Vol. II OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE Nos. 10, 11 y 12

BIBLIOTECA "JOSE A. HARTMANN"
INSTITUTO DE CULTURA
La Paz - Bolivia

Cuadernos del

HOSPITAL GENERAL DE MIRAFLORES

(Antiguos Cuadernos del Servicio de Hematología)

LA PAZ - BOLIVIA

La Química Industrial «Bayer» S.R.L.

JARABE DE BETAXINA

COMPUESTO "B"

ELIXIR DE BETAXINA

COMPUESTO "B"

Todos los factores del complejo vitamínico B, en un concentrado de levadura.

PROPIEDADES — Cada 100 cm3. contienen:

Vitamina B1	50	mg.
Vitamina B2	10	mg.
Nicotinamida (vitamina PP)	300	mg
Vitamina B6	50	mg.
Vitamina C	250	mg.

y los demás factores del complejo B2 y aminoácidos naturales de levadura.

El jarabe tiene la misma composición más 250 mg. de vitamina C.

INDICACIONES. — Cansancio fácil, lasitud, menor rendimiento. Estreñimiento crónico y rebelde. Anorexia. Ciertas dermatosis, Transtornos del embarazo. Atonía gastrointestinal, inapetencia, glositis y estomatitis. Enfermedad celíaca, Aborto habitual, Miocarditis, Insuficiencia cardiaca, Sudores profusos:

Dosificación, modo de empleo y envases originales:
Niños: 1 a 2 veces al día 1 cucharadita (5 cm3.)
Adolescentes: 2 cucharadas de postre por día.

Adultos: 1 a 2 veces al día 1 cucharada (20 cm3) (siempre antes de las comidas).

Fracaso de 200 cm3 Elixir.

Frasco de 100 cm3 Jarabe.

Exequio del Dr. Jorge Ergueta Collao
20-X-74

S U M A R I O

PAGINA

Incidencia del bocio en la ciudad de Cochabamba y determinación del metabolismo basal (L. Felipe Hartmann) 3

Hernia del disco intervertebral, su tratamiento y resultados (Dr Mario Michel Zamora) 8

La posición del Serpasol en Cardioterapia ('Francisco Zárate Gardeazabal) 13

Punción Esternal (Dr. Mario Ergueta Solares) 19

Los grupos sanguíneos relacionados a la Medicina Legal (Dr. Jorge Ergueta Collao) 22

Factor Decelerador (The Journal of Aviation Medicine) 24

COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

C I R U G I A

Necrosis de la pared vesicular en la declinación de una colecistitis aguda 27

Progresos actuales en la cirugía del tiroides 29

P S I Q U I A T R I A

Contribución al estudio de la reserpina en Psiquiatría ... 30

M E D I C I N A

La Electroforesis y la Medicina Práctica 33

Información Médica 36

BIBLIOTECA "JOSE A. HARTMANN"
INSTITUTO DE GENETICA
La Paz - Bolivia

* *

CANJE - AUSTAUSCH - EXCHANGE - ECHANGE

Solicitamos en canje: libros, revistas, folletos, etc.

Wir wuenschen zum Austausch Medizinische Fachliteratur, Bucher, Zeitschriften u.s.w.

We exchange medical literature: books, monthly publications, etc.

Nous prions des nous envoger en echange des livres, bronieres, revies, etc.

* *

CUADERNOS DEL HOSPITAL GENERAL
DE MIRAFLORES

Director: Jorge ERGUETA COLLAO
Sub - Director: Carlos Ascarrunz V.
CUERPO DE REDACCION.- L.F. Hartmann L.- M. Michel Zamora.-
L. Alexander.- B. Vargas.- R. Lara S.-
Gerencia y Administración: Arturo Achá R.
Secretaría: Hospital General de Miraflores - Teléfono 2822

Vol. II octubre, noviembre y diciembre Nos. 10 - 11 - 12

**

E D I T O R I A L:

El Seguro Social y el Problema de la Cultura Médica en el país

Las reiteradas críticas al Seguro de Enfermedad y Maternidad que diversos sectores de la opinión pública y muchos núcleos de trabajadores han hecho públicas, han alcanzado ya una repercusión nacional. No nos proponemos, en esta nota editorial remarcarlas porque consideramos que los profesionales médicos que dirigen aquel aspecto del Seguro Social - sobre cuya exclusiva responsabilidad recaen todos sus desaciertos, lograran en plazo que quisiéramos sea próxima la necesaria independencia y plena autonomía que requieren para el eficaz cometido de su misión. Solo con tal independencia - alejados de las nugatorias influencias de hegemonía partidista, endémicas en nuestro medio, o de las desaprensivas pretensiones de núcleos sindicales que - van precisamente en desmedro y desatención de las grandes mayorías que representan con lamentable infidelidad y ausencia de sindéresis podrán aquellos profesionales reconstruir la estructura, tan desmedrada en estos últimos años del Seguro Social.

Y en tal empeño, aquellos colegas han de contar - como ya lo hacen y no puede ser menos - con el decidido apoyo de la máxima entidad gremial de los médicos bolivianos, cual es la Confederación Médica Sindical de Bolivia, organismo que por fin y gracias a la titánica y silenciosa labor de sus dirigentes, ya va compactando a la profesión con el generoso anhelo de hacer de ella, una fuerza pujante, incontrastable y ener-

gica, como defensa y dignificación del trabajo hipocrático. Para lograr y ser dignos de tal respaldo y de su necesaria permanencia, urge también que aquellos colegas, antes que funcionarios efímeros de una institución que ha de sufrir la mudanza de sus organismos directivos, como siempre ocurre, también epidémicamente en nuestra tierra, se sientan más colegas y ligados a los suyos. Lo contrario, deplorablemente pondría en evidencia el desmerecimiento de sus funciones directivas o demostraría que su designación no está respaldada por ejecutoria alguna, digna de encomio.

Lo que queremos destacar en esta nota, no es todo ese aspecto indiscutiblemente negativo, ni siquiera la carta de defunción - que anhelamos tenga un remedio presuroso y heroico - que se viene dando a las especialidades médicas dignas del mayor estímulo y tonificación que debe darles el Seguro Social. Nos referimos sobre todo a la gravísima quiebra y al retroceso que la incipiente cultura médica del país viene sufriendo.

La cultura médica de un pueblo no se aprecia solamente por lo que acabamos de señalar; por la diferenciación de las especialidades profesionales, por su sistematización y por el reconocimiento de su personería institucional, por el robustecimiento y la floreciente vitalidad de las sociedades médicas, que el Seguro, en el examen que llevamos a cabo, debe promover. Y una promoción como la que se sugiere puede y debe ser, la calificación por ellas de los diferentes profesionales llamados no solo a prestar sus servicios, sino a prestigiarles, en la gran entidad aseguradora; no sólo a cubrir las vacancias, sino a desempeñarlas con eficacia, para llenar objetivos de propaganda y de popularidad aparente y deleznable, como todos los que se inspiran en la supervivencia partidista, al margen de la seriedad y de la selección científicas, que son lo único permanente y leal en servicio de las "grandes mayorías del pueblo boliviano".

Se aprecia tambien la cultura médica de un pueblo, en la vigencia de la llamada educación fundamental, tan mal entendida en nuestro pueblo, y a cuya difusion y plena objetividad debe concurrir el Seguro Social, con una educación lenta, paciente y porvenirista: los recursos elementales de la higiene, de la eugénica convivencia familiar, de la constitución de la célula social y su acrecentamiento vigoroso con una atención y una preocupación integrales sobre la precaria situacion de la niñez boliviana, que son tareas impostergables para el Seguro Social.

Finalmente, la cultura médica se aprecia con mayor objetividad a través de los índices de la bibliografía medica, cuya fisonomía inicial constituyen las revistas especializadas y las publicaciones periódicas, que tienden a su producción cada vez más depurada. Y esta modalidad, al cabo, revela su madurez con la crítica constante de sus frutos, que debe ser formal y fundamental.

Sigue a la página No. 37. . . .

INCIDENCIA DEL BOCIO EN LA CIUDAD DE COCHABAMBA

Y DETERMINACIONES DEL METABOLISMO BASAL

Dr. Carlos Quiroga.

Durante nuestra permanencia en Cochabamba, nosotros quisimos averiguar si existía alguna diferencia en los valores del metabolismo basal, como las que conocemos por trabajos hechos en 1939 por Murlin y en 1946 por Carpenter.

Esta diferencia en las cifras de valores se atribuyó a las razas, el medio y el estado de reposo mental de las personas, qué influía sobre éstos valores.

Es verdad que la importancia de esta determinación en el momento actual de la ciencia médica es menos, pero no teniendo en nuestras manos otras técnicas más perfeccionadas, creemos que es necesario conocer en nuestro medio los valores normales, para poder interpretar las alteraciones patológicas, que se nos pudieran presentar.

La técnica que usamos fué la siguiente: Alimentación el día anterior a la prueba exclusivamente glucidos y grasas, última ingesta alimenticia 12 horas antes de la prueba, reposo de 1/2 hora en cama a temperatura agradable antes de la determinación. El aparato usado fué un Benedic-Roth.

Seguimos pues las indicaciones de Bensdic y Crofts (Proc. Nat. Acad. Sci. 11-585-1925 y las de Castex).

Se usaron en estas determinaciones conscriptos de la Región Militar de ese distrito, en número de 26, pero dos de ellos no cumplieron con las indicaciones previas a la determinación así que fueron descartados en este trabajo.

