasta ahora, así como el hecho de que personajes de la talla de Doderlein, Sellheim y otros

se hayan interesado por el mismo, llama naturalmente la atención. Debo confesar que a raíz de las primeras publicaciones, en su mayoría muy favorables, tentado estuve de ponerlo en práctica en la primera oportunidad. Pero entre tanto, he tenido ocasión de conocer los resultados que se consignan más adelante, y como se comprende mis entusiasmos han sufrido una transformación total y creo que por ahora, y hasta tanto no tengamos a mano datos más concluyentes sobre la bondad del método, sería prudente abstenerse de llevarlo a la

práctica, teniendo en cuenta los serios peligros que encierra.

En efecto, Otto, en una larga exposición que hiciera en la Sociedad Médica de Hamburgo, dijo que en 24 casos de aborto terapéutico practicados con el "Interruptin", en 23 se consiguió la expulsión del huevo, pero únicamente en 4, ella fue completa. En 2 casos se produjeron hemorragias de consideración, 700 a 890 gramos, y en otros 3 casos sobrevino atonía uterina. Después de al gimnas consideraciones sobre el uso del nuevo preparado, por cierto no muy favorables, terminó diciendo: "*Considerando los resultados obtenidos por nosotros con el uso del "Interruptin" y reconociendo que los peligros que ofrece no se hallan compensados por las ventajas que este método presenta frente a los otros, hemos resuelto excluir el uso del "Interruptin" de nuestra Clínica, así como de los preparados análogos "Provocol" y "Antigravid"*".

Sachs (citado por Gandolfo) dice que antes que se tenga mayor experiencia con el uso del **Interruptin**, éste no debe ser empleado sino en las clínicas, pues en el curso del aborto pueden producirse hemorragias que exijan la inmediata intervención del médico. Así mismo refiere (en la Sociedad Alemana de Ginecología) que en la mitad de los casos practicados por él, ha habido necesidad de proceder a una explo-

ración intrauterina o a un curetaje.

Kleeman comunica haber empleado 8 veces el procedimiento (Sociedad Ginecológica de Breslau). Suma a los mismos un caso practicado por un colega. De los 9 casos, 6 evolucionaron sin complicaciones, si bien en 3 de los mismos hubo necesidad de practicar un curetaje. Como una gran desventaja del método señala que en todos los casos se presentaron dolores muy fuertes. El 7º caso hizo fiebre y absceso del Douglas que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente. El 8º fue aun más desagradable; elevada temperatura y después de 14 días un cuadro de infarto pulmonar, que la retuvo 6 semanas en el Servicio, Pero el 9º fue desastroso; 20 minutos después de la inyección y todavía en la sala de operaciones, la paciente expiró con un cuadro de embolia. Reiprich recuerda 5 casos practicados en la Clínica Ginecológica de Breslau. Solamente después de la administración de quinina y timofisina se logró la expulsión del huevo. En 2 casos se hizo necesario un curetaje posterior.

Schiller informa sobre un caso de embolia fulminante consecutiva al uso del "Interruptin".

Fels comenta estudios experimentales practicados por él en conejos, a los que inyecta "Provocol" y termina diciendo que mientras no se tenga la certeza de que la introducción de substan-

cias grasas en la cavidad uterina nunca pueda producir una **embolia** grasosa, no se está autorizado a seguir usando el procedimiento. Se refiere a los sucedáneos del "Interruptin", pues éste no contiene grasa.

H. Baumm refiere un caso de muerte consecutiva al uso del **Interruptin**". Dice que el procedimiento es peligroso.

F. Engelman (en la sesión de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Bajo Rhin y Westfalia, Dusseldorf, octubre 30-31), refiriéndose a un caso mortal a raíz del uso del "Interruptin", recordaba otros producidos en Hamburgo, Halle y Marburgo, éste último a consecuencia de embolia gaseosa, y el caso de Fraenkel (Berlín) debida a la misma causa. Von Manteufel, cit, por Engelman, refiere dos casos observados por él. En el primero se había usado el Provo-col" (recomendado por Leunbach). Poco después de la inyección se presentaron síntomas de embolia gaseosa y 3 horas después la paciente falleció. El segundo caso se refiere a una mujer hallada muerta. La autopsia demostró que la causa de la muerte había sido una embolia gaseosa. Se constató un embarazo de 2 meses y en la cavidad uterina se halló el huevo intacto, placenta desprendida, coágulos de sangre y un líquido que olía a yodo y alcohol. Engelman continúa di-

ciendo que se conocen no menos de 20 casos de muerte, *"los que deben bastar para que los Profesores se decidan a prevenir sobre el uso de los procedimientos denominados de interrupción terapéutica del embarazo"*. Y termina recordando que el procedimiento, si bien en forma elemental, había sido ya empleado en 1900 por Dehlschlager.

Finalmente Brack pudo constatar embolia de "Interruptin" en los pulmones, en dos mujeres muertas después de abortos practicados con dicho producto.

No hay que olvidar que la mayoría de los casos referidos más arriba fueron practicados en medios hospitalarios y por personal de capacidad indiscutible, vale decir, en inmejorables condiciones. Si a pesar de ello se ha llegado a tan malos resultados, ¿cómo sería si el método se generalizara y lo practicaran médicos no especializados, parteras y aun profanos, para quienes la sencillez del procedimiento constituiría, sin duda, un poderoso atractivo?

