

Año XI



NUMERO 116

# REVISTA MEDICA

---

## DE COSTA RICA

### PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS  
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Director:

DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción

Dr. E. GARCIA CARRILLO

#### CUERPO CONSULTIVO:

Dr. SOLON NUÑEZ

Secretario de Estado en el Despacho  
de Salubridad Pública y Protección Social

DR. CARLOS L. VALVERDE V.

Presidente de la Facultad de Medicina

DR. C. PICADO T.

Jefe del Laboratorio, encargado de la  
Sección de Investigaciones del H. S. J. de D.

DR. A. PEÑA CHAVARRIA

Superintendente del Hospital  
San Juan de Dios

### Sumario:

	<i>Pág.</i>
I.—Algunas anotaciones prácticas médico-quirúrgicas, por el <i>Dr. O. Pacheco</i> .....	33
II.—Perspectiva II.—Las Especialidades en el Hospital San Juan de Dios, por el <i>Dr. E. García Carrillo</i> .....	40
III.—Centro de Estudios Médicos Moreno Cañas ...	44
IV.—Cómo bajar la presión sanguínea (Traducción)	47

SAN JOSE, COSTA RICA

DICIEMBRE DE 1945

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Calle 2ª entre avenidas 2ª y 4ª

Apartado 978 - Teléfono 2920

# Revista Médica de Costa Rica

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMOVI

San José, Costa Rica, Diciembre de 1943  
No. 110

AÑO XI

## Algunas anotaciones prácticas médico-quirúrgicas

*Por el Dr. Oscar Pacheco*

No dudo por un momento que la mayor parte de los colegas aquí reunidos esté al tanto de lo que en estas anotaciones voy a exponer en forma sucinta. Sin embargo, he creído oportuno recordarlo en esta ocasión, para que aquellos que lo crean beneficioso para sus pacientes, lo tengan en mente cuando el diagnóstico del caso lo requiera o cuando la terapéutica se ponga en juego.

Halagado por el buen resultado obtenido personalmente y por los que conmigo han colaborado, me ha parecido que estos apuntes pueden ser provechosos para el médico que hace práctica general.

Todos estos métodos y observaciones son tomados de diversas publicaciones aparecidas en diferentes épocas. Yo les he dedicado interés, ya sea porque su autor haya sido un médico o cirujano de renombre o porque las estadísticas que han acompañado los trabajos satisficían de lleno.

### 1º—Herpes Zoster

El Herpes Zoster o zona es con frecuencia una afección rebelde al tratamiento. El yoduro de sodio y el suero antidiftérico nos ofrecen dos armas terapéuticas muy eficaces.

El yoduro de sodio se pone intravenosamente a la dosis de 2 grs. en solución al 10 por ciento, el primero, el segundo, el cuarto y el séptimo día (La mitad de la dosis en las mujeres). El suero antidiftérico se recomienda a la dosis de 5,000 unidades, repetidas dos días más tarde si fuere necesario.

Estos dos tratamientos son independientes; esto es, debe usarse uno u otro. Con ambas formas, el dolor disminuye en 24 horas y la erupción comienza a secar en igual período de tiempo.

### 2º—Cloruro de etilo localmente

La anestesia local con cloruro de etilo, usada para la incisión de abscesos o furúnculos, no da buen resultado cuando se usa en la forma corriente porque el endurecimiento producido por la congelación de la piel requiere que el cirujano ejerza gran presión al ejecutar el corte, aún usando el bisturí curvo filoso y bien punteado, frustrando así el objeto buscado. Colocando una pinza de dos dientes, de las usadas para sujetar los campos, de cada lado del lugar a operar, previa congelación de estos dos puntos, el asistente hace tracción hacia arriba con una pinza, y mientras el operador lleva a cabo la misma maniobra con la otra el asistente congela entre ambas y el cirujano practica la incisión. Así se evita la presión sobre los tejidos subcutáneos inflamados, y la operación resulta en realidad indolora.

### 3º—Manera de incindir el carbunco o antrax

La excisión total de los tejidos infectados, la incisión amplia en cruz con disección de los colgajos, y remoción de los tejidos subcutáneos invadidos y el termo o el electro cauterio son sistemas que no responden satisfactoriamente, porque producen mucha destrucción de tejido, porque son muy traumatizantes y porque la cicatrización es muy retardada y deformante. Las incisiones paralelas en sentido vertical, cruzando todo el espesor de los tejidos invadidos y separadas entre sí de uno a dos y medio centímetros, según el tamaño del carbunco, dan excelente resultado tanto porque acortan el proceso cicatrizante como porque dejan menos cicatriz y deformidad. Las incisiones deben extenderse una corta distancia en tejido sano pues con esto se limita el proceso inflamatorio. Finalmente deben empacarse las incisiones con gasa formada sin practicarse curetaje.

