

Año XII



NUMERO 133

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. ANTONIO FACIO U.
Presidente de la Facultad de Medicina

DR. A. PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital San Juan de Dios

Sumario:

	Pág.
I.--Discurso pronunciado por el Dr. Solón Núñez al colocar el busto de Pasteur en la explanada del edificio de Salubridad Pública	407
II.--Estudio sobre un caso de Hemocromatosis Atípica, por los Dres. Andrés Vesalio Guzmán y José Miguel Jiménez	411
III.--Tratamiento Médico de la Úlcera Gastro-duodenal simple, por el Dr. Arturo Blanco S.	415
IV.--ACTUALIDADES, la Dirección.	
a) Reacciones Sincopales en los donadores de sangre. Una investigación de 222 casos	425
b) La importancia de la encefalografía con aire en la investigación de la epilepsia de aparición tardía	427
c) Sensibilidad e histeria	429
d) Amnesia en estados alterados de la conciencia	430

SAN JOSE, COSTA RICA

MAYO 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

TOMO VI

San José, Costa Rica, Mayo de 1945
No. 133

AÑO XII

Discurso pronunciado por el Doctor Solón Núñez

al colocar el busto de Pasteur en la explanada del edificio de Salubridad, con motivo de la visita del Prof. Vallery Radot

En una mañana llena de sol, del mes de Diciembre de 1922, siendo Presidente de la República el ilustre ciudadano don Julio Acosta, cúpome el privilegio de inaugurar este bronce como acto de admiración y gratitud a la Francia inmortal; como acto de admiración y reconocimiento al más sabio de los hombres de todos los tiempos y como lección permanente a las juventudes de estudio, de fé y de honestidad.

Casi un cuarto de siglo después, al pie de la efigie del abuelo inmortal, cábeme el privilegio de saludar al nieto ilustre, profesor Pasteur Vallery Radot, Embajador de Francia ante la latinidad de América, a su cultísima señora y demás destacadas personalidades que integran la Misión Extraordinaria que honra hoy nuestro suelo.

El doctor Vallery Radot es Miembro de la Academia Francesa; Miembro de la Academia de Medicina de París y Presidente del Consejo del Instituto Pasteur. La sola enumeración de estas credenciales es la más brillante biografía que de él pueda hacerse.

Falta esta tarde entre nosotros, abreviada su existencia por el cuadro horripilante de la Francia invadida; por la ensañada persecución de sus hombres de ciencia; por la muerte cruel de su maestro el profesor Caullery, el doctor Clodomiro Picado, alumno del Instituto Pasteur que tanto supo honrar su Escuela y que tanto prestigio científico dió a nuestra patria.

Fué a los últimos reflejos de la primera gran guerra que Costa Rica subrayó su devoción a Francia, celebrando el centenario del nacimiento del más grande de sus hijos, y es a los últimos reflejos

de esta Segunda Gran Guerra, que coinciden con la bodas de oro de Pasteur con la inmortalidad, guerra de la cual Francia saldrá rejuvenecida con conciencia clara de sus errores de ayer, pero con clara conciencia de la responsabilidad en sus propios destinos y en los destinos del mundo, que nuestro gobierno ha decidido — como un homenaje al doctor Vallery Radot, médico, investigador y literato todo en alto grado — plantar el busto de Pasteur en la portada de la organización del Estado cuya finalidad es proteger la vida de la nación.

Pasteur no es solamente el ciudadano del mundo que más dolores haya evitado a la humanidad; no es solamente el ciudadano del mundo que mayor número de vidas ha rescatado y continúa rescatando, sino que es hermoso ejemplo de desprendimiento personal; de continuidad en el esfuerzo; de culto a la verdad y de admisión a lo bello. "Felíz, decía el hombre que lleva dentro de su pecho un Dios, un ideal de ciencia, un ideal de las virtudes del Evangelio."

Ante el tosco realismo de los días que corren; ante el triunfo del hombre práctico, la generosidad y el desprendimiento de Pasteur y su alma sensible a los dolores de la humanidad es lluvia que refresca y fecundiza. No es de una delicadeza infinita y de una profunda filosofía, su frase, al parecer ingenua cuando de joven, quebrantada su salud en Arbois, añorando el hogar, musitaba: "Si al menos pudiera apreciar el olor de la tenería, me sentiría mejor." La obra admirable de Pasteur revela su genio pero es preciso vivir en su intimidad para conocer la nobleza de su corazón, decía Roux, su Juan, su discípulo bien amado. Y es, jóvenes, que a la larga lo que más vale en el hombre es el corazón.

Dos sentimientos dominan el alma de Pasteur: pasión por la patria y pasión por la humanidad. La ciencia no tiene nacionalidad, pero el hombre de ciencia sí la tiene, solía repetir para enaltecer cada vez más la suya; devuelve indignado a Alemania en 1870, con ocasión del sitio de París, los títulos y condecoraciones por su responsabilidad en la destrucción de dos grandes pueblos. Cabe preguntar cuál habría sido su actitud ante la destrucción de la humanidad por el mismo pueblo que tan dura y justamente increpara.

Sus palabras al inaugurarse el Instituto Pasteur en 1886 tienen de execración, de profecía y de fé; parecen haber sido dichas

en medio de la tragedia que envuelve hoy al mundo: "Dos leyes opuestas, decía, disputan la orientación de la humanidad: una de sangre y muerte, creando cada día nuevos modos de destrucción que fuerzan a las naciones a estar siempre listas para la batalla. La otra es la ley de la paz, trabajo y salud cuyo único ideal es librar al hombre de las calamidades que lo asedian. La una busca violentas conquistas; la otra la dicha del hombre. La una coloca la vida de un solo individuo por encima de todas las victorias; la otra sacrifica miles y miles de vidas a la ambición de un solo individuo; y se preguntaba: Cuál de estas dos leyes prevalecerá?"