Hemos tratado de eliminar todos los factores que podrían alterar el metabolismo como ser: estado nutritivo de los soldados, influencias nerviosas, o alteraciones endócrinas o cualquier tipo de enfermedades intercurrentes o crónicas.

A continuación presentamos el cuadro con los valores obtenidos en los 24 soldados, todos estos mestizos de permanencia en el valle de Cochabamba, Sucre y alrededores.

Nombre	Fecha	No.	Gasto de fondo	Metabolismo	Observaciones
R.C.Q.	21-VI-55	1	1.491	- 15.5	Pulacayo
W.T.	21-VI-55	2	1.717	- 11.0	Cochabamba
J.P.F.	24-VI-55	3	1.577	+ 2.1	Cochabamba
V.R.B.	1-VII-55	4	1.615	- 20.0	Sucre
C.P.F.	1-VII-55	5	1.867	- 18.4	Cochabamba
F.P.	14-VI-55	6	1.706	- 7.0	Cochabamba
J.M.B.	14-VI-55	7	1.556	+ 25.	Sucre
R.C.	14-VI-55	8	1.667	- 13.	Cochabamba
F.O.	22-V -55	9	1.606	+ 27.5	Cochabamba
H.G.A	20-V -55	10	1.663	- 15.3	Cochabamba
D.B.V.	10-V -55	11	1.722	- 8.7	Cochabamba
J.M.Q.	10-V -55	12	1.731	- 8.2	Cochabamba
J.F.C.	17-V-55	13	1.657	- 11.8	Cochabamba

Nombre	Fecha	No.	Gasto de fondo	Metabolismo	Observaciones
A.R.D.	17-V - 55	14	1.546	- 17.8	Cochabamba
S.S.Z.	14-V - 55	15	1.534	+ 3.9	Cochabamba
H.G.A.	28-VI - 55	16	1.662	- 11.3	Pulacayo
B.B.	22-VII- 55	17	1.534	- 10.7	Cochabamba
R.S.S.	19-VII- 55	18	1.624	+ 14.0	La Paz
J.V.	19-VII- 55	19	1.758	+ 1.0	Cochabamba
F.R.	15-VII- 55	20	1.725	- 20.0	Cochabamba
R.Ch.	15-VII- 55	21	1.665	+ 9.0	Cochabamba
H.V.G.	15-VII- 55	22	1.451	+13.0	Cochabamba
J.A.M.	8-VII- 55	23	1.564	+19.0	Cochabamba
H.J.L.	8-VII- 55	24	1.665	+ 9.0	Cochabamba

La medida de todos estos resultados es 17 ± 7.784.

La suma de todos los positivos dá de + 12,3.

La suma de todos los negativos dá una media de - 13,7

El resultado final sería de - - 1.4.- %.-

Si descartamos las cifras que están por encima de + 15% y por debajo de - 15% el resultado sería:

La media de todos los positivos
+ 7.4 7 casos

La media de todos los negativos

- 10.2 8 casos

El resultado final sería

- 2.8%.-

Con estas determinaciones podríamos decir que en le promedio general de las personas examinadas obtenemos cifras por debajo de 0%, atribuyéndole esto no tanto a la raza sino más bien al tipo de alimentación de nuestra tierra preferentemente hidrocarbonada y al estado de poca intranquilidad mental que tienen.

Como segunda parte de este trabajo nosotros queremos llamar la atención al cuerpo médico sobre unas observaciones de casos de Bocio encontrados en la ciudad de Cochabamba.

Previamente a la presentación de los casos, haremos un ligero recordatorio sobre la fisiopatología del Bocio Endémico.

Se designa con éste nombre un grupo de procesos que se caracterizan por un aumento de tamaño del tiroides, de carácter benigno que podrían deberse:

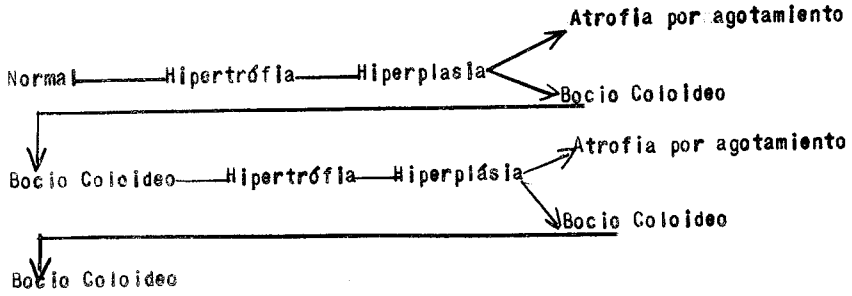
a) Aumento de vascularización, Hipertrófia de las células y aumento de tamaño de los folículos.

b) Hipoplasia del tejido parenquimatoso y acumulo de la substancia coloidea en los folículos.

c) Atrofia con fibrosis de los elementos glandulares.

Según Marine todos estos cambios serían solamente faces alternativas de hiperplasia y retroceso que en ocasiones dan origen a cuadros histológicos complejos que han tenido mucha parte en la confusión y retraso de nuestras ideas acerca de ésta enfermedad.

El ciclo de este proceso sería el siguiente:



J. H. Means tiene un concepto distinto al de Marine, ya presentado, por que cree que en ciertos casos por lo menos la hiperplasia, es seguida por la involución a un estado normal. Este concepto se basa en los estudios de Rienhoff sobre el efecto del yodo en la enfermedad de Graves y por los de Reinhoff y Lewis en los bocios adenomatosos y coloideos.

El bocio simple o endémico como prefiere llamarlo Means, pues considera que los simples son los médicos al utilizar esta sintomatología, ha sido considerado:

a) Como una respuesta regenerativa ante las lesiones epiteliales primarias producidas por agentes tóxicos o infecciosos.
b) Como reacción frente a alteraciones producidas por agentes tóxicos en la totalidad del organismo, y
c) Como reacción iniciada por falta de alguna substancia como ejemplo yodo.

Está comprobado que la administración de yodo a personas que padecen de bocio endémico, tanto como a animales conduce de modo invariable a la retrogradación de los síntomas. Después de la extirpación de grandes porciones de tiroides no se observa hiperplasia compensadora hasta que el contenido del tiroides desciende por debajo de 0,1 % de sustancia seca y se lo puede evitar administrando pequeñas cantidades de yodo.

Los bocios no tóxicos, frecuentemente presentan uno o más nódulos escapsulados y por esto son clasificados por algunos como bocios adenomatosos. Aunque una gran variedad de lesiones se encuentran en éstos nódulos encapsulados la mayoría de ellos muestran solamente la hiperinvolución de uno o varios lóbulos y por lo tanto, nosotros creemos que no son verdaderos adenomas. Opinamos que deben ser clasificados como nódulos involucionados o como los designa Wegelin, Struma nodosa macro folicularis (Nódulos macrofoliculares).

Desde el punto de vista anatómico son estructuras localizadas o encapsulados que varian considerablemente de tamaño. Pueden existir como nódulos simples o múltiples. En el examen microscópico, presentan el aspecto de folículos coloides moderada o intensamente distenidos, limitados por un epitelio plano y encapsulados por un tejido fibroso. Ocasionalmente la existencia de pequeños núcleos epiteliales dentro de éstos nódulos y que muestran alguna hipertrofia apoyan la tesis de que estas lesiones ocurren como resultado de una involución e hiperinvolución que lo rodea en general, está compuesto por acinos comprimidos.

Otros tipos de lesiones que aparecen en los bocios nodulares, pueden con seguridad, clasificarse como verdaderos adenomas. La nomenclatura de estas lesiones se halla en un estado caótico y pocos son los que concuerdan con uno u otro sistema.

Means prefiere usar con pequeñas modificaciones, la clasificación suge

rio por negativo, ya que se excluye- [illegible] que se observa en la tiroides no- [illegible] exclusivamente histológicos y porque puede rela- [illegible] tal. el tema con el grado de diferencia-

Struma nodosa trabecularis = Adenoma trabecular
Struma nodosa tubularis = Adenoma tubular.
Struma nodosa micro follicular= Adenoma microfolicular
Struma micro et macro follicularis = Adenoma micro y macro folicular
Struma nodosa macro follicularis = Nódulo macrofolicular
Adenocistoma papilifero.

La diferencia en la frecuencia del bocio endémico tiene cierto interés fundamental. En las regiones completamente bociosas no hay diferencia siendo la misma para cada sexo 100 % Pero cuando uno procede de áreas de endemia de intensidad decreciente hasta regiones sin bocio, se encuentra que la relación de mujeres a hombres aumenta considerablemente, hasta que en regiones en las cuales casi es imposible reconocer una endemia la relación llega a ser de 6 a 7 mujeres por cada varón.

Con ésta relación porcentual existe una incógnita a resolver, pues si disminuirfa el aporte de yodo resultaría a las mujeres más dificil producir la hormona tiroidea a niveles mas elevados de metabolismo. Si esto es verdad como se explicaría que el bocio sea más frecuente en las mujeres, querría decir que existe un factor antagonista de la hormona tiroidea en la mujer y se supone que éste podría ser la estrina que al antagonizar la acción tirotropa de la hipófisis facilitaría la producción del bocio.

Otros factores en la producción del bocio endémico además de la carencia de yodo son algunas drogas como las tiocianatos, los tiouracilos, las sulfamidas, etc. Entre los factores alimenticios tenemos los repollos, repollitos de brucelas y coliflores así también como el nabo silvestre y algunas veces al soya. Kennedy y Purves (1941) demostraron que la acción bocígena de estos alimentos sería por intermedio de la Hipófisis. Ha éste tipo de bocio se le ha denominado Struma Cibaria.