### 4º—Administración de sueros en general

La práctica de administrar los sueros ya sea profiláctica o curativamente en una sola dosis, sin llevar a cabo previamente la prueba cutánea intradérmica para determinar la tendencia del paciente a la

anafilaxia, puede traer consigo reacciones graves, ocasionalmente hasta fatales. Cuando la reacción es positiva veinte minutos después de inyectar un décimo de cc. de una dilución del suero en solución salina normal en la proporción de uno a nueve (.1cc. suero en .9cc. solución salina), se debe llevar a cabo invariablemente la aplicación del suero en dosis ínfimas progresivas, inyectando finalmente el resto de la dosis terapéutica requerida.

#### 5°—Suero antivenenoso

Cuando se trata de inyectar suero antibotrópico hay que tener en mente dos puntos muy importantes: 1°—La dosis inicial debe ser fuerte; esto es, de 4 a 6 ampollas de 10cc Butantan en los casos graves y en proporción en los menos graves. 2°—La cantidad requerida para los niños es mayor que para los adultos; esto es, la dosis debe ser tanto mayor cuanto menor sea el paciente porque la cantidad de veneno inyectada por la serpiente está en mayor concentración, dada su menor peso.

#### 6°—La Prostigmina como emmenagogo y para el embarazo en sus comienzos

Cuando hay atraso de la menstruación y el fenómeno no es debido a desórdenes de origen endocrino, puede usarse con muy buenos resultados la prostigmina, la que nos sirve además como método para el diagnóstico del embarazo durante las primeras semanas sin necesidad de recurrir al método más laborioso de la reacción Asheim Zondek. Una inyección diaria de 1 milígramo de Metylsulfato de Prostigmina, durante uno a tres días, constituye la dosis suficiente para producir la menstruación. Si existiera embarazo éste no se afecta en absoluto, y el menstuo no aparece. (Véase Journal American Association de Mayo 8, 1943.)

#### 7°—Formas rectales del linfogranuloma venéreo

Las proctitis, con o sin estrechez rectales, tanto en hombres como en mujeres así como los abscesos isquiorrectales y las fistulas in ano, son a menudo producidas por el linfogranuloma venéreo. El diagnóstico diferencial debe ir acompañado siempre de la prueba intradérmica de Frei, positiva en un gran porcentaje de casos y de tanta ayu-

---

da en el diagnóstico de esta enfermedad como lo es la reacción de Wassermann en el de especificidad luética.

La prueba de Frei se lleva a cabo con un antígeno del linfogranuloma venéreo obtenido del embrión de pollo y el control con antígeno de embrión de pollo normal.

El tratamiento de esta forma de linfogranuloma con sulfanilamida y últimamente con sulfatiazol llevado a cabo durante un período prolongado hasta de seis meses con días de descanso, ha dado resultados muy satisfactorios, pero no tiene efecto sobre las estrecheces, las que necesitan dilatación gradual progresiva.

#### 8°—La vacunación antífica

En masa o individualmente, encuentra la oposición de los pacientes, porque les obliga a la interrupción de su trabajo o porque la vacuna anterior, les produjo mucha molestia. Un trabajo de investigación llevado a cabo hace algunos años por médicos del ejército de los Estados Unidos, demostró que las inyecciones intradérmicas a baja dosis no producen incapacidad alguna y resultan perfectamente eficaces. Últimamente se ha demostrado que una sola inyección intradérmica de 1 cc. una vez al año, practicada a individuos ya vacunados en la forma corriente con tres dosis subcutáneas, resulta perfectamente eficaz para producir la inmunidad deseada. El Dr. Le Roy Fathergill de la Universidad de Harvard, Comandante del ejército de los Estados Unidos, ha hecho experiencias en un gran número de estudiantes. El control lo llevó a cabo con la reacción de Widal 2 meses después de practicada la inyección. Las intradérmicas mostraron igual intensidad de positividad, con igual dilución, que los vacunados en forma corriente.