Si Pasteur aún viviera tendría fe en el triunfo de la segunda ley en la estructuración del porvenir; tendría, en un mundo mejor, aquella fe que jamás lo abandonó en los momentos más difíciles de su carrera científica y que estuvieron a punto de ensombrecer su gloria. Tendría como De Gaulle, en los momentos de mayor angustia, la misma fe inquebrantable en los destinos de Francia. "El movimiento de De Gaulle representa una fuerza mística, al mismo tiempo que realista. Esa gran fuerza del General De Gaulle y de sus primeros compañeros, está en no haber admitido jamás la derrota de Francia y De Gaulle ha hablado siempre como si tuviera detrás de él la Francia de 1934". Cuando al cabo de siglo y medio Washington devuelve la visita a Lafayette encuentra un pueblo dispuesto de todo corazón a luchar y a vencer. En efecto, la agresividad y la violencia que ayer parecían prontas a estrangular al mundo pierden fuerza y el derecho y la justicia no tardarán en dominarlas por los siglos de los siglos. Si se ha derramado tanta sangre; si los mares están poblados de cadáveres; si falta tierra para cubrir tanta tumba; si hay lágrimas y hay dolor y miseria en el mundo entero, ello no debe, no puede ser en vano. Que tanto sacrificio signifique la aurora de una vida de paz permanente, cuyo lema sea: libertad y justicia, salud y pan para todos los ciudadanos de la tierra. Si así no fuera, que la inscripción del Dante a la puerta del Infierno cobije al Universo entero.

Decid, señor Embajador, al regreso a vuestra patria, que allá en la cintura de América, bajo el más puro de los cielos, bañadas incesantemente sus playas por los dos océanos, surcado su suelo por abundantes aguas y ornado su conjunto por montañas de verdor perenne, vive la nación más pequeña del Continente: Costa Rica. Pero decidle también que ella estenta orgullosa los mismos colo-

res de vuestra bandera; que ha bebido a grandes sorbos vuestra cultura; que incorporó en buena hora los principios fundamentales de la Revolución Francesa, y es fiel a esos principios; que se santigua con vuestros sabios, vuestros poetas y vuestros héroes; que lloró ayer de dolor ante su caída efímera, y llora hoy de placer ante su resurrección.

Decidle que ella sabe que Francia no puede sucumbir, ya que Dios le asignó la misión augusta de alumbrar al mundo.

Estudio sobre un caso de Hemocromatosis Atípica

*Por los Drs. Andrés Vesalis Guzmán
y José Miguel Jiménez.
del Hospital de Cartago*

Un hombre de 54 años, fornido y aparentemente gozando de salud, nos consulta a propósito de una pigmentación de la piel que comenzó a aparecer tres meses antes y que aumentaba constantemente.

Nuestro paciente es un fontanero. Su salud ha sido siempre buena y su estado actual es perfecto. Trabaja diariamente en las ocupaciones de su oficio.

Examen

Notamos una hiperpigmentación de la piel de la frente, la cara y el cuello; en el aspecto anterior de los antebrazos y el aspecto interno de los muslos. Las manchas son difusas, pero hay algunas aisladas; su color es bronceado con una tendencia al gris azulado. La piel no muestra otra particularidad patológica. Las mucosas tienen color normal.

El examen físico revela que hay una hepatomegalia; el borde inferior del hígado está a cuatro dedos por debajo del reborde costal; el hígado es liso y parece duro. Hay esplenomegalia. No hay ascitis ni circulación venosa colateral. La próstata está hipertrofiada. Los órganos sexuales externos son normales. Las heces tienen color normal. La presión arterial: 110/70.

Pensamos inmediatamente en las enfermedades pigmentarias tales como la hemocromatosis; la enfermedad bronceada de Addison; la enfermedad de Vaquez-Osler; el argirismo; la cirrosis hipertrofica biliar de Hanot; la ictericia hemolítica crónica adquirida; la ocrenosis y cloasma. Y por qué no la sífilis!

Siendo la hiperpigmentación bronceada y la hepatomegalia los dos grandes síntomas de nuestro paciente, dirigimos el diagnóstico

hacia la hemocromatosis, para ser confirmado por el laboratorio. Clínicamente eliminamos, aunque con temor, la enfermedad de Addison, por falta de astenia; el argirismo, por falta de antecedentes; la ocronosis, por falta de predilección pigmentaria en las regiones cartilagosas.

Los análisis de la sangre nos dan los siguientes resultados: Wassermann: negativo; eritrocitos: 4032000; hemoglobina 80%; úrea total: 0.20 Gm. por 1000; úrea nitrógeno 0.09/1000; glucosa; 0.85/1000; fragilidad globular: hemolisis inicial: 4.46; hemolisis total: 0.38. En la orina: no hay pigmentos biliares ni glucosa; cloruros normales. Biopsia de la piel: reacción de azul de Prusia: positiva (presencia de hemosiderina).

Establecemos un diagnóstico definitivo de hemocromatosis basado en los dos síntomas principales de nuestro paciente: hiperpigmentación de la piel y cirrosis hepática; diagnóstico que confirmamos, por eliminación también, con los resultados del laboratorio. Bien se nos podrá criticar que lo hagamos en ausencia de uno de los factores de la tríada clásica, la diabetes azucarada (tríada: hiperpigmentación, cirrosis hepática y diabetes). Mas es sabido ya que la vieja "diabetes bronceada" de los franceses, sinónimo de hemocromatosis, no siempre se acompaña de diabetes. (Cecil: A Textbook of Medicine, VI ed., 1941, pág. 632), (Cain: Texas State Jour. of Med., 36:343-400; set., 1940). La presencia de pigmento ferruginoso en la piel confirma la hemocromatosis. La esplenomegalia, en ausencia de pigmentos biliares en la orina y la sangre, niega la cirrosis hipertófica biliar de Hanot. La enfermedad bronceada de Addison se acompaña de una astenia marcada (que puede ser también un síntoma de hemocromatosis, pero que no existe en nuestro paciente), y carece de hepatomegalia; los signos biológicos sanguíneos son característicos.