Nosotros hemos encontrado en la ciudad de Cochabamba una incidencia de bocio que nos llamó la atención por su localización, digamos topográfica, dentro de la ciudad, pues la mayor incidencia de ésta afección se encontró en la zona Este y Sud de la ciudad. Entonces inquirimos si había una distribución de agua diferente dentro de la ciudad y nos llamó la atención el que se confirmase nuestra suposición, pues hay dos tomas distintas una que se llama de Aroncagua con su caja central en la Colina de San Pedro y otra la de Chapisirca con su caja en el temporal; los estudios que se habían hecho anteriormente desde el punto de vista bacteriológico, demostraron que ésta última era bacteriológicamente infectada y se consideraba como la mejor agua de la ciudad. Pero no se han hecho todavía estudios químicos del agua. Nosotros no hemos llegado a hacerlos, pero queremos llamar la atención al cuerpo médico desde éste punto de vista para corregir una afección que en el momento actual no debe presentarse sobre todo en un país civilizado y dentro de una ciudad que se la considera segunda en ésta nación.

La tubería principal de la caja de Chapisirca vá por las avenidas Atahuallpa, Libertador Bolivar, Beni, Ramón Rivero, Ballivián, El Parque Zoológico y calles Tumusla, Basptista y Natanid Aguirre.

La otra de la caja de San Pedro

recorre la calle Venezuela, y sigue hasta la avenida San Martín, donde se mezcla con la otra agua. Además va por la avenida Aniceto Arce y toma la Queñoa, sirviendo el agua hasta la calle Baptista y Natanisl Aguirre, donde se mezcla con la otra. Por lo tanto la caja de Chapisirca sirve a las zonas Norte, Oeste y Sudoeste de la ciudad, mientras que la de Arocagua toma las zonas Noreste, Este y Sud de la ciudad.

En esta última zona es donde encontramos la mayor incidencia de Bocio dentro de la ciudad de Cochabamba como se puede apreciar en el cuadro adjunto

Nombre	Zona Ch.	Zona A.	Metabolismo	Bocio	Edad	Sexo	Observ.
M.L.R.	si		+ 20.2	si	16	F.	Fatigada
J.C.S.	si		+ 10.9	si	19	M.	Tranquilo
N.A	si		+ 4.4	si	17	F.	"
M.S.		si	- 8.6	si	14	F.	"
H.O.		si	+ 8.3	si	23	F.	"
B.H.		si	- 18.1	si	20	F.	"
H. de C.		si	- 9.5	si	27	F.	"
T.A.Q.		si	- 14.5	si	16	F.	"
B.M.H.		si	- 9.5	si	15	F.	"
C.T.		si	+ 17.0	si	36	F.	"
H.R.		si	- 10.0	si	25	M.	"
M. de S.		si	- 11.2	si	30	F.	"
Y. N.		si	- 24.4	si	12	F.	"
J.O.		si	- 17.9	si	17	M.	"
C.D.P.		si	+ 12.8	si	14	F.	"
J.M.		si	+ 3.3	si	20	M.	"

Podemos ver en el cuadro anterior que de los 16 casos estudiados 3 vivían en la zona irrigada por el agua de Chapisirca y 13 en la zona de Arocagua. Lo que nos dá un porcentaje de incidencia para la zona de Arocagua del 81 %. Además podemos ver que la incidencia de acuerdo al sexo es la siguiente: Mujeres 75 %, Varones 25 % es decir una relación de 3 a 1.

Descartando los casos en los cuales su metabolismo es mayor o menor de 15 tendríamos los siguientes datos:

En la zona de Chapisirca 2 casos
En la zona de Arocagua 9 casos
Con un porcentaje a favor de la zona de Arocagua de: 81%

En la zona de Chapisirca: Mujeres 50% Varones 50%
En la zona de Arocagua: Mujeres 77% Varones 23%

Creemos nosotros que la presencia de éste bocio se debe a una insuficiencia de yodo, pues las otras causas que producen hiperplasia tiroidea no se pueden tener en cuenta.

oooooo

HERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, SU TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Dr. Mario Michel Zamora

Si bien la ciática ha sido conocida y descrita desde la más remota antigüedad e igualmente la importancia del esfuerzo y de los traumatismos en su producción (AURELIANUS, Caelius, 1950, A.C), es recién en 1934 con la publicación del trabajo de MIXTER y BARR intitulado "Ruptura del Disco Intervertebral con Compromiso del Canal Raquídeo", que la relación de causa a efecto ha quedado bien aclarada y se ha establecido un tratamiento racional. En la actualidad, es tan elevado el porcentaje de enfermos de ciática por hernia del disco intervertebral, que en la práctica debe considerarse que toda ciática tiene este origen hasta que se demuestre lo contrario por el examen clínico y los exámenes auxiliares. Aunque el objeto principal de este trabajo es referirnos al tratamiento de esta afección, vamos a decir unas cuantas palabras acerca del diagnóstico. Bajo este aspecto, la historia clínica y el examen tienen una importancia fundamental y son conocidos los puntos de interés para el especialista. En lo concerniente a los exámenes auxiliares el que dá menos información es el del líquido cefalorraquídeo, pues rara vez se hallan por debajo del nivel de la punción y raras veces la hernia es tan acentuada como para producir un bloqueo parcial o total. Las radiografías simples no sólo pueden mostrar una disminución del espacio intervertebral, sino otros procesos que simulan la entidad nosológica que nos ocupa (alteraciones artríticas, espondilolistesis y pseudoespondilolistesis, etc.). La mielografía debe efectuarse en todos los casos pues con los medios de contraste actuales no ofrece peligros, especialmente cuando se retira el contraste después del examen o durante la operación, y suministra importantes datos que permiten limitar la operación al espacio intervertebral afectado; asimismo se demuestra por este procedimiento la existencia de protrusiones a diferentes niveles lo que no es raro pues representan el 12% según CAMP. En otros pacientes se descubrirán otras lesiones: tumores (pequeños meningiomas o fibroblastomas perineurales) y aracnoiditis que simulan una hernia del disco. Claro que un miolograma normal no descarta la afección que nos ocupa y en casos de duda debe primar el criterio clínico que uno se haya formado sobre el paciente. En el 11.9% el mielograma resultó inexacto en 300 pacientes sometidos a este examen por R.D. WOOLSEY.

Una vez establecido el diagnóstico de hernia del disco intervertebral, el tratamiento quirúrgico sólo debe practicarse en aquellos casos en que otras medidas conservadoras han fracasado (reposo en cama dura, analgésicos, inyección perineural, ondas ultrasónicas, etc.) el hecho mismo de que no se haya obtenido una mejoría, indica que el trasnstorno es mécanico y debe considerarse al enfermo candidato a la cirugía. Asimismo, se indicará la operación cuando hayan habido varios episodios de dolor en la espalda y ciática seguidos de mejoría, es decir, que el transtorno ha llegado a hacerse crónico, convirtiendo a veces al enfermo en un inválido. Finalmente, habrá que tener en cuenta cierto grupo de casos en los que las molestias que sufren las relacioan con un accidente del trabajo, considerándose con derecho a una indemnización y el de psiconeuróticos que se quejan de dolores en la esplada y a veces se someten a operaciones inútiles, que lejos de ali-

viarios empeoran su estado. En ambas circunstancias, habrá que tener el máximo cuidado para ver si hay o nó una base orgánica de sus síntomas.

En lo referente a la técnica quirúrgica, la posición del enfermo es de gran importancia, y con el objeto de reducir la hemorragia que a veces puede ser bastante molesta, dificultando la exposición de la lesión y prolongando el acto quirúrgico, colocamos al paciente con los muslos flexionados sobre las caderas en un ángulo de 90 grados, para lo que se deja caer la parte posterior de la mesa de operaciones, doblando luego las piernas sobre los muslos y sujetándolas a los lados de la mesa. En todas estas maniobras, hay que tener cuidado en almohadillar las regiones en las que pueden producirse compresiones nerviosas. Con el objeto de evitar presión sobre el abdomen que pueda causar ingurgitación y hemorragía de las venas epidurales, se colocan sabanas dobladas o bolsas de arena en las crestas ilíacas y en el último arco costal para dejar el abdomen libre. La posición de las piernas descrita más arriba, es reemplazada por la horizontal al terminar la operación y comenzar la sutura de los planos.

Como en toda intervención quirúrgica, pensamos que lo principal es obtener una buena exposición, es así que en ciertos casos practicamos una laminectomía y en otros sólo la hemilaminectomía, explorando en todos ambos lados, incluso cuando los síntomas acusados por el enfermo son unilaterales. Una vez identificada la protrusión y detenida la hemorragia mediante la electrocoagulación y el taponamiento, procedemos a seccionar el ligamento vertebral común posterior y a curetear el espacio intervertebral sacando a pedazos el cartilago en forma tan completa como sea posible. Para todo el procedimiento se precisa una buena iluminación. Terminada esta parte de la intervención, se colocan las piernas del enfermo en posición horizontal levantando por ello parte posterior de la mesa de operaciones y es notable ver como con esta maniobra disminuye la hemorragia.