Valdría la pena que el departamento de epidemiología llevara a cabo esta forma de vacunación intradérmica a dosis mínima, popularizando así el método especialmente apropiado para la profilaxis en masa.

#### 9°—Tratamiento de la fiebre hemoglobinúrica

Frecuentemente el examen de la sangre es negativo por parásitos en la fiebre hemoglobinúrica, pero aún en el caso de que sea positivo, la malaria no debe tratarse hasta que los síntomas graves no hayan desaparecido.

---

El tratamiento que me ha parecido dar mejores resultados es el de Dove, que consiste en reposo absoluto, nada de alimentación por la boca, morfina inyectada en dosis repetidas y en cantidad suficiente para mantener al paciente tranquilo y líquidos parentéricamente en forma de suero fisiológico mezclado con suero glucosado, hasta que pase el ataque. Una vez desaparecido el vómito, el desasociado y la hemoglobinuria, se procederá a la alimentación por la boca en forma gradual. Algunos casos responden muy bien al uso del tubo duodenal permanente precedido de lavado gástrico. Por el tubo duodenal se puede dar alimentación ligera.

#### 10°—Las inyecciones en la malaria

Hay tres indicaciones únicas para el uso de inyecciones en el tratamiento del paludismo: el vómito, la imposibilidad para tragar, y la malaria grave con hiperpirexia, especialmente la forma cerebral. La única droga que en mi concepto debe inyectarse es la atebrina y siempre intramuscularmente. Las inyecciones intravenosas ya sean de quinina o de atebrina no deben tener lugar en el tratamiento de la malaria grave. Ambas drogas, especialmente la quinina, al entrar al torrente circulatorio, producen una liberación masiva de toxinas provenientes de la destrucción de los parásitos. No dudo que muchos de ustedes han visto el resultado trágicamente espectacular de tal procedimiento. La quinina o la atebrina usadas intravenosamente en un caso corriente de malaria no tienen el peligro apuntado, pero tampoco tiene ningún objeto usarlas en esta forma. El argumento de haber puesto muchas inyecciones intravenosas de quinina sin peligro no prueba nada; es el uso intravenoso en los casos graves el que prueba lo perjudicial que puede ser. Las inyecciones intramusculares de atebrina pueden conseguir perfectamente el fin buscado, sin precipitar tan tremendo shock. La quinina intramuscularmente no tiene ninguna ventaja sobre la atebrina y sí tiene la enorme desventaja de que aún usada con la más estricta asepsia y en buena dilución, puede producir abscesos aún muchos meses después de inyectada. Debe usarse, sin embargo, cuando no se pueda conseguir atebrina. (Véase The American Journal of Tropical Medicine, Mayo 1942. Vol. 22.)

#### 11.—La retención post operatoria

La retención urinaria post operatoria puede traer consigo, además de las molestias corrientes para el paciente y para el personal, la

---

fiebre urinaria. Poniendo sistemáticamente al terminar la intervención 20 cc. de solución acuosa estéril de mercurocromo al 2 por ciento intravesicalmente, logramos que el ciento por ciento de los operados vacíen su vejiga espontáneamente. De vez en cuando se presenta un caso de irritación vesical causada por este procedimiento, pero esto desaparece rápidamente.

### 12.—Apendicitis crónica

Gran número de las llamadas apendicitis crónicas, si no dan la historia de haber tenido alguna vez un ataque de dolor en la fosa ilíaca derecha con alza de temperatura, náusea o vómito, cuando se operan nos vuelven con la historia de que el dolor y las molestias continúan como antes. Esto parece demostrar que en la mayoría de los casos, para que en realidad exista la apendicitis crónica tiene que haber habido alguna vez apendicitis aguda o subaguda. Los cirujanos que han seguido esta regla han reducido el número de fracasos por apendectomías en casos crónicos a un *mínimum* muy satisfactorio.

### 13.—Neumonía atípica

Para terminar quiero llamar la atención de ustedes acerca de la denominada "Neumonía por Virus" o "Neumonía Atípica", enfermedad recientemente clasificada, la cual ha producido, como muchos de ustedes lo saben, verdaderas epidemias en instituciones y en campos de entrenamiento en los Estados Unidos. Este tipo de neumonía no acusa la presencia de ninguna bacteria especial y no responde al tratamiento específico de las sulfas. El diagnóstico se corrobora con los rayos X. de preferencia. La enfermedad se presenta también en forma esporádica y en ambos casos tiene un pronóstico benigno, si se lleva a cabo el tratamiento sintomático y reposo prolongado junto con medidas apropiadas para levantar la resistencia del organismo. Las complicaciones y la incapacidad vienen principalmente en los casos que no han tenido reposo suficiente y en los que no han disfrutado de una convalecencia apropiada. Muchos de los casos que en forma de pequeñas epidemias se presentan de vez en cuando entre nosotros, rotuladas con el diagnóstico de influenza, pueden en realidad ser casos de neumonía atípica.