Resumen y comentarios

Hemos hecho un diagnóstico de hemocromatosis con dos signos clínicos: hiperpigmentación bronceada de la piel y cirrosis hepática hipertófica. La ausencia de diabetes azucarada, no nos ha hecho variar el diagnóstico. Creemos, por lo tanto, que es la cirrosis hepática hipertófica el signo capital clínico, pues nuestro paciente lo padece y la literatura universal lo menciona siempre

en la hemocromatosis, aunque otros síntomas clásicos no existan (Christian, en Osler: *The Principles and Practice of Medicine*, por Henry A. Christian, XIV ed., pág. 612., 1942) y (García Carrillo, E., *Rev. Médica de Costa Rica.*, 5:411-412., marzo de 1943). Willis (*Med. Jour. of Australia, Sydney*, 2:2661-668., dic. 13., 1941); advierte que la hemocromatosis avanzada es un estado precanceroso del hígado y que el carcinoma de este órgano, es muy frecuente en la hemocromatosis.

Christian (en Osler, citado), divide la hemocromatosis en dos grupos o formas clínicas principales: el grupo mayor, con diabetes azucarada; y el menor, sin diabetes. Cuando la diabetes existe, es grave y origina una acidosis marcada.

En cuanto concierne a la etiología y patogenia de esta afección, no hay nada claro. La posibilidad de un factor tóxico, como el cobre, ha sido lanzada por Mallory (*Am. Jour. of Pathology* 1925., 1,117. *Trans. Assn. Am. Physicians*, 1935, 50,12. Mallory and Parker: *Am. Jour. of Path.*, 1931, 7. 351). El cobre, según él produce hemolisis y luego sirve de portador del hierro liberado hacia el hígado, donde el hierro se acumula. Otros atribuyen la hemocromatosis a un defecto congénito en el metabolismo ferruginoso. Marcel Labbé (*Précis de Pathologie médicale.*, tomo VI., pp 727-728., 1927), explica la patogenia, primero como un proceso tóxico de origen desconocido, que produce hemolisis y esclerosis y que origina, de un lado, una ictericia hemolítica seguida de hemosiderosis; y de otro lado, una cirrosis hepato-pancreática; estas lesiones, según él, se manifiestan en clínica por una pigmentación cutánea y cutáneo-mucosa y por diabetes. Algunos autores, como Cecil (citado, pág. 631) atribuyen a la disfunción del sistema endocrino, el origen y patogenia de la hemocromatosis. De las glándulas de secreción interna es posible que las responsables sean, la suprarrenal y las glándulas sexuales.

Finalmente y de lo que hemos expuesto, se verá que la hemocromatosis es una condición que no siempre se presenta como un síndrome típico y clásico. Las hemocromatosis atípicas son muy frecuentes (Cantarow and Bucher: *Arch. of Int. Med. Chicago.*, 67:241-472., feb. 1941). Los errores de diagnóstico y la confusión con otras enfermedades son también frecuentes; el diagnóstico diferencial viene aquí a ser, como siempre, el sine qua non de la clínica.

Hemos sometido nuestro paciente a un tratamiento dietético que evite al hígado y al páncreas una sobrecarga innecesaria. Le administramos actualmente y por vía de ensayo, hormona sexual masculina y extracto córtico suprarrenal y hasta tanto la investigación que hoy día se realiza no nos aporte una nueva terapia para esta enfermedad, no podremos menos que esperar los resultados de nuestro tratamiento.

Tratamiento Médico de la Úlcera Gastro Duodenal Simple *

Por el Dr. Arturo Blanco S.

En la exposición que sigue me refiero únicamente al tratamiento médico de la úlcera gastro duodenal simple o enfermedad de Cruveilhier. No abordamos el tratamiento de las complicaciones, que como la perforación, la estenosis, las perivisceritis, las cancerizaciones y las hemorragias necesitan de la estrecha cooperación médico-quirúrgica y forman otros capítulos aparte que no entraremos a considerar.

Cabe reconocer también la existencia de otras úlceras de origen sifilítico, tuberculoso, en el curso de otros procesos infecciosos, y traumáticas pero que no entran en nuestro trabajo que solo considera el tratamiento de la úlcera gastro intestinal simple o úlcera de Cruveilhier.

El aspecto quirúrgico de la úlcera simple será capítulo considerado por nuestros competentes colegas Doctores Valverde y Aguilar pero es oportuno recordar ante todo tratamiento de un ulceroso, que es en la cooperación estrecha y leal médico-quirúrgica que estriba el éxito de la cura: Así como no existe "úlcera" sino "ulcerosos", de idéntica manera no existe "tratamiento" sino "tratamientos", máxime en una afección cuyas aún nubladas teorías patogénicas son la base de los múltiples tratamientos que han sido aplicados.

Y ahora pasemos a la exposición propiamente dicha de los tratamientos médicos:

Desconociéndose el agente etiológico de la úlcera gastro-duodenal, se han formulado una serie de teorías patogénicas que han servido de base para la variedad de tratamientos aplicados a su curación.

La patogenia química, atribuyendo a la hipersecreción e hi-

* Relación presentada al Congreso Médico. (Tema Fijo) Octubre 1944.

perclorhidria la formación de la úlcera: los tratamientos antiácidos tienden a neutralizar, fijar y controlar el exceso de secreción y acidez que frecuentemente se encuentra en la úlcera gastro-duodenal.

La patogenia nerviosa atribuye la formación de la úlcera al desequilibrio vago-simpático de que sufren estos enfermos: los tratamientos en el terreno neurógeno de la hipersensibilidad refleja que presentan los que padecen de úlcera, están inspirados en esta patogenia. La hiperomotilidad gástrica, el espasmo y la hipersecreción están determinados por el reflejo cuya vía de conducción es el Xº nervio craneano.