Entre las dificultades que se encuentran durante la operación debemos citar la hemorragia que puede ser bastante molesta y dificil de cohibir por la friabilidad de las venas raquideas que se destrozan con la elecroceagulación, siendo preferible en estos casos el taponar con sustancias absorbibles como el gelioam o con pedazos de músculo. Igualmente, en ciertos pacientes es laborioso el encontrar la hernia del disco debajo de la raíz, siendo necesario ir hacia la línea media separando la duramadre o bien siguiendo la vía transdural cuando la hernia es central. Si a pesar de ello no se la identifica, convendrá fijarse si se ésta explorando el correcto espacio intervertebral y, finalmente, descubrir los espacios vecinos. En cierto número de pacientes, a pesar de estas maniobras, no hemos hallado una hernia del disco intervertebral, habiendo sin embargo mejorado después de la intervención. Por último, expresaremos que si no se ésta seguro, es mejor abstenerse de introducir la cureta en el espacio intervertebral.

En aquellos enfermos en los que se observa durante la operación que la columna es inestable o bien que junto con la hernia, presentan un defecto asociado: espondilolistesis, pseudoespondilolistesis, alteraciones congénitas como la espina bífida, etc., opinamos que está indicado el inmovilizar la columna mediante una artrodesis, introduciendo fragmentos de hueso, como aconseja MATERA o bien empleando la técnica de CLOWARD si se dispone del instrumental necesario. En conclusión, no se puede establecer una regla fija y habrá que considerar cada caso en particular.

Haciendo una revisión de la literatura sobre los resultados de las operaciones de hernia del disco interver-

general, se comprueba que no siempre son satisfactorios; así tenemos que VERBRUGGHEN dá un 8% de exitos en 75 casos, SHINNERS y HAMBY en 87 casos 50% curados y 50% con molestias en la espalda o en las piernas. POPPEN de la Clínica Lahey afirma haber obtenido la curación del 65% en 400 casos y una mejoría en el 35%; en un 60% de sus casos el levantar objetos pesados produjo dolor en la espalda. JELSMA informa de un 90% de buenos resultados en 150 casos que ha operado. BOTTERELL y KEITH, en personal militar, han logrado un 60% de buenos resultados, habiendo conseguido reincorporarlos al servicio BARR y MIXTER alcanzaron un alivio completo en un 77%. En una serie publicada por CAMP y LOVE, el 66% de 50 casos operados mostró un resultado muy satisfactorio. BRADFORD y SPURLING en estadísticas parciales de los enfermos que han operado dan los siguientes porcentajes: de 301 pacientes, 243 o sea el 80,6% sólo afirmaban una mejoría parcial y 29 que no había tenido un buen resultado. WOOLSEY y TSANG dividen sus enfermos en privados y en veteranos atendidos en servicios del gobierno de los Estados Unidos. En los primeros cuyo número ascendía a 85, fueron curados 20 o sea el 23,5%, mejorados 60 (70,6%) y no obtuvieron alivio de sus síntomas 5(5,9%). En cambio en 58 veteranos sólo 4(6,9%)se consideraban curados, mejorados 42(72.4%). no obtuvieron mejoría 8(13,8%), y se sentían mayormente afectados que antes de la operación 4(6.9%). El hecho de que haya una gran diferencia en los resultados en estos dos grupos, se debe a que los veteranos reciben una pensión del gobiernos y pensaron que el cuestionario tenía alguna relación. Por su parte, SPURLING y GRANTHAM en 327 pacientes que respondieron al formulario que se les envió, 131 o sea el 40% aseguraban estar curados, hallándose libres de síntomas y habiendo regresado a su antigua ocupación, 128 enfermos (39,2%) tenían dolores en la espalda o en las piernas, pero sin embargo se dedicaban a sus actividades habituales, estando satisfechos de la intervención quirúrgica. En el resto o sea 68 enfermos (20,8%), los resultados variaban de un exito parcial a un fracaso completo. En una pequeña serie de 12 enfermos que hemos seguido por períodos variables de uno a cinco años, un 50% obtuvo una curación completa, 25% una mejoría parcial pues si bien no tenían los dolores de antes de la operación, estos volvían aunque con menos intensidad al hacer cualquier esfuerzo y en tiempo frio y húmero; finalmente el resto de los pacientes puede considerarse que no se ha beneficiado del tratamiento quirúrgico. En 3 de los doce casos, no se encontró una hernia del disco, habiendo sin embargo mejorado con la operación y en 1 se observó una paresia de una de las piernas, que tardó un mes en curarse y que la atribuímos al empleo de la electrocoagulación para cohibir una hemorragia profusa de un vaso venosos que se hallaba junto a la raíz nerviosa.

Si bien el porcentaje de buenos resultados pasa del 50% en las estadísticas, todo neurocirujano tiene cierto número de pacientes en los que se presenta una recurrencia del dolor en la espalda con o sin irradiación a una o ambas piernas o bien la ciática se manifiesta como antes de la operación, síntomas que incapacitan al paciente para el trabajo y requieren una segunda y a veces una tercera intervención. El número de estos enfermos varia del 15% según un trabajo de la Clínica Mayo publicado recientemente, al 5,5% en los casos de SPURLING y GRANTHAM. La causa más frecuente de estos fracasos es una nueva hernia, sea al nivel del espacio intervertebral operado o en otro de la columna lumbar que no había sido previamente diagnosticada. Este error se puede evitar empleando sistemáticamente la mielografía y haciendo una extirpación tan completa como sea posible del núcleo pulposo lo que faci

litará además una mayor fijación post-operatoria, lo que ha sido demostrado experimentalmente por JENKNER y colaboradores. Asimismo, habrá que tener cuidado de no dejar fragmentos del disco adheridos a la raiz nerviosa, que son separados junto con ella, quedando así ocultos durante el acto quirúrgico y determinando posteriormente una nueva compresión y la reaparición del dolor, hecho sobre el que llama la atención GREENWOOD y colaboradores. Mayor problema terapéutico representa el hallar en la reoperación adherencias y denso tejido de cicatriz que envuelve la raíz nerviosa, teniendo que recurrirse a la sección de la raíz sensitiva para aliviar al enfermo de sus dolores. Cuando es la cola de caballo la afectada y se encuentra una aracnoiditis, será preciso efectuar una cordotomía uni o bilateral.

Hay otro grupo de pacientes en los que no se llega a identificar una causa que explique sus dolores, siendo negativa la exploración quirúrgica y que por ello mismo son más difíciles de tratar. Algunos son psiconeuróticos emocionalmente inestables, y en los cuales la primera intervención no estaba indicada, teniendo despues una base orgánica para sus molestias. Estos casos pertenecen al dominio de la Psiquiatría y se deberá solicitar el concurso del especialista en esta materia para su tratamiento.

De todo lo expuesto, se deduce que el tratamiento quirúrgico de la hernia del disco intervertebral en la región lumbar debe efectuarse unicamente en enfermos crónicos, que no han respondido al tratamiento médico y para cuyo diagnóstico se han empleado los exámenes auxiliares, principalmente la miolografía. Durante la operación, la extirpación del disco deberá ser tan completa como sea posible no sólo para evitar una recidiva sinó también para lograr una fusión más firme de los cuerpos vertebrales, debiendo recurrirse a la colocación de injertos o a la artrodesis cuando se observa durante la intervención que la columna es inestable o hay alguna lesión asociada. Observando estas precauciones, se podrán mejorar los resultados operatorios que hasta el presente no son del todo satisfactorios y evitar las recidivas.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAN, F.C.: Operative Results in Intervertebral Disks, Annals of Surgery, 124, 1066-1075, 1946.

2. POPPEN, J.L.: The Herniated Intervertebral Disk: An Analysis of 400 Verified Cases, New Eng. Jour. Med., 232, 211-215, February 22, 1945.

3. SPURLING, R.G., and GRANTHAM, E.G.: The End-Results of Surgery for Rupture Lumbar Intervertebral Discs. J. Neurosurg. 6, 57-64, 1949.

4. GREENWOOD, J., Mc.GUIRE, T.H. and KIMBELL, F.: A Study of the Causes of Failure in the Herniated Intervertebral Disc Operation, J. Neurosurg, 9, 15-20, 1952.

5. JENKNER, F.L., FOLTZ, E.L. and WARD, A.A.: Experimental Intervertebral Fussion Using Basic Calcium Phosphate, J. Neurosurg, 10, 442-452, 1953.

6. CLOWARD , R.B.: The Treatment of Ruptured Lumber Intervertebral Discs by Vertebral Body Fussion, J.Neurosurg, 10,154-168, 1953.

7. WOOLSEY, R.D. and TSANG, J.: A Review of Three Hundredd Cases of Protruded Intervertebral Discs Treated Surgically, Journ, int. Cool. Surgeons. XVIII 458-463-, 1952.

8. WALKER, A.E.: A History of Neurological Surgery, Baltimore, Williams & Wilkins Co. 1951, Ist. Ed. 583.

9. ECHLIN, F.A., Mc.K. IVIE and FINE, A.: Pantopaque Myelography as an Aid in the reoperative Diagnosis of Protruded Intervertebral Discs. Surg. Cyn, Obst. 80, 257-260, 1945.

10. GRAY, Dh.: The Causes and Treatment of Sciatic Pain. Int. Abst. of Surg. 85, 417-441, 1947.

11. KELLEY, J.H., VORIS , D.C., SVIEN, H.J. and GHORMLEY, R.K.: Multiple Operations for Protruded Lumbar Intervertebral Disk.Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 29, 546-550, 1954.

12. SPURLING, R.G. and GRANTHAM, E.G.: Ruptured Intervertebral Discs In the Lower Lumbar Regions, Amer. J. Surg., 75, 140,158, 1948.