Recientemente fue descubierto un caso, y posiblemente dos, en el Hospital de Limón por un médico visitante.

---

Yo creo que teniendo en mente esta enfermedad, especialmente en los hospitales con la ayuda de los rayos X, se descubriría con mayor frecuencia.

(Véase The Journal of the American Medical Association N° 11 de Julio 10, 1943).

---

---

## Perspectivas: II - Las especialidades en el Hospital San Juan de Dios

Por el Dr. E. García Carrillo

### Introducción

Antes de comentar brevemente el asunto tal como lo vemos actualmente, es importante situar el problema dentro de las normas de la legislación social actual. Se reconoce en efecto, que la protección de la salud pública es función del Estado, y con tal criterio se ha pedido a los hospitales que presten ciertos servicios. Queremos referirnos al que resulta de los riesgos profesionales, al que se amolda a lo dispuesto por el reglamento de la Caja Costarricense de Seguro Social, y al que se relaciona con la lucha anti-tuberculosa.

1º—Recordemos que el sector de trabajadores que debe estar obligatoria y forzosamente asegurado contra riesgos profesionales incluye a los siguientes: Los de construcciones de todo género; los de minas, canteras, excavaciones y salinas; los de transportes marítimos, fluviales, aéreos y terrestres; los trabajadores del mar y de los muelles; los asociados a la producción y explotación de la energía eléctrica y gas; los pertenecientes a fábricas, talleres, aserraderos y demás trabajos en que se empleen máquinas cortantes o filosas o se usen materia explosivas, inflamables, insalubres o tóxicas; los de teatros y espectáculos públicos; los cuerpos de bomberos permanentes, los de resguardo fiscal, policía militar y de tránsito.

Si meditamos sobre la calidad y cantidad de posibilidades de accidentes en estos diversos grupos, además de que también se entiende por riesgo profesional toda lesión, enfermedad o agravación que sufra posteriormente el trabajador como consecuencia directa de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, se comprende que la realidad práctica del manejo médico y quirúrgico de estos casos sobrepasa las posibilidades actuales de organización de un hospital de caridad.

2º—El seguro social obligatorio que aplica la Caja, comprende

---

los riesgos de enfermedad, de maternidad, de invalidez y de vejez (además del de desempleo involuntario). El seguro no interfiere con los riesgos mencionados en el párrafo anterior.

Como máximo de salario o sueldo del trabajador, se admite la suma de 4,800 colones anuales, abarcándose por consiguiente un sector importante de la población. Por el momento, las Juntas directoras de los hospitales, tendrán la obligación de prestar los servicios hospitalarios, médicos y quirúrgicos que la Caja necesite. Sin embargo, en San José, se dispondrá pronto de una Policlínica y hospital propios de la Caja.

3º—El departamento de Lucha antituberculosa que depende de la Secretaría de Salubridad Pública, es el organismo a cuyo cargo está el tratamiento de los pacientes afectados de tuberculosis. La cooperación que presta nuestro hospital al aislamiento de numerosos enfermos de ambos sexos, es provisional, mientras se construye y equipa el Hospital de tuberculosos cuya primera piedra ya se ha puesto.

#### **Las especialidades según el Reglamento**

El crecimiento de nuestro hospital ha hecho necesario el aumento progresivo de los servicios médicos y quirúrgicos. La disposición actual según el reglamento de 1941, es la siguiente. La sección de Cirugía comprende la cirugía general, obstetricia, urología, otorinolaringología, ortopedia, oftalmología, y odontología. La sección de Medicina comprende la medicina general, la pediatra, la medicina tropical y dermatología, además del departamento de fisiología que mencionamos anteriormente.

Se ve desde luego que tal repartición es incompleta, en particular en la sección de medicina, a parte de que es una incongruencia la denominación de medicina tropical asociada a la dermatología. Sin embargo, el reglamento ha dejado la puerta abierta a la creación de nuevos servicios, al aumento, disminución, subdivisión o resumen de los ya existentes, lo que no siempre se ha hecho en la práctica. Queremos referirnos brevemente a los siguientes servicios: urología, ortopedia, anestesia y medicina general.