La teoría traumática atribuye a la irritación local producida por los alimentos y el proceso digestivo, el mecanismo de formación de la úlcera: los tratamientos de apósito local y las dietas combaten ese elemento.

El estudio anatómico ha servido para formular *la patogenia infecciosa*, ya que se encuentra un proceso inflamatorio con sus correspondientes agentes bacterianos en la mucosa gastro-duodenal afectada de úlcera: los tratamientos a base de vacunas, la protino-terapia y el tratamiento de las infecciones focales que puedan existir en otros órganos del cuerpo, tienen por fundamento esta patogenia.

La teoría endocrina ve en un disturbio de la paratiróides que rige el metabolismo cálcico, la formación de la úlcera. Otros atribuyen a la deficiencia de las glándulas encargadas de la formación de la insulina, el proceso patológico gastro-duodenal: las terapéuticas a base de paratiróides, insulina y calcio, tienen este fundamento.

De lo anteriormente expuesto se puede llegar a afirmar que pocas enfermedades tienen tantos tratamientos como la úlcera gastro-duodenal. Ahora bien, como la úlcera evoluciona por períodos de crisis más o menos largos, según el caso, con remisiones espontánea de duración también variable, fácil es la ilusión sobre el efecto beneficioso de tal o cual tratamiento en la curación. Por eso conviene al formarse un criterio de curación de la úlcera, tener presente las características clínicas de su evolución, y si se quiere fundamentar la cura en un criterio radiológico o gastroscópico tener presente algunas otras consideraciones: sabido es que la úlcera reciente presenta además de la úlcera anatómica propiamente dicha un edema de los bordes y de los pliegues con sus consiguientes

espasmos que generalmente convergen a su alrededor condicionan de así el "nicho radiológico" tan distinto del anatómico. Durante el período de latencia, desaparece el espasmo, el edema y queda el nicho anatómico que es superficial en las úlceras recientes, pudiendo así desaparecer radiologicamente, lo que hace pensar en la curación, con la consiguiente "ilusión terapéutica" pero con la desilusión cuando la crisis vuelve.

Hablamos de mejoría cuando los síntomas se vuelven menos agudos, cuando las crisis duran menos, cuando los períodos de calma se hacen más largos. Para hablar de curación debemos esperar a que los signos clínicos, radiológicos y gastroscópicos permanezcan ausentes durante varios años.

El tratamiento clásico de la úlcera gastro-duodenal combate los diferentes síntomas presentes en el cuadro ulceroso y atiende también a las diferentes patogenias que concurren a su formación. Comprende este tratamiento:

- 1° El reposo.
- 2° El tratamiento antiespasmódico.
- 3° Tratamiento del factor acidez: Antiácidos y apósitos locales que protegen la mucosa contra el efecto corrosivo del ácido.
- 4° Las dietas.

El reposo: muchos autores lo consideran fundamental y la práctica así lo confirma.

El reposo físico, el reposo moral y el reposo mental son los indicados. Conocidas son las consecuencias desastrosas que tienen para el ulceroso las múltiples actividades diarias que son el origen de preocupaciones dando motivo a la excitación nerviosa. Todas ellas producen la contracción de la musculatura del estómago por acto reflejo, aumentan el espasmo, mantienen un estado de hipersecreción en la mucosa gástrica. El reposo hace desaparecer la tensión nerviosa, afloja la contracción muscular gástrica, mejorja los síntomas hace pasar mejores noches.

Debe mantenerse un reposo absoluto en la crisis aguda y a este respecto conviene recordar que a veces se hace necesario la hospitalización a fin de obtener un mejor control médico. Ciertos tratamientos solo se pueden aplicar a base de hospitalización. Su

duración es variable de acuerdo con el caso, término medio, tres o cuatro semanas.

La cura a domicilio puede aconsejarse en ciertos casos. En nuestro medio es lo corriente. Es necesario también en este caso mantener al paciente en condiciones adecuadas de reposo, de control dietético y médico.

La cura ambulante solo debe aplicarse en casos muy leves y en el curso ulterior del tratamiento después de la hospitalización o la cura a domicilio. De una manera general puede decirse que la úlcera complicada sí exige la hospitalización.

Es conveniente aconsejar al "ulceroso" que en su vida mantenga la buena costumbre de hacer descansos periódicos. Así como al diabético, al tuberculoso, se les aconseja seguir un régimen propio, al que padece de úlceras se le debe aconsejar seguir las reglas higieno-dietéticas que se aplican al ulceroso.

El tratamiento Antiespasmódico: tiene por objeto luchar contra el elemento nervioso siempre presente en el ulceroso. El enfermo generalmente es hiper-reflejo e hipersensitivo (factor neurógeno). Las consecuencias son: hiper-motilidad gástrica, hipersecreción, aumento de los síntomas dolor, vómito, llenuras, molestias gástricas en general. Es controlando el Xº nervio craneano cuyo centro nervioso gobierna la motilidad y las secreciones gástricas, que se obtienen los mejores resultados. Se puede agregar el tratamiento sedante general del sistema nervioso y se obtiene también un efecto antiespasmódico reforzado.

Medicamentos: la belladona, en sus diferentes formas o la atropina que es su principio activo, forman los medicamentos antiespasmódicos de uso clásico. Otros antiespasmódicos, la papaverina, opiáceos en general, beleño, luminal, bromuros, etc. Conviene recordar que el reposo cuya importancia ya hicimos referencia, es el mejor sedante.

Los antiespasmódicos y sedantes del sistema nervioso deben ser prescritos al paciente no solamente durante su crisis sino también periódicamente en su vida.