Un procedimiento terapéutico es bueno cuando sus resultados son constantemente buenos en manos de los que se hallan autorizados a emplearlo, lo que, como queda demostrado, no ocurre, boy y por boy, con el denominado "interrupción terapéutica del embarazo".

Asunción, 23 de abril de 1932

Abceso amebiano del riñón eliminado por vías naturales

El objeto de estas líneas es referir un caso de absceso amebiano del riñón evacuado por el uréter, lo que creo por demás interesante, dada la relativa poca frecuencia de esta localización, y aun más rara eliminación por las vías naturales. Al menos en mi búsqueda (eso sí un poco apresurada) por la bibliografía existente al respecto, no he encontrado un caso igual al que paso a relatar en esta oportunidad.

Se trata de un niño de cuatro años de edad, natural de esta zona, — dato de importancia dado que aquí esta afección parasitaria, conjuntamente con otras, es endémica —; es conducido este niño al consultorio externo del hospital local por sus familiares y a raíz de una diarrea pertinaz y que no pueden determinar cuándo apareció. Llama la atención en este enfermito la extrema desnutrición en que se encuentra. Se practica análisis de materias fecales y se constata la existencia de entameba; se le prescribe tratamiento apropiado (clorhidrato de emetina) y después de pocas inyecciones y habiendo desaparecido la diarrea, sus padres, que le creen curado, suspenden el tratamiento comenzado. En resumidas cuentas, se practica una medicación por demás insuficiente.

Cinco meses después de esto, es conducido este enfermo al consultorio externo con el siguiente cuadro:

Temperatura: 33-8. Desnutrición manifiesta. Abdomen algo globuloso. Se palpa el riñón izquierdo aumentado de tamaño; parece que esta palpación despierta dolor, aunque no muy intenso. Por lo demás, sus familiares dicen que existe anorexia, gran irritabilidad e insomnio. Aunque no había diarrea se practica análisis de materia fecal y se encuentran quistes amebianos en poca cantidad. El análisis de orina da lo siguiente: Abundante cantidad de pus y células de epitelio vesical.

Por lo demás, el enfermito acusa dolor abdominal, no pudiendo localizarlo, dada su temprana edad.

Con estos datos por demás insuficientes para hacer un diagnóstico de la naturaleza de la tumoración renal que se palpa, y como se carece de otros medios de examen, es remitido a su domicilio para ser sometido a un nuevo examen dos días después, fecha en que retorna al consultorio, con la novedad de haber eliminado gran cantidad de sangre en la orina. Con este dato queda internado. Se hace un nuevo análisis de orina, constatándose, además de los elementos anotados más arriba, abundantes hematíes. Se determina la cantidad de orina eliminada en las 24 horas y no está disminuida.

Hago presente que si soy tan minucioso en estos datos al parecer de poca

Importancia, es para llevar al ánimo del que lea estas líneas, las dificultades con que se hubiera tropezado para llegar a un diagnóstico exacto, de no haber mediado el accidente, si se puede llamar ■ así, que paso a relatar.

Sometido el enfermo a una estrecha vigilancia, se constata dos días después de su primera micción sanguinolenta, la eliminación de una orina francamente purulenta, da tinte achocolatado, color que os despertó en el acto el recuerdo del pus de los abscesos amebianos, tan particular, que quien los ha visto una vez los recuerda siempre. Se hace análisis de orina, encontrándose gran cantidad de quistes amebianos; no se observan formas vegetativas.

Sin grandes esperanzas iniciamos tratamiento, encontrándose el niño en ese entonces en iguales o peores condiciones que en el examen practicado días anteriores, habiendo, eso sí, disminuido de tamaño el riñón izquierdo, vale decir, la tumoración que se palpaba en el primero; el dolor era ya bien franco e intenso en esa zona, haciendo dificultosa la palpación. Iniciamos, como decía, tratamiento con clorhidrato de emetina, dosis de un cuarto de centigramo, para llegar al día siguiente a un centigramo y dos días después a dos centigramos, y como la hematuria continuara se le administra cloruro de cal-

cio por la boca. Se indica urotropina, suero glucosado isotónico, reposo y régimen lácteo. Para acortar diré que llegamos a efectuar dos series de inyecciones, no superando nunca las dosis anteriormente indicadas. Terminado este tratamiento se hace un nuevo examen de materia fecal y de orina y no se encuentran elementos anormales.

Llamará la atención la alta dosis usada, ya que -se trata de un niño de corta edad y desnutrido en extremo, mas confesaré que creo la única manera de hacer desaparecer el parásito, mas sea dicho en descargo que la experiencia adquirida aquí, donde el material es abundante, me ha hecho sobrepasar la dosis diaria usual, llegando en algunos casos a 10-12 centigramos en el segundo o tercer día de tratamiento, para luego decrecer; claro está que esto es según los casos después de una dosis inicial de prueba.

Cuatro meses han transcurrido del comienzo de la afección y se han efectuado ya dos series de inyecciones; se reiniciará tratamiento en breve. El estado del enfermo es inmejorable. Al examen de la materia fecal no se observan parásitos, a pesar de lo cual será sometido a nuevos exámenes de materias fecales y a una serie periódica de clorhidrato de emetina.

La Cruz, septiembre 1931.