1º—Urología. Muchos médicos han expresado la opinión de que es necesario subdividir esta sección en una de urología operatoria y otra de venereología. La importancia de esta última es muy grande en un país en donde el problema venéreo es de grandes proporciones.

Está por demás que la atención para ambos sexos será obligatoria, y que debe contarse con todo el equipo de tratamiento apropiado, incluso gabinetes para asociar la fiebre artificial, tan importante.

2°—Ortopedia. Generalmente se acepta que en este departamento se tratarán casos de deformaciones, esencialmente crónicas, muchas veces congénitas, del aparato locomotor. Pero sería bueno darle mayor amplitud, y denominarlo servicio de traumatología y afecciones óseas. Irán desde luego incluidos todos los tipos de fracturas, por lo tanto debe contarse con asistentes especializados, por ejemplo en cirugía oral y en neurocirugía. La unión con el servicio de ambulancias, de transporte de golpeados o heridos, y de primeras curas (la mal llamada cirugía "menor"), debe ser íntima. De igual manera, la colaboración con los servicios de fisioterapia y de kinesiología debe ser estrecha.

Nos parece evidente que la traumatología debe figurar en primera fila entre los departamentos de un hospital moderno.

3°—Anestesia. El personal que se requiere aquí, altamente especializado, lo mismo que los aparatos únicos que se emplean en las modernas técnicas de anestesia, hacen imperativa su organización como entidad con atribuciones y responsabilidades propias.

4°—Medicina general. Actualmente el desarrollo de las especialidades médicas es cada vez mayor, y debe subdividirse este servicio para abarcar en particular a la cardiología y enfermedades del aparato circulatorio, a la neurología, a la gastroenterología y proctología. Algo se ha hecho en la organización de la cardiología, pero no se ha creado un servicio independiente como es debido. En fin, la importancia del correcto aislamiento en casos de enfermedades infectocontagiosas, hacen imperiosa la creación de un servicio exclusivo, de construcción y disposición apropiadas.

### Conclusiones

Las especialidades en el Hospital San Juan de Dios tienen aún un desarrollo insuficiente. Es necesario pensar en reformar el reglamento para que las incluya formalmente, tal como lo hemos bosquejado, dando la autoridad y rango necesario a los diferentes médicos que la dirijan. La Junta Directora del Hospital hará bien en continuar ayudando a los graduados que muestren afán por emprender estudios especializados.

---

Los servicios de especialidades se beneficiarán mucho el día en que el Hospital se limite a un papel más modesto que el actual, en que resulta un organismo sobrecargado, hipertrófico, por exceso de responsabilidades. A este fin debe acogerse con beneplácito la creación de clínicas independientes para los riesgos profesionales, para la Caja de Seguro Social, para el Hospital de tuberculosos y, en fin, para la Maternidad Central.

#### Referencias

- 1º—Primer artículo de esta serie: *Esta Revista*.
  - 2º—O. Barahona Streber y H. Zürcher Acuña: "Aspectos teóricos y prácticos de los riesgos profesionales". San José, 1943.
  - 3º—E. García Carrillo: "Anotaciones inconformes a nuestra ley de seguro social". "Reper. Americ." 39:99. 1942.
  - 4º—Reglamento de la Caja Costarricense de Seguro Social. "La Gaceta", octubre 27, 1943.
-

## Centro de Estudios Médicos Moreno Cañas

Sesión del 27 de Agosto de 1943

### Neurofibromatosis

... El Dr. E. García C. presenta dos casos. Relata las historias clínicas y las comenta.

El Dr. E. A. López, también se refiere extensamente a esta enfermedad. Al respecto lee una observación clínica muy instructiva desde el punto de vista diagnóstico ya que apunta la presencia de un tumor voluminoso del nervio ciático con una probable degeneración sarcomatosa.

### Eritrocitos

El Dr. F. F. A. Quirós lee una traducción de un trabajo publicado en "The Lancet" referente a una nueva teoría sobre el origen de los eritrocitos.

### Impresiones de viaje

En su reciente gira a la América del Sur el Dr. J. C. Ovares ha colectado muy instructivas observaciones que refiere con claridad de concepto.