Tratamiento antiácido protector de la Mucosa Gastro-Duodenal: obedece al hecho de que la mayoría de las úlceras presentan un aumento del ácido clorhídrico y de la secreción gástrica. Esto es causa de irritación de la mucosa ulcerada. Además los hechos clí-

nicos constatan que su neutralización hace desaparecer en la úlcera, muchos de sus síntomas. De ahí la terapéutica de protección de la mucosa gástrica neutralizando la hiperacidez y absorbiendo la hipersecreción.

Los medicamentos antiácidos son: unos absorbidos por el organismo, tipo bicarbonato de soda. Estos antiácidos tienen un efecto de neutralización pasajera y por eso deben darse a dosis repetidas durante el día. Tienen el inconveniente de producir secundariamente un aumento del ácido clorhídrico y pueden además producir un desequilibrio en la sangre del complejo ácido-básico.

Los alcalino-terrosos son de acción menos enérgica, tienen la ventaja de no producir acción secundaria de aumento del ácido; son el carbonato de calcio, sales de magnesio: carbonatos y óxidos.

Los antiácidos que actualmente se usan de preferencia son los que actúan neutralizando el ácido pero que además tienen un efecto protector local de la mucosa. Tal es el bismuto: subnitrito, carbonato y salicilato. El subnitrito es el más usado: reúne condiciones varias que lo hacen recomendable: tóxico, protege la mucosa, neutraliza, absorbe la hipersecreción, antiséptico y aun hasta se le adjudica la propiedad de evitar la producción de mucina. Los franceses lo usan a altas dosis.

Otras sustancias usadas: el caolín, algunos enfermos lo reciben mejor que el bismuto, el hidróxido de aluminio, el trisilicato de magnesia.

En general se acostumbra usar la fórmula combinada de todos estos medicamentos.

Las dietas en el Ulceroso: en realidad este es un problema individual, cada ulceroso tiene su propia dieta. Hay úlceras que no toleran nada en período de crisis, otras tienen un margen de tolerancia que les permite ser tratadas con dietas poco rigurosas.

"Los principios dietéticos" para el ulceroso que deben ser mencionados son: alimentos de fácil digestión que no traumatizan la mucosa, que no produzcan una excitación de la secreción gástrica, que tengan más bien una acción neutralizante, aquellos alimentos que por su naturaleza y preparación no causan irritación química, mecánica ni térmica.

La dieta no significa "cura específica" de la úlcera: solamente que los alimentos determinen la naturaleza y grado de trabajo impuesto al órgano digestivo es necesaria la selección. Una buena dieta

para el ulceroso es aquella que responde a sus necesidades individuales, que no determina pérdida de peso y que influye favorablemente en la desaparición de los síntomas mórbidos.

Se prefiere las repetidas tomas de alimentos, en pequeñas cantidades; esto tiene un efecto neutralizante más efectivo sobre la hiperacidez y hipersecreción. Durante la crisis, fuera de los casos de úlcera complicada, conviene aumentar progresivamente las diferentes clases y cantidades de alimento que se dá al paciente conforme se acentúa la mejoría. Ciertos casos de intolerancia imponen la dieta hídrica aunque no es aconsejable más que en contados casos y no mantenerse más de 24 horas. Se prefiere para comenzar, la dieta a base de leche y natilla. La leche no solamente no irrita sino que es fijador del ácido por su calcio; por su grasa tiene un efecto estimulante de la secreción pancreática y del reflejo de Boldyreff (reflejo duodenal que neutraliza la hiperacidez y paralisa la secreción gástrica).

Cuando ya la tolerancia del paciente lo permite se agregan los carbohidratos a la leche: avena, arroz, cebada semolina y tapioca. La leche se acostumbra dar en dosis repetidas durante el día, sea sola o adicionada de solución alcalina o bien combinada en la preparación de otros platos. Las legumbres en forma de caldos, papas, gelatina con frutas. Los alimentos deben ser preparados finalmente de manera de obtener una "dieta suave". Los huevos son dados especialmente las claras. La mantequilla fresca. Este régimen tiene una influencia en la sedación de los dolores y permite la readaptación al trabajo. Cuando ya la crisis está terminada se agrega pan tostado, pescado fresco, jamón sin mucha grasa, legumbres cocidas. El agua en mínima cantidad. En general poca sal. La preparación de los platos debe estar exenta de condimentos aromáticos, nada de licor, ni cerveza, ni tabaco, evitar además en el régimen habitual del ulceroso, las legumbres crudas, las carnes en conserva, las frutas ácidas, el pan preferible tostado.

Existe una serie de dietas que llevan los nombres de sus autores. La mayoría son estrictas, más bien recomendables para casos especiales de gran intolerancia digestiva. Conviene citarlas porque algunas de ellas son bastante sugestivas. En América una de las más usadas es la *Suppys*: consiste en dar tres onzas de leche y tres de crema cada 2 horas para obtener una neutralización continua. Se alterna cada toma con un paquete de las fórmulas siguientes:

de bicarbonato y de creta 0.60 gms. de cada uno alternando con carbonato de calcio y óxido de magnesia 0.60 gms. de cada uno. En casos de diarrea se substituye el óxido de magnesia por el bismuto o el caolín. Es preferible aplicarlo en medio hospitalario. Si el paciente responde favorablemente, puede aumentarse gradualmente agregando al cuarto o quinto día, sopas de vegetales, pan tostado y cereales bien cocidos. El tratamiento antiespasmódico se aplica simultáneamente en esta dieta.

Método de Winckelsteins intubación intragástrica para obtener por el gota a gota continuo una neutralización permanente del exceso de acidez y secreción gástrica. El agente: leche con soda hasta tres litros por día. Medicación antiespasmódica y comidas suaves se hacen también pasar por la sonda.

El método de Einhorn que hace llegar la sonda del mismo nombre hasta el yeyuno para pasar por ella la alimentación neutralizante líquida. Se pone así en reposo el estómago. Se ha puesto como reparo al método el que produce espasmos y reflejos vagales que son dolorosos.