13. MIXTER, W.J. and BARR, J.S.: Rupture of the Intervertebral Disc with Involvement of the Spinal Canal. New England J. Med., 211, 210-215, 1934.

ooo

LA POSICION DEL SERPASOL EN CARDIOTERAPIA

Francisco Zárate Gardeazábal

El Serpasol es un coadyuvante de la terapeutica cardiaca. Sus efectos farmacodinámicos son los siguientes:

a) Reducción de la frecuencia cardiaca.
b) Alargamiento de la diastole.
c) Mayor economía del trabajo cardiaco.
d) Reducción de la tensión exagerada en la circulación pulmonar.
e) Atenuación de la excitabilidad refleja del sistema circulatorio.
f) Tranquilización y relajación.

La finalidad primordial del tratamiento con Serpasol consiste en eliminar las desfavorables repercusiones de la taquicardia sobre un corazón enfermo, y ello se consigue reduciendo la frecuencia de sus contracciones, ya que, cuanto más velozmente se contrae el corazón, tanto más breve es la diastole. Ahora bien, el que la diastole tenga una duración suficiente no sólo es esencial para la repleccion de los ventriculos y para compensar eventuales obstáculos hemodinámicos, como sucede por Ej. en la estenosis mitral, sinóque la diastole representa además la fase de recuperación quimico-metabólica del miocardio entre dos contracciones. Además, durante la diastole cede notablemente la resistencia de los vasos coronarios, por lo que la irrigación aumenta.

Los corazones hipertróficos requieren una diastole más larga para asegurar un aporte suficiente de O. a las fibras musculares engrosadas.

El tiempo de difusión es en las fibras musculares hipertrofiadas del miocardio mucho mayor que en las delgadas de un corazón normal. Todo acortamiento de la diastole (caso de las taquicardias), repercute desfavorablemente sobre la irrigación sanguinea del miocardio y por ende también sobre su capacidad energética. Provocando una bradicardia es posible pues, mejorar el rendimiento de los corazones enfermos.

Aparte de los glucósidos digitálicos, no se conocian hasta ahora substancias capaces de aminorar la frecuencia cardiaca. El Serpasol tiene dicha propiedad, como lo han demostrado numerosas investigaciones experimentales y clínicas. La bradicardia conseguida con el Serpasol, explicable por una disminución de la emisión central de impulsos hacia los nervios simpaticos del corazón, hace más económico del trabajo cardiaco, aumenta la circulación coronaria y favorece la recuperación del miocardio. Merece señalarse a este propósito que la bradicardia se mantiene todavia por algún tiempo despues de suprimir el Serpasol.

Para el empleo del Serpasol como coadyuvante de la cardioterapia en determinadas afecciones es importante también su efecto sobre las condiciones patológicas en la circulación pulmonar, puesto que se consigue con él una descarga del corazón derecho. Esta acción será discutida al tratar de la estenosis mitral. Los estudios analiticos de la circulacion han revelado por otra parte que el Serpasol atenua la reactividad del sistema circulatorio a las excitaciones vasoconstrictoras. En particular con la ayuda de la prueba del ortostatismo pudo comprobarse el amortiguamiento de la excitabilidad refleja de la circulación. Asi por Ej. despues de administrar Serpasol son menos marcados los aumentos reflejos de la frecuencia cardiaca; los impulsos vasopresores son inhibidos por el Serpasol.

Además de estas acciones sobre la hemodinámica del aparato circulatorio, los efectos serenante y relajador del

Serpasol son útiles para su empleo como coadyuvante en la cardioterapia; al encontrarse el cardiópata más calmado y menos tenso, el tratamiento resulta más eficaz.

La combinación de los distintos efectos del Serpasol determina una acción conjunta que se deja sentir en los procesos hemodinámicos y mejora el rendimiento cardiaco. El serpasol, no solo elimina las taquicardias, sino que constituye una medida auxiliar lógica en determinadas cardiopatias. Tenemos en primer lugar las lesiones valvulares. Y su modo de acción se comprende teniendo en cuenta la mecánica del funcionamiento valvular en las distintas fases de la actividad cardiaca.

Durante la sistole ventricular y la diastole auricular que tienen lugar simultáneamente, la válvula mitral está cerrada impidiendo el reflujo de la sangre desde el ventriculo a la auricula. Durante la diastole ventricular y la sistole auricular, también simultáneas, la válvula mitral está abierta y permite asi el paso de la sangre desde la auricula al ventriculo izquierdo. Si un proceso de tipo inflamatorio por Ej. reumático afecta a la válvula mitral, puede desarrollarse una estrechez de la abertura valvular. En el ser humano normal la válvula mitral tiene un orificio que en caso de abertura máxima, mide de 4 a 6 cm 2. aproximadamente. En la estenosis mitral las dimensiones de dicho orificio pueden reducirse a 1 e incluso a 0,5 cm 2. En general la sintomatología clínica de la estenosis mitral comienza cuando dicha superficie, es inferior a 2cm2. En esta afección el ventriculo izquierdo recibe una cantidad insuficiente de sangre a traves de la estrechez valvular y por tal motivo la musculatura del ventriculo izquierdo tiene poco trabajo y se atrofia. Al reducirse la llegada de sangre al ventriculo izquierdo por la abertura valvular estrechada el volumen minuto es insuficiente, con frecuencia ya en reposo, pero siempre en caso de esfuerzos fisicos. Los tejidos que reciben una cantidad insuficiente de sangre tienen que aprovechar mejor, para cubrir sus necesidades de O. las escasas cantidades de sangre de que pueden disponer. Ello hace que la diferencia de saturación de O. entre la sangre arterial y la venosa sea muy grande. En el sujeto sano esta diferencia es de 4 a 5 vol. %. La cianosis observada a menudo en las extremidades y en las mucosas, no es sino la expresión de un aprovechamiento muy acentuado del O. de la sangre por los tejidos.

Ahora bien, que sucede por encima o antes del obstáculo?

Si comparamos la corriente sanguinea con un rio y la válvula mitral estenosada con un dique transversal a la corriente, antes de dicho dique se formará un remanso. En el caso de la estenosis mitral el remanso se encuentra en la auricula izquierda. El agua que queda por encima del dique se estanca y se extiende ocupando una mayor superficie, de la misma forma, en el corazón se agranda el remanso, lo que se traduce por una dilatación y también hipertrofia de la auricula izquierda.

Pero, el estancamiento repercute más lejos. La circulación sanguinea de los pulmones es afectada asimismo por el remanso. En primer lugar se dilatan las venas pulmonares y luego la estasis afecta incluso al territorio capilar de los pulmones. La sangre que por las arterias pulmonares llega al pulmón se encuentra con la resistencia del territorio capilar estásico. De esta manera el remanso se porpaga tambien a las arterias pulmonares y su tronco, la arteria pulmonar, se dilata. Debido a dicha estasis en la circulación menor, el ventriculo derecho tiene que efectuar un trabajo intenso y en consecuencia dicho ventriculo se hipertrofia primero y se dilata después.

El estudio de las alteriaciones hemodinámicas cualitativas en la esteno-

ela mitral ha experimentado un gran impulso gracias a la introducción del cateterismo cardiaco en el diagnóstico clínico, toda vez que este método permite apreciar cuantitativamente los aumentos de presión asociados con la estasis. El cateterismo cardiaco ha pasado a ser hoy una exploración sistemática para el diagnóstico diferencial de las cardiopatías congénitas y de determinadas lesiones valvulares adquiridas. El empleo del cateterismo en la estenosis mitral permite emitir un juicio preciso y completo sobre las condiciones circulatorias. De hecho es posible medir la presión sanguínea en la aurícula derecha, en el ventrículo derecho, en la arteria pulmonar y en los capilares del pulmón. La presión en estos llamada tensión capilar del pulmón tiene gran importancia porque corresponde con bastante exactitud a la presión existente en las venas pulmonares y en la aurícula izquierda.

Cuales son los valores que se obtienen midiendo la presión sanguínea con la ayuda del cateterismo cardiaco?

En esta valvulopatía es también muy llamativo el aumento de lo que se denomina resistencia pulmonar. Se designan con este término las resistencias dimanantes del aumento de presión en el ventrículo derecho, en las arterias pulmonares y en las arteriolas precapilares del pulmón. En la estenosis mitral la presión en el ventrículo derecho y en la arteria pulmonar iguala en ocasiones el valor medio existente en las arterias periféricas e incluso las rebasa.

En la estenosis mitral merecen especial atención las arteriolas pre-capilares del pulmón. Se ha podido demostrar que en estas arteriolas, probablemente por vía refleja, se produce una contracción espasmódica y con ella un aumento de la tensión cuando la presión media en los capilares pulmonares alcanza o supera el límite, al parecer crítico, de 20-25 mm. de Hg. A la contracción espasmódica siguen luego alteraciones orgánicas de las arteriolas pre-capilares del pulmón que, junto con el aumento de la presión intrapulmonar, explican un síntoma importante de la estenosis mitral, las hemoptisis.