Particularmente le llamó la atención la perfecta organización del Hospital Obrero del Perú y sus Refectorios Populares.

La nación chilena se caracteriza por la amplia hospitalidad que brinda a sus visitantes. Muy sugestiva le pareció la organización hospitalaria en lo que a acortar estancias se refiere.

La República Argentina con sus inagotables posibilidades económicas es campo propicio para la investigación científica. Causa orgullo y satisfacción a los latinoamericanos ese afán meritorio de superación médica que se constata en ese hermano y bello país suramericano.

---

### Dos casos de Leishmaniosis

En el Perú consideran dos variedades: La "UTA" que prefiere la piel únicamente, y la "Espundia" que comienza en la piel y secundariamente invade las mucosas. La primera variedad se encuentra generalmente en las alturas de 1,000 a 3,000 metros, la segunda más bien a una altura no mayor de mil metros.

Estos dos casos son de los que los peruanos llaman Espundia.

#### **Caso número 1: R. R., 40 años, Atenas, jornalero.**

*Antecedentes hereditarios y patológicos.* — Da pocos datos y sin importancia.

#### *Antecedentes personales*

Fuma poco (de 5 a 7 cigarrillos al día). Sarampión cuando niño. Ulcera de la pierna derecha hace diez años que le duró seis meses. Desde ese tiempo parte su padecimiento.

*Estado actual:* Hace como diez años notó una ligera ulcerita en la piel del lóbulo derecho de la nariz, dolorosa, por lo que se internó en el Hospital durante un mes, saliendo aparentemente curado. Desde ese tiempo hasta la fecha tiene alrededor de diez ingresos y saliendo cada vez aparentemente curado ya que regresaba cada nueve o diez meses después.

Es de advertir que este enfermo es muy indisciplinado por lo que nunca se había podido controlar bien.

*Interrogatorio por aparatos.* — No se anotan por no tener datos importantes.

*Inspección general.* — Enfermo como de 45 años, de constitución débil, con la cara deformada, dando la facies proboscídea o de tapir, y en estado normal de su inteligencia.

*Exploración regional.* — Aumento de volumen de las partes blandas del maxilar superior deformándolo. Presencia de elementos ulcerocostrosos en ambos labios y mucosa nasal, enrojecimiento de la parte afectada así como también aumentado de consistencia, doloroso y despidе mal olor.

---

*Tratamiento.*

Tártaro emético: 16 ampollitas de 5 c. c.

Neoarsfenamina: 1 ampollita de 0.15, otra de 0.30 y otra de 0.45.

Yodobismuto: 2 ampollitas de 2 c. c.

Fuadina: 2 ampollitas.

---

NOTA: Los exámenes de Laboratorio son negativos excepto la búsqueda de leishmanias que es positiva la mayor parte de las veces.

Caso número 2: Ficha de identificación: F., V., 11 años, escolar

*Antecedentes hereditarios y familiares.* — Sin importancia.

*Antecedentes patológicos.* — Helminthiasis. Absceso cuero cabelludo, cicatrices en diferentes partes del cuerpo al parecer de quemaduras según cuenta el enfermo.

*Padecimiento actual.* — Hace un año comenzó a notar una ulcerita en el lóbulo derecho de la nariz, poco dolorosa; desde entonces hasta la fecha de ingreso al hospital había notado aumento de volumen del maxilar superior, lo que ha disminuído notablemente con el tratamiento actual, así como también mal oliente y un poco doloroso.

*Interrogatorio por aparatos.* — Sin importancia.

*Exploración general.*

*Habitus exterior.* — Enfermo que representa su edad, con ligera deformación de la mandíbula superior, actitud libremente escogida y en buen estado de su inteligencia.

*Cabeza.* — *Cráneo.* — Alopecia en una extensión como de cuatro centímetros en cuadro en la región temporal del lado izquierdo.

*Cara.* — Infiltración pastosa, presencia de elementos ulcerocostrosos del lóbulo derecho de la nariz y mucosa nasal que deforman la mandíbula superior, por haber interesado las partes blandas.

*Piel.* — Cicatrices al parecer de úlceras leishmaniósicas en la cara y extremidades.

El resto del organismo sin importancia.

*Diagnóstico.* — Leishmaniosis confirmada por el laboratorio.

*Tratamiento.* — Ampollitas de tártaro emético de 2 c. c.: 18 ampollitas por vía intravenosa. Curaciones externas con pomada a base de tártaro emético. Reconstituyentes generales y antihelmínticos.