El régimen de Lenhartz: a base de albuminóideos, leche y huevo desde el comienzo, al sexto día agrega carne a cantidades progresivas.

El régimen de Coleman: tiene por fin paralizar la secreción gástrica dando grasas, basándose en el principio de que las grasas excitan la secreción pancreática y el reflejo de Boldyreff que como ya dijimos son factores que inhiben la secreción gástrica. Este autor aconseja en los tres primeros días mantener la dieta hidrica y las lavativas de suero glucosado, luego las grasas: mantequilla, aceite de olivas, natilla, huevos.

El régimen de Jarotsky: tiene como principio evitar la mezcla de grasas y albumóideas, pues según Pavlov, esta combinación aumenta la secreción gástrica. Se prefiere la combinación de grasas y azúcar que tienen un efecto inhibitor de la secreción. Las claras de huevo y la mantequilla que preconiza durante la fase aguda, recomienda darlas por separado. Se aumenta progresivamente la cantidad de estos alimentos, comenzando por una clara en la mañana y una cucharada de mantequilla en la tarde, con aumento de una clara y 20 gramos de mantequilla diarios. Al décimo día, sopas de legumbres, cereales y carbohidratos en general.

Tratamientos llamados "biológicos"

Inspirándose en las causas que intervienen en la patogenia de la úlcera gastro-duodenal, varios especialistas han aplicado una serie de tratamientos, que del campo experimental han llevado al campo de la clínica.

El tratamiento por la "mucina gástrica" es uno de ellos: al mucus gástrico se le atribuye una función protectora de la mucosa, del frote mecánico de las partículas digestivas y de la acción péptica de la combinación ácido-pepsina. Además tiene una acción aglutinante de los materiales microbianos. Se prepara haciendo actuar sobre la mucosa gástrica del cerdo una solución diluida de ácido clorhídrico con adición de igual volumen de alcohol. Se usa una onza de mucina tres veces por día con las comidas o tablas de mucina de media en media hora.

Tratamiento por los ácidos aminados: histidina y triptofano.

Por los trabajos experimentales de la Escuela de Estrasburgo, Aron y Weiss obtienen una gastritis ulcerosa en el perro al derivar los jugos duodenales hacia el ilio. Estas úlceras no se forman si se inyecta una solución de histidina. Concluyen los autores que el metabolismo proteico ha sido alterado a causa de la derivación, pues los jugos duodenales no contribuyen en el perro operado a la desintegración total de las proteínas, las que quedan en estado de polipéptidos. De ahí la carencia de ácidos aminados que condicionan la formación de la úlcera.

En la práctica clínica se usan las soluciones de histidina al 4% inyección intramuscular o intravenosa diariamente en series hasta de treinta, reposo veinte días y luego otra serie. Se le atribuye especialmente un efecto sedante en las afecciones del tubo digestivo en general. En la úlcera se han citado sus efectos sobre el dolor, vómitos y modificaciones de las imágenes radiológicas.

Proteinoterapia: inyectar proteínas de origen animal, bacteriano o vegetal para producir una reacción focal que acelera la cicatrización de la úlcera. Se les atribuye también un rol de modificadores del tonus vago-simpático.

Se ha usado: la leche inyectada, la vaccineurina (que proviene de estafilococos y del bacilo prodigeus), la novoprotina (que es una proteína vegetal).

Las inyecciones de solución de pepsina al 10% son también

proteinoterapia. Se inyecta 1 c. c. primero, luego 2 c. c. cada tres días. Se le atribuye un efecto antiespasmódico: sobre el vómito y el dolor.

Tratamiento con paratiroides: se basa en la hipótesis de un disturbio del metabolismo del calcio, que la paratiroides regula. Moutier, en Francia, hizo un estudio clínico de una serie de úlceras tratadas de esta manera y señala mejoría sobre el síntoma dolor especialmente.

Insulinoterapia: no se explica claramente su acción en el tratamiento ya que se conoce el efecto vago-tónico de la insulina. Ejerce más bien una acción sobre el estado general que mejora notablemente.

La radioterapia: se ha aplicado en la úlcera con magníficos efectos sobre el síntoma dolor y sobre los espasmos del píloro. Se le atribuye una acción sobre la secreción gástrica: disminuye la secreción. En las secuelas de gastroenterostomía, cuando a pesar de que funciona bien la boca de anastomosis y el enfermo continúa sufriendo, está indicada.

La vitamina C: se acostumbra asociar a los otros tratamientos de la úlcera. Jean Charles Roux de la Escuela de París, ha hecho dosage del ácido ascórbico en una serie de enfermos ulcerosos encontrando siempre baja la cantidad de vitamina en la sangre. Este mismo autor señala un efecto antifeccioso y de cicatrización que tiene la vitamina C en los casos de úlcera, además por el efecto de protección que tiene sobre los capilares sanguíneos se ha preconizado el uso de la vitamina C en los casos de úlcera a tendencia hemorrágica.

El Benzato de Soda, en solución al 20% en inyección intravenosa 2 cc. diarios, ha dado buenos resultados en el tratamiento sintomático de la úlcera.

Extractos de mucosa gástrica y duodenal: los autores japoneses citan resultados de curación de úlceras con este método. Lo usan inyectado y puede considerarse como una proteinoterapia de acción específica local.

Extractos de páncrea; asinulmizados: (Angioxil) favorece la circulación local de la úlcera.

Conclusiones

De lo expuesto en este estudio llegamos a algunas conclusiones.