Dados los valores tensionales aumentados y cuantitativamente apreciables en el sistema capilar de los pulmones, se comprende también fácilmente otro cuadro clínico, el edema de pulmón. Aparece cuando la presión hidrostática en los capilares es mayor que la presión oncótica del plasma, lo que hace posible el paso de líquido desde los capilares a los alveolos. Presento a Uds. la clasificación de la American Heart Association, que orienta sobre la frecuencia de aparición e intensidad de los diversos síntomas generales en los cuatro grados de gravedad de la estenosis mitral. Respecto al curso clínico de esta afección, merece señalarse que al cabo de cierto tiempo, variable de un caso a otro, se desarrolla una insuficiencia de la aurícula derecha o bien una insuficiencia del corazón derecho. Si en el cuadro clínico sobresalen la disnea, las hemoptisis y el edema del pulmón, hay una insuficiencia preponderante de la aurícula izquierda. Si se destacan el engrosamiento del hígado, los edemas y la acumulación de líquido en las cavidades naturales, es decir, las ascitis y el hidrotórax, se trata de una insuficiencia del corazón derecho. No sabemos y sobre todo no podemos preveerlo, porque unos pacientes fallecen a causa de la aurícula izquierda y en otros se desarrolla una insuficiencia del corazón derecho.

<u>De que modo interviene el Serpasol en las complicadas alteraciones hemodinámicas de la estenosis mitral.</u>- Hasta ahora se ha intentado mejorar el rendimiento cardiaco en esta lesión aumentando la presión antes de la estrechez valvular. Como es sabido esto solo se consigue insuficientemente con los glócosidos digitálicos, toda vez que la débil musculatura de la aurícula iz-

quierda no está en condiciones de elevar sensiblemente la presión. Por otra parte la digital, determina simultáneamente en la estenosis mitral un aumento de presión en la circulación menor, lo cual resulta indeseable desde el punto de vista terapeutico a causa de la insuficiencia respiratoria. Prescindiendo de los recursos aportados por los métodos quirurgicos en los casos de estenosis mitral, existe una nueva posibilidad, de caracter medicamentoso, de mejorar las condiciones hemodinámicas de esta lesión valvular. Se parte en este caso de la noción de que es necesario prolongar la diastole. Esto puede lograrse mediante la bradicardia la cual solo era posible hasta ahora con los glucósidos digitalicos, que sin embargo, presentan los inconvenientes ya señalados en el caso de la estenosis mitral. Estas consideraciones han llevado a producir una bradicardia con el Serpasol en los casos de estenosis mitral. Como puede verse en el esquema el alargamiento del tiempo de abertura de la mitral y el consiguiente descenso tensional en la auricula izquierda no constituyen sino una de las repercusiones del Serpasol, el cual reduce además toda la resistencia pulmonar. Esto es el resultado de una caída de la presión en las arteriolas pulmonares, en los capilares del pulmón, en la arteria pulmonar y por consiguiente también en el ventriculo derecho. Tiene aquí gran trascendencia el descenso de la presión en las arteriolas pulmonares espasmodizadas. Este efecto del Serpasol no se debe a una espasmolisis se admite más bien una influencia directa sobre estas arterias, dotadas de inervación simpática, a partir del hipotálamo, o sea de la región del cerebro sobre la que actua el Serpasol. Es notable el hecho de que el descenso tensional determinado por el Serpasol en la circulación pulmonar no repercuta para nada en la presión de la circulación mayor. El descenso de la tensión exagerada en la circulación pulmonar es también muy útil en el cor-pulmonar pneumoconiosis, esclerosis pulmonar, etc. dicho efecto del Serpasol puede aprovecharse terapeuticamente. Así pues el Serpasol interviene en diversos aspectos de la hemodinámica de la estenosis mitral; su acción es compleja, al igual que las condiciones reinantes en esta lesión valvular. No hay que olvidar empero que el problema de la estenosis mitral es fundamentalmente de caracter mecánico, a saber, el obstáculo que la abertura valvular estenosada opone al paso de la sangre. Nada más lógico que la supresión de este obstáculo mediante el bisturí. La válvula mitral dista unos 4 cm. de la pared torácica; a pesar de ello dice jocosamente algún clínico, los cirujanos han necesitado casi 2.000 años para recorrer una distancia tan corta. La comisurotomia consiste en ensanchar la abertura estenosad. Este procedimiento que se ha empezado a difundir en nuestro medio, constituye la terapeutica causal de la estenosis mitral. El Serpasol no pretende substituir a la comisurotomia pero, mejora el rendimiento cardiaco, crea condiciones hemodinámicas favorables, retrasa la aparición de la insuficiencia cardiaca y lo que es más presta útiles servicios en el pre-operatorio.

<u>Serpasol en la insuficiencia mitral</u>. - Durante la sistole ventricular la válvula mitral debería estar completamente cerrada, pero la oclusión de la valvula no es total, durante la sistole del ventriculo una parte de la sangre refluye a traves de la abertura mal cerrada, a la auricula izquierda, por lo que esta y toda la circulación pulmonar contiene un exceso de sangre y la estasis así creada se propaga hasta el ventriculo derecho. La auricula izquierda recibe por tanto sangre de dos

orígenes; por una parte de las venas pulmonares y por otra del ventrículo izquierdo a traves de la válvula insuficiente. La consecuencia es que dicha auricula se dilata. El ventrículo izquierdo recibe igualmente una mayor cantidad de sangre y se dilata e hipertrofía; puesto que en la sistole tiene que expulsar un mayor volumen de sangre. También se hipertrofia el ventrículo derecho, que ha de vencer la estasis en la circulación pulmonar. Sin embargo, las cifras tensionales obtenidas mediante el cateterismo cardiaco son muy inferiores a las de la estenosis mitral. Tan solo en caso de insuficiencia inminente del ventrículo izquierdo aumentan de manera considerable las cifras de tensión en la circulación menor. Ahora bien como actua el Serpasol en esta lesión valvular?

Durante la sistole hay un reflujo de sangre a traves de la válvula insuficiente. Es preciso por tanto acortar la duración de la sistole, con lo que la cantidad de sangre que refuye es pequeña. Ello se consigue alargando la diastole o reduciendo la frecuencia cardiaca. El Serpasol se presta de manera especial para este fin en virtud de su efecto bracicardizante. En la insuficiencia mitral la acción del Serpasol consiste principalmente en acortar la sistole, con lo que disminuye la cantidad de sangre que refluye del ventrículo izquierdo a la auricula del mismo lado.

Razones por las que las valvulopatias aorticas no figuran entre las indicaciones del Serpasol.- Imaginemos lo que sucede en la insuficiencia aortica Durante la sistole ventricular la válvula aortica está normalmente cerrada, pero si es insuficiente una parte de la sangre refuye durante la diastole desde la aorta al ventrículo izquierdo. Con objeto de acortar este periodo se produce una taquicardia compensadora. Sería por tanto un contrasentido combatir dicha taquicardia con Serpasol, puesto que tal medida llevaría consigo un empeoramiento de las condiciones hemodinámicas en la insuficiencia aortica.

Si existe una estenosis aortica, la sangre durante la sistole ventricular solo puede pasar a la aorta a traves de una abertura estrechada, es decir, que la aorta recibe menos sangre que en circunstancias normales. Tambien en este caso la naturaleza compensa el transtorno mediante una bradicardia, la cual repercute favorablemente porque no solo prolonga la diastole, sino tambien la sistole, y hace posible por tanto una expulsión más continuada a traves de la válvula estenosada. En los casos en que existe ya una bradicardia el empleo del Serpasol es superfluo.

Serpasol en la insuficiencia cardiaca. En los casos todavia no tratados existe por lo general una taquicardia que por lo común es la consecuencia raras veces la causa, de la insuficiencia cardiaca y representa una medida compensadora, a la larga desfavorable, mediante la cual el corazón insuficiente procura asegurar a la periferia un aporte sanguineo adecuado. Cabe preguntar con razón.... no necesita glucósidos cardiacos un corazón en estas condiciones...? La respuesta es que SI, sin la menor duda ni vacilación; pero en tales casos es conveniente asociar el Serpasol a los glucósidos cardiacos aqui siempre indicados. En lo que se refiere a la duración de la diastole, el Serpasol y la digital actuan en el mismo sentido: reducen la primera y alargan la segunda. Administrando simultaneamente ambas substancias es posible reducir las dósis de digital necesarias. En especial, la insuficiencia aguda del corazón izquierdo en los hipertensos con asma cardiaco y edema pulmonar responde muy bien a la administración parenteral de Serpasol.

Me preguntarán si el Serpasol posee una acción dilatadora de las coronarias, debo responderles que no, pero la bradicardia determinada por el Ser-

pasol reduce el trabajo del corazón y con ello el miocardio requiere menos irrigación. Desde el punto de vista de fisiopatología de la circulación coronaria sabemos hoy perfectamente lo siguiente: estudiando las diversas fases del flujo coronario en relación con el ciclo cardiaco, el flujo decrece progresivamente durante la sistole, hasta detenerse completamente al final de este; inmediatamente después del comienzo de la diastole, la velocidad de circulación coronaria aumenta rápidamente alcanzando un máximun en la mitad de la diastole. Como conclusión puede afirmarse que la compresión intramural sistólica no es ordinariamente suficiente para detener el flujo coronario pero que si ejerce un retardo en él. Otro motivo fundamental para el empleo del Serpasol en los transtornos estenocárdicos es su acción serenante y relajadora, que proteje al paciente de las influencias nocivas del medio sobre el aparato circulatorio.