---

## Cómo bajar la alta presión sanguínea

(Traducido especialmente para esta Revista, de *Time*, Setbre. 6, 1943)

La alta tensión sanguínea, matadora mayor que el cáncer, cada año ocasiona la muerte de un sinnúmero de miles de entre los seis millones de sus víctimas en los Estados Unidos. Se ha publicado un nuevo manual para el público que indica lo que la medicina moderna puede hacer para dominar el mal. Escrito por el hábil especialista que es el Doctor Irvine Heinly Page de Indianápolis, este librito fácil de leer ("Hypertensión"; Charles S. Thomas, Springfield, Ill.; \$ 1.50) está calculado como para calmar al más amedrentado paciente.

Nadie sabe exactamente la causa de la alta tensión sanguínea; no es, como muchos lo suponen, únicamente efecto de la edad, del exceso de carne roja, sal, bebidas o fumado. Alrededor de 40 por ciento de los hipertensos parecen heredar una tendencia a ella; aún los niños algunas veces la padecen. El doctor Page acusa a un sistema nervioso excitable de buen número de casos (demostrado por el hecho de que la cólera o el miedo hacen saltar la presión), y sospecha que otra causa de la enfermedad es la substancia llamada angiotonina, liberada por los riñones cuando su aporte sanguíneo se encuentra afectado. La alta tensión sanguínea, continúa el Dr. Page, no es necesariamente alarmante: algunas personas con presión superior a la línea de peligro de 140 viven hasta una edad madura, porque sus vasos y corazones son lo suficientemente resistentes. La hipertensión es únicamente peligrosa cuando produce esclerosis en las arterias o arteriolas. Eventualmente puede resultar el cierre de algunos vasos sanguíneos, supresión del aporte de sangre, sobrecargada del corazón, conducir a la apoplejía o a la trombosis coronaria.

Los primeros síntomas de la enfermedad podrán ser cefálicas, mareos, vacío en la cabeza, entorpecimiento excesivo. El doctor Page aconseja a la persona con estos síntomas, consultar un médico y guardar la calma. Ruborizarse es un signo "bueno más bien que malo" porque indica un tipo de hipertensión relativamente sin peligro. Señales en extremo peligrosas son una visión borrosa con puntos ciegos, y orina roja o turbia, indicadoras de hemorragias en los ojos o en los riñones.

---

Sobre el tan discutido asunto del tratamiento con drogas y cirugía, el Dr. Page tiene opiniones liberales. Cree que a menudo ayuda dar el tiocianato de potasio (que reduce la tensión y detiene las céfaleas hipertensivas), remover un riñón enfermo (estando seguro de cuál es) o seccionar los nervios que conectan los vasos sanguíneos abdominales con el sistema nervioso. El Dr. Page modestamente rechaza como experimento no probado hasta ahora su propio descubrimiento —un extracto inyectable de riñón para contrarrestar la angiotonina— aunque ha producido algunas curas notables.

Debiendo la mayoría de los hipertensos aprender a vivir con alta tensión sanguínea el resto de sus días, el doctor Page los urge a no asumir más que están condenados. Sus reglas "no demasiado opresivas" para los hipertensos:

—Ejercicio moderado; nunca llegar a cansarse; nunca subir corriendo escaleras.

—Descanso dos veces al día; siesta en cada oportunidad; dejar el trabajo a las 3 y 30 o 4; tomar frecuentes pero no largas vacaciones.

—Hacer cuatro o cinco comidas ligeras por día en vez de tres grandes (\*); mantener el peso bajo; evitar los purgantes.

—El fumado (dos puros o diez cigarrillos), el café (dos tazas y media) y la bebida moderada están bien en la mayoría de los casos. Sobre la bebida: "La reacción propia de los hipertensos es un sentimiento de calor, tanto en su piel como para sus semejantes."

—La relación sexual normal es "en su conjunto benéfica", pero "un estado crónico de leve excitación sexual ... es particularmente indeseable para el hipertenso."

—Evitar las discusiones, las preocupaciones, el agua salada, los baños turcos.

—"Muchos hipertensos ... no han aprendido a aceptar y a gozar de las buenas cosas de la vida sin sentimientos de duda y de culpabilidad. La meta del hipertenso (debe ser) una vida de cultivada serenidad."

---

(\*) No seguir regímenes de hambre como lo vemos a menudo prescrito (Nota del traductor).