- 1.— No existe tratamiento etiológico específico de la úlcera gastro-duodenal.
- 2.— La úlcera gástrica y duodenal pueden curar con un tratamiento médico bien conducido.
- 3.— El tratamiento médico clásico: antiespasmódico, antiácido y dieto-higiénico, aplicados simultáneamente es el que mejores resultados da.
- 4.— El buen éxito del tratamiento médico depende de la precocidad con que se haga el diagnóstico de úlcera y su inmediato tratamiento.
- 5.— El criterio de curación de una úlcera debe establecerse con prudencia, después de varios años de observación a través de los hechos clínicos, radiológicos y gastroscópicos.
- 6.— Debemos distinguir úlcera, de receno ulceroso: la primera puede curar, pero la segunda predispone a la recidiva o a la formación de nuevas úlceras.
- 7.— La úlcera duodenal puede complicarse con: hemorragias, perforaciones, estenosis, procesos periviscerales. La gástrica puede dar: hemorragias, perforaciones, estenosis, procesos periviscerales y transformación maligna.
- 8.— Es en la mutua cooperación del paciente, del médico y del cirujano que deben esperarse los mejores resultados en el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal simple o complicada.

Actualidades

Reacciones Sincopales en los Donadores de sangre.

Una investigación de 222 casos

G. E. O. Williams, Brit. Med. J., p. 783-786. junio 1942

Las colectas de sangre en gran escala llevadas a cabo por los Servicios Británicos de Transfusión han llamado la atención sobre la incidencia de síncope como reacción en los donadores de sangre, con especial referencia a la posibilidad de establecer una correlación entre dichas reacciones y las peculiaridades constitucionales o circunstancias.

El presente autor, Médico Delegado Regional de Transfusión de Sangre, describe una investigación llevada a cabo con objeto de aclarar este problema. Durante el periodo sujeto a revisión, se sangró a 3241 donadores durante un periodo de 4 meses por un equipo de oficiales médicos experimentados.

Las reacciones de síncope se clasificaron, según su seriedad, en la siguiente forma:

- Grado I. Sensación de desmayo solamente, sin pérdida del conocimiento o efectos desagradables ulteriores.
- Grado II. Pérdida del conocimiento durante breve espacio de tiempo, pero sin efectos ulteriores alarmantes o prolongados.
- Grado III. Pérdida prolongada del conocimiento con o sin movimientos clónicos o efectos ulteriores prolongados y muy graves.

Cada donador de sangre que tuvo reacción de síncope llenó un cuestionario después de la toma de sangre. De este modo se obtuvieron los siguientes datos:

1. Nombre, edad y dirección del donador y fecha de la sangría.
2. Nombre del Hospital en el que tuvo lugar la toma de sangre.
3. Oficial Médico que practicó dicha toma.

4. Gravedad de la reacción y cualquier historia de reacciones similares en ocasiones previas.
5. Tendencia al desmayo en otras ocasiones.
6. Relación con la última comida.
7. Naturaleza de la profesión del donador.
8. Breve descripción del aspecto del donador.
9. Incidencia de menstruación.

De este modo se investigaron 222 casos de reacciones de síncope, incluyéndose asimismo como "controles" otros 428 donadores. Los análisis estadísticos de los resultados demostraron que:

1. La incidencia general de desmayos fué de 6.85% en un total de 3.241 donadores.
2. La incidencia de desmayos disminuyó con el aumento en la edad.
3. No hubo diferencia significativa en las cifras de desmayos de donadores masculinos o femeninos, que fueron 6.32% y 7.1% respectivamente.
4. Los donadores femeninos fueron más propensos al desmayo en la época de la menstruación que en otras épocas. La incidencia de desmayos en los dos grupos respectivos fué 9.7% y 5.96% respectivamente.
5. Un ambiente confortable redujo materialmente la incidencia de reacciones.
6. Los donadores altos y delegados fueron más propensos al desmayo que los de aspecto más robusto.
7. El desmayo no se redujo en modo alguno a donadores que acudieran por primera vez. Muchos donadores experimentaron su primer "desvanecimiento" a la cuarta o quinta donación.
8. Cuando acudieron juntos un grupo de donadores, y uno de ellos se desmayó, hubo gran tendencia por parte de muchos de los restantes a desmayarse también. Este género de desmayo "epidémico" necesitó el aislamiento de los donadores lo más posible.

Conclusiones.

La incidencia de desmayos en los donadores de sangre puede reducirse fijándose en los factores arriba mencionados, corrigiéndolas siempre que sea posible, y evitando la precipitación y las incomodidades, especialmente en los casos de donadores pertenecientes a los tipos físicos asociados con un índice de desmayos elevado.

Salvo en el desmayo "epidémico", no hay gran ventaja en aislar a los donadores entre sí, porque parecen ganar confianza cuando pueden ver como se toma la sangre de los demás.

No se consideró ningún tratamiento específico aparte de descanso, calor, reclinarse y convencerse de que nada malo puede suceder.

B. M. S.

La importancia de la encefalografía con aire en la investigación de la epilepsia de aparición tardía

J. Mc., Mennell & c. Worster - Drought, Brit. J. of Radiology, p. 286-288, Setiembre 1944

Se describen dos casos de epilepsia. Ninguno de ellos presentó signos físicos anormales pero su edad e historia fueron lo suficientemente desacostumbrados para aconsejar la encefalografía. En ambos casos reveló anomalías que sólo podían ser debidas a un tumor, que se halló más tarde, al hacer la intervención, que era inoperable. La descompresión y la radioterapia mejoraron el estado del enfermo y el pronóstico. La encefalografía se llevó a cabo por la vía lumbar.