Serpasol en el infarto cardiaco.- Es de utilidad el empleo del Serpasol en el estado consecutivo al infarto cardiaco, o sea, de 8 a 10 dias despues del acceso agudo. Aquí lo importante es descargar al miocardio mediante la producción de una bradicardia. En el estado consecutivo al infarto cardiaco sobre todo cuando existe una forma rápida de irritmia absoluta, es importante provocar lo antes posible una disminución de la frecuencia cardiaca. Dado que en tales casos la administración de digital implica un mayor peligro de aleteo ventricular, aquí está siempre justificado ensayar el Serpasol. Por añadidura el Serpasol es apropiado para el tratamiento ulterior de pacientes que, aun cuando se han recuperado de la trombosis coronaria, se sienten temerosos y presentan todavía taquicardia.

El Corazón del Hipertiroidismo y el Serpasol.- Los síntomas concomitantes del hipertiroidismo que se observan con regularidad son, como es sabido: la taquicardia y las palpitaciones. Precisamente estos sintomas son los que intranquilizan con frecuencia a los enfermos basedowianos, ya de si nerviosos. Aqui la acción bradicardizante del Serpasol se hace sentir muy favorablemente. En determinadas circunstancias puede lograrse con el Serpasol incluso una disminución de la frecuencia cardiaca cuando esta no se reduce suficientemente en el curso del tratamiento con tireostáticos. También en las lesiones de carácter tóxico bastante marcado del sistema cardiocirculatorio es decir, en el corazón basedowiano, esta justificado el empleo del Serpasol.

Los trastornos cardiacos de origen nervioso.- Para el tratamiento de los mismos el Serpasol representa una posibilidad del todo nueva, pues este medicamento no solo ejerce una acción serenante general, sino también diversos efectos amortiguadores sobre el sistema circulatorio. Asi por Ej. enfermos que se quejan de palpitaciones, opresión o sensaciones desagradables en la región precordial, pero en los que no se comprueba una cardiopatía orgánica (caso de una enferma vista recién en el servicio del Dr. Loup) reaccionan favorablemente al tratamiento cib Serpasol. En los pacientes de trastornos cardiacos funcionales existe con frecuencia una taquicardia que acentua todavia más el nerviosismo, la intranquilidad, el eretismo y los estados de angustia. El circulo vicioso asi engendrado es interrumpido por el Serpasol, que de este modo suprime los sintomas funcionales del aparato circulatorio.

Para concluir, subrayaré que no pretendo dar a conocer el Serpasol como un medicamento cardiaco. Constituiría un desacierto hablar del Serpasol como una "superdigital". El Serpasol no actúa ni mejor ni peor que los glucósidos cardiacos, sino de manera distinta. (Por esto he dado a esta comunicación el titulo de "posición del Serpasol en cardioterapia").

•••

P U N C I O N E S T E R N A L

(actualización)

Dr. Mario Ergueta Solares

Desde su introducción en clínica por Arinkin en 1928, la punción esternal ha ido enriqueciendose en nuevos conocimientos, tanto en su parte técnica, como en su interpretación diagnóstica, jugando hoy día un papel preponderante como medio auxiliar, tanto en hematología, como en la clínica general; algunas de ellas expondré en el presente artículo.

En la parte técnica, más de incumbencia del especialista, pero sin perder importancia para el médico general apesar de mantenerse la tradicional punción por la tabla externa del esternón, mediante las conocidas y variadas trócares ideados para éste efecto, desde hace tiempo en nuestro servicio, utilizamos la punción lateral, abordandolo por sus bordes derecho e izquierdo, método que reporta los siguientes beneficios: 1o.- simplificación del material de punción, no se necesita tócar especial, simplémente una aguja hipódermica de calibre mediano con su respectivo mandril. 2o.- Facilidad de la trepanación ósea, por el menor espesor de hueso en sus bordes. 3o.- Técnica sencilla siempre que se tomen en cuenta:

a) El punto de abordamiento de los tegumentos, que es a 1 cm. del borde esternal y segundo espacio intercostal.
b) Cálculo exacto de la profundidad que debe tomar el bizel de la aguja, para alcanzar exactamente la parte saliente o central del borde esternal, que estará dado por el espesor de los tegundos, más propiamente por el grosor del tejido celular sub cutaneo.
c) Facilidad para mover la aguja en direcciones diferentes y tomar muestras variadas.
d) Se evita la sensación las más de las veces de pánico provocado en el paciente, al verse con el médico, encima de él, tratando de horadarle el hueso, mucho más si por causa patológica, ej. osteosclerósis, tiene aumentada su densidad ósea; además en las manipulaciones, merced a elasticidad de los arcos costales se ejercen compresiones sobre el torax, que aumentan el susto de los enfermos. Detestable resultado que algunos autores preconizen la trepanación mediante golpes de martillo. Estas ventajas redundan en beneficio del paciente y enfermo, ya que nos permite efectuar punciones sucesivas, necesarias en muchos casos para controles de tratamiento y pronósticos. El único peligro, desde luego lejano, sería alcanzar la arteria mamaria interna, evitable con la buena técnica.

En ciertos casos es necesaria la punción selectiva de zonas, ej. zonas de autolísis para comprobar su naturaleza, así como para establecer su evolución. Para establecer la extensión de ciertas hemopatias se procede a la punción acoplada en diferentes sitios y en mismo dia, siendo los lugares de elección: esternón, cresta iliaca, apófisis espinosas vertebrales, etc.

Una vez obtenido el material es útil apreciar la riqueza en grasa del producto, mediante la sumersión del

mismo en agua, y apreciación a trasluz; los trozos grandes de medula deben incluirse en parafina, para el estudio anatomo-patológico, el cual nos reportara valiosos datos, no obtenibles con dos frotis e impresiones, tales como la disposición y ordenamiento celulares y la riqueza en fibras teticulares del estroma. Ultimamente se practica los cultivos en los medios de Fieschi, para observar las células sin las alteraciones autolíticas de la muerte, procedimiento muy útil para las investigaciones citomorfológicas. En ocasiones es dificil el diagnóstico de la enfermedad del sueño; por la pobreza en tripanosemas de la sangre periférica, estando indicado un mielocultivo en medio de Weinman, por acantonarse los tripanozomas en mayor cantidad en la médula; así mismo muchas brucellosis que aún años antes se habia negativizado la sangre periférica, el mielocultivo, nos puede revelar tal latencia.

El aspecto más interesante y nuevo del mielograma, es el referente a las mielometóstasis tumorales malignas; según las estadísticas clínicas, un 30% de las neoplasias malignas, formarián metátasis medulares, no habiendose precisado hasta hoy la cronología de las mismas, siendo el criterio predominante de que se producen en las fases finales del mal. Ultimamente Paniagua (Madrid) sugiere de acuerdo a sus observaciones personales, que en muchos casos las matástasis medulares serian bastantes precoses, muchas veces aún antes de poder determinar su punto de origen, casos bastante frecuentes en clínica y que constituyen un rompecabezas para el clínico, es evidente que avanzariamos poco, si solo las descubrieramos sin poder indicar su punto de partida; sin embargo según el citado autor en muchos casos se podría identificar ciertas caracteristicas morfológicas, para aseverar la procedencia de dichas células, labor que requeriria la colaboración estrecha del anátomo patólogo. Este problema apasionante todavia no se ha dilucidado, debiendo merecer la atención de los investigadores para dar la pauta definitiva, debiendose establecer como puntos fundamentales, la cronología de las metástasis, la modalidad reactiva de los diferentes blastomas malignos y como punto fundamental la importancia que pudiera surgir con nuevas técnicas para efectuar, un diagnostico precóz, trabajos de gran envergadura y sistémica, que tal vez ya estan en plena ejecución.

Estas diseminaciones son micrometástasis monoformas, constituidas por un cúmulo más o menos numeroso de células indiferenciadas, o más propiamente con caracteres de malignidad, tanto nucleares como ciplásmicas, que recuerdan por su morfología a sus células de origen, agrupadas en forma sincitial, ubicandose en la parte inicial de los frontis. Es necesario para hallarlas el estudio prolijo y pacienzudo de muchisimos frotís e impresiones.

En la patología del retículo endotelio, el mielograma nos ofrece mucha ayuda, a veces diagnósticos exclusivos, se sobre entiende que primará la clínica y demás medios auxiliares, como ejemplos citaremos el hallazgo de focos granulomatosos epiteliodes en la Sarcoridosis de Boeck, las llamadas hematogonias de Vogel en el Linfoblastoma folicular, hiperplasia de células gigantes en el Sarcoma de Ewing, hiperplesia reticular plasmática en el Mieloma, etc.,etc.

En Hematoloffa, muchos procesos se manifiestan en forma primaria y primaria y exclusiva en la médula ósea, antes de traducirse en sangre periférica, tal sucede en algunas anemias aplásticas, clasificadas de idiopáticas, solo por el hemograma, en tanto que el miolograma revela una leucemia mielobiástica aleucémica, diferenciación que se asegura por la presencia de células cebadas en mayor número en la primera, y ausencia en la segunda (Paniagua, Madrid). Ciertas esplenomegalis febriles, pueden revelar en médula, células

de Stemberg y aclarar un Hodgkin atípico. La diferenciación de una agranulositosis por defención de maduración o por médula yerma nos aclara exclusivamente el mielograma, igualmente para aclarar si se trata de una eritremia verdadera tipo Di Gublielmo o una hiperplasia medular secundaria a mielosclerosis. En las púrpuras, especialmente para diagnóstico de enfermedad de Werlhof, se procede no solo a la apreciación morfológica de los megacariocidos, sino a su recuento porcentual y verificación de pruebas inmuno hematologicas con las plaquetas medulares.