Caso. 1. Hembra, 30 años. Diecinueve meses antes de ingresar en el hospital, hallándose embarazada de cuatro meses y medio, se asustó de una araña; salió corriendo de la habitación gritando y permaneció aterrorizada durante algunas horas. Al cabo de un mes comenzó a gritar y tuvo un ataque que fué seguido de aborto. Los ataques se produjeron a diario durante una semana. Transcurrieron luego 6 meses sin ataques y comenzó un nuevo embarazo y un día perdió el conocimiento en la calle y volvió a abortar. Los ataques recurrieron con frecuencia variable, a menudo en la época de

la menstruación. Iban precedidos de una sensación de ahogo, adormecimiento y contracciones del lado derecho de la boca, una sensación de frío y calor en el lado derecho de cabeza y cuello, y atfilerazos en el lado derecho del cuerpo. Antes de algunos ataques no podía hablar, pero no perdía el conocimiento. No existían signos físicos anormales: la radiografía de cráneo y la composición y presión del líquido céfalo-raquídeo eran normales, la reacción de Wasserman negativa. El electroencefalograma no mostró ninguna anomalía. La encefalografía con aire reveló un llenado normal del ventrículo lateral derecho, que estaba empujado hacia la derecha. Sólo pudo observarse una pequeña cantidad de aire en el ventrículo lateral izquierdo que también se hallaba desplazado, así como el tercero y cuarto ventrículos. La operación reveló aplastamiento y ensanchamiento del extremo inferior de la circunvolución post-rolándica, que indicaba un neoplasma profundamente asentado. Se le dió una serie de terapia profunda con rayos x y tratamiento anti-convulsivante.

Caso 2. Hembra, 34 años. Tres meses antes había sufrido un ataque que había durado ocho horas, seguido de ataques focales que afectaban el lado derecho del cuerpo. También había sensación de quemazón en todo ese lado. No existían signos físicos anormales: la radiografía de cráneo, la presión y composición del líquido céfalo-raquídeo eran normales y el Wassermann negativo. La encefalografía demostró mal llenado del cuerno anterior del ventrículo izquierdo que aparecía empujado hacia la derecha desde delante y desde abajo. La enferma presentó un ligero grado de papiloedema. La operación reveló apiastamiento y congestión de las circunvoluciones parietales del lado izquierdo. Fue aplicada terapia profunda con rayos x y entonces el electroencefalograma reveló un ritmo anormal sobre el área afectada.

En ambos casos, la adoterapia consistió en 19 tratamientos durante $4\frac{1}{2}$ a 5 semanas. En cada uno se administraron 250 unidades r (salvo en tres ocasiones) utilizando 200 kV y un filtro de 0,5 mm. de cobre y de 1 mm. de aluminio. Se usaron cinco campos, lettral izquierdo y derecho, frontal y occipital, todos ellos con una distancia foco-piel 70 cm. y un campo vertical con una distancia foco-piel de 50 cm. las dosis totales administradas fueron 4.040 y 4.500 unidades r (dosis cutáneas) respectivamente.

Se pone de relieve la importancia de la encefalografía con aire en la epilepsia de aparición tardía y cuando los ataques pueden ser de naturaleza histórica.

B. M. S.

Sugestibilidad e historia

H. J. Eysenck, *J. of Neurol. and Psy.*, p. 22-31, abril 1943

La opinión de que la historia va asociada con un aumento en la sugestibilidad se ha mantenido durante muchos años. Janet (1907) mantenía que el estigma mental más importante de la historia es la sugestibilidad. Opiniones análogas fueron expresadas por Babiniski & Froment (1918), McDougall (1911), y muchos otros psiquiatras. Como faltaban casi por completo datos experimentales en apoyo de dichas opiniones, el Dr. Eysenck sometió dicha cuestión a investigación.

Utilizando 8 tests de sugestibilidad en grupos de pacientes histéricos y no histéricos de ambos sexos, halló que en ninguno de los tests de sugestibilidad existían diferencias significativas entre histéricos y no histéricos. Tampoco hubo ninguna diferencia de sexo significativa. El análisis de las correlaciones entre los diversos tests de sugestibilidad reveló la existencia de dos tipos, que se denominan primario y secundario. La sugestibilidad primaria se distribuyó en la población experimental en forma de una curva en U, y tuvo una correlación no-lineal significativa con la inteligencia, lo que indica que las personas de inteligencia media mostraron una sugestibilidad primaria superior a la de los sumamente inteligentes o tontos.

La sugestibilidad secundaria se vio que se hallaba distribuida normalmente y correlacionada en forma lineal con la inteligencia, tendiendo los más inteligentes a mostrar menor sugestibilidad secundaria. Otras diferencias en estos dos tipos de sugestibilidad son que las pruebas de sugestibilidad primaria muestran una elevada seguridad al test repetido y que la sugestibilidad primaria se encuentra relacionada con la hipnosis mientras que la sugestibilidad secundaria ofrece una escasa seguridad al test repetido y no está relacionada con la hipnosis.

B. M. S.

Amnesia en estados alterados de la consciencia

A Peterson, Proc. of the Royal Soc of Med., p 573-576, setiembre 1943

La conducta completamente consciente requiere un ajuste, no sólo a la situación inmediatamente percibida y a la que la ha precedido, sino a un fondo más amplio de experiencia pasada. Sin esta continuidad de experiencia, que proporciona la memoria, la conducta carecería de continuidad, y pueden tener lugar episodios aislados de la experiencia general que no pueden recordarse de ordinario. La realización de un acto bajo sugestión hipnótica no tiene continuidad con la experiencia pasada o futura del paciente, y no puede recordarse en la consciencia normal, ya que sería precisa una escena u orientación análoga para ser recordada.

El Dr. Paterson da cuenta de historias de casos de pacientes con lesiones de cabeza que, después de recobrar el conocimiento normal, tuvieron episodios de conducta aislada con amnesia subsiguiente, que son sumamente análogos a los de la conducta dissociada bajo hipnosis. El autor hace observar que en la epilepsia y en el esfuerzo emocional ocurren fenómenos semejantes y cita interesantes ejemplos ilustrativos. Aunque difieren en etiología existen importantes puntos de semejanza en que muestran el mismo aislamiento cognitivo y emocional de la reacción y la misma predisposición a la amnesia ulterior.

B. M. S.