Es necesario recalcar, que quién lea los mielogramas, debe ser un especialista con muchos años de experiencia en este trabajo, que debe abstraerse de todo subjetivismo y parcialidad para enjuiciar los caracteres morfológicos, mas aún debe tener como recurso primordial la clínica y demás datos auxiliares, para realizar un trabajo bien cimentado.

Por último, hoy en día, los resultados de mielograma, expedidos solo con números, no tienen ningún valor siendo de imprecindible necesidad, de elevar los mielogramas con un informe lo más conciso y útil posible para que esté al alcance del médico general.

ooooo

LOS GRUPOS SANGUINEOS RELACIONADOS A LA MEDICINA LEGAL

Jorge Ergueta Collao
Director del Banco de Sangre del
Hospital Gral. de Miraflores.

Los conocimientos que se tienen actualmente sobre los grupos sanguíneos, son variados y complejos, por tal motivo, la aplicación que se hace de ellos en el campo de la medicina tiene un inegable respaldo científico. En Medicina Legal presta un positivo beneficio para dilucidar ciertos casos extremamente dudosos. Durgen, Hirzfeld y Bernstein en sus trabajos sobre transmisión y herencia de los grupos sanguíneos han dado un positivo paso de avance que repercutió pronto y favorablemente, gracias a estos estudios se puede, en muchos casos, determinar una paternidad dudosa y reconocer la legitimidad de un hijo. Nuestro Código Penal vigente, no legisla sobre las pruebas sanguíneas para el reconocimiento de los hijos ilegítimos, sin embargo, en reiteradas oportunidades a pedido de autoridad legal, hemos realizado algunas determinaciones sanguíneas en busca de la legítima paternidad. Este problema indudablemente tiene un interés práctico evidente, existiendo otros menos conocidos que los citaremos a continuación.

La identificación y la clasificación de las manchas de sangre constituyen otro problema tan interesante como el anterior; desde luego, interesará conocer previamente, si una mancha de sangre pertenece a la especie humana o a otra animal. La prueba de Unlenhut y Wassermann con sueros precipitantes de específicos de especie y por medio de la espectrografía se logra una perfecta identificación. Identificada una mancha de sangre como perteneciente a la especie humana, en frecuentes casos se precisará hacer una identificación aún más específica, como la de conocer si pertenece a una determinada persona (generalmente la victima), pues en números casos de homicidio o asesinato, se descubren ropas del presunto asesino manchadas de sangre. En este caso, usando la técnica descrita por Lates se puede lograr una perfecta identificación, basandose en la investigación de isoaglutininas contenidas en la sangre seca. Esta investigación de isoaglutinina se practica preparando previamente un extracto bastante concentrado de la mancha de sangre, conseguido éste, se colocan en un portaobjetos tres gotas bastantes separadas unas de otras de este extracto, y sobre cada una de estas gotas se colocan glóbulos rojos diluídos de los grupos O, A y B, se mezclan convenientemente los glóbulos rojos y el extracto para luego obtener los resultados mediante observación microscópica. Este método bastante simple, sin embargo no siempre muestra resultados satisfactorios, siendo el factor tiempo el que en determinados casos altera la composición de las isoaglutininas.

Existe un método con el que se obtienen resultados bastante satisfactorios, éste se basa en la investigación de Aglutinógenos por la absorción de aglutininas conocidas; se funda en la desaparición de la aglutinina específica. Este método ha permitido hacer una tipificación correcta de las manchas de sangre y aún en ciertas muestras de esperma. Un suero anti-A quedará desprovisto de su aglutinina alfa, si es puesto en presencia de una mancha de sangre que tenga el aglutinógeno A.

Pueden darse las siguientes posibilidades:

1.- Que en el sistema anti-A más

A no aparezca aglutinación;el suero ha sido absorbido o agotado por acción de la sangre desecada, entonces podemos con seguridad aceptar que pertenece al grupo A.

2.- Que el sistema anti-B más B no aparezca aglutinación la ssangre desecada ha absorvido el poder aglutinante del suero, por tanto, pertenece al grupo B.

3.- Que en ninguno de los dos sistemas aparezca aglutinación; por tanto, la sangre pertenecerá al grupo AB.

4.- Que en los dos sistemas se produzca aglutinación, en tal caso aceptamos que la sangre de la mancha desecada no ha tenido poder de absorción, y por tanto pertenecerá al grupo O.

Un hecho digno de mejor investigación es el correspondiente al hallado en el cuarto resultado, efectivamente existirá una duda en clasificar como un típico grupo O, pues podría pensarse que el poder de absorción se debilitó o perdió definitivamente con el tiempo transcurrido. Estas dudas se pueden en parte aclarar con la ayuda de un suero anti-Shiga, de propiedades aglutinantes anti-O ,do bienuebuscarla acción aglutinante anti-O de un suero de carnero. Es cierto que también las sangres de grupo A 2 podrían en muchos casos dificultar esta investigación.

Los daneses en su Escuela de Medicina Legal, han realizado gran número de ensayos, siendo Christensen el principal impulsor de estas técnicas y Therkelsen el que ha reglado en detalle estas pruebas de absorción para la investigación de la naturaleza grupal de los objetos manchados con sangre humana.

Las investigaciones sobre tipos M yy N en sangre humana desecada no ofrecen por ahora muchas ventajas sobre los anteriores métodos, sin embargo existen muchos investigadores dedicados a resolver estos problemas tan importantes en el campo de la medicina criminológica.

ooooo

FACTOR DECELERADOR

(Artículo extractado The Journal of Aviation Medicine) de Febrero de 1951.

Todo el trabajo del presente estudio ha sido realizado en la base aérea Edwards de las fuerzas aéreas en Muroc, California al proyecto ha sido planeado y organizado para contestar preguntas tales como: Por qué una persona resulta muerta y otra no afectada en el mismo accidente de aviación? La supervivencia de personas expuestas a fuerzas lineares de corta duración, gran magnitud y alta frecuencia en choques aéreos simulados han resultado ser un problema cada vez más importante para las fuerzas aéreas de los EE.UU. y en general para la aviación militar y civil.

En adición al problema básico de determinar los factores que permitan salvar a los pasajeros aéreos de la muerte o de lesiones graves en choques o aterrizajes forzosos en tierra o agua, surgieron otros a los cuales este estudio pueda ser de beneficio. Estos son:

1.- Para un espacio y orientación del cuerpo dados, cuál es la tolerancia humana a la aceleración con respecto a la magnitud, duración y frecuencia de aplicación?

2.- Qué equipo o implementos pueden ser desarrollados para incrementar esa tolerancia?

Para obtener respuestas experimentales a estas preguntas se construyó un equipo para el control de fuerzas lineares, por medio del cual los tres factores importantes de aceleración, magnitud, frecuencia de variación y duración pueden ser alterados independientemente.

Un trinéo a propulsión que se desliza sobre rieles en una distancia de 2.000 pies es el instrumento con el que se han llevado a cabo estos estudios.

A una distancia de 1.250 p. de la partida se dispone entre los rieles de 45 juegos de frenos de fricción. 2o.- En la cara inferior del trinéo están dispuestas a lo largo 2 quillas de 11 p. de longitud. Cuando el trinéo es impulsado a 240 millas por hora, los frenos son apoyados sobre las quillas con una presión y secuencia predeterminadas. Los valores de operación son de 10 a 60 g. (1 g.= Fuerza de gravitación) con duraciones de 0.35 a 0,8 seg. y frecuencias de variación de deceleración de 500 a 3.000 g. por seg.

Los instrumentos para registrar las reacciones durante la deceleración son: Cámaras fotográficas de alta velocidad montadas sobre el trinéo y otras dispuestas paralelas al área de freno para registro de perfil de los desplazamientos; y, 4 canales telemétricos de trasmisión desde los acelerómetros colocados en las correas de fijación del sujeto.

Las frases de una prueba pueden ser descritas de la siguiente forma:

1o.- El trinéo es colocado 700 p. delante de la entrada del area de freno.

2o.- El funcionamiento de 3 motores de propulsión proporciona 3.000 li

bras de fuerza por un espacio de 5 seg.

3o.- El trinéo alcanza una velocidad de 177 m.ph. en una distancia de 500 p.

4o.- Desde este punto disminuye la velocidad a 145 m.p.h., concediendo al piloto un espacio de tiempo para alistarse para el choque.

5o.- En menos de 1/5 de seg. 8 juegos de paletas de freno son aplicadas, obteniendose la reducción de velocidad a 70 m.p.h.

En esta prueba se alcanza un valor de 35 g. de deceleración, con una frecuencia de 1.200 g. por seg. por un espacio de 1/5 de seg.

La variación de 75 mph, de velocidad en esta deceleración, es comparable a un choque contra un obstáculo de un automóvil que lleve una velocidad de 75 mph. y que lo haga parar en menos de 7 mtrs. de distancia.

Tolerancia Humana a la Deceleración
Sumario de 166 Pruebas

En nuestro programa de investigaciones se ha combinado tanto el orden práctico como el teórico. Los resultados se han limitado a algunos experimentos bien escogidos, debido al daño inherente a los sujetos sometidos a las pruebas, así como al uso y desgaste de la maquinaria, a las dificultades en obtener buenos registros por medio de instrumentos y el relativo alto precio de cada prueba.

Una economía de esfuerzos ha sido logrado, combinando la investigación paulatina de los valores de la tolerancia humana, simultaneamente al desarrollo de adecuados medios de protección (cinturones de fijación).

La posición sentada de espaldas fué la primera en estudiarse por su gran importancia para la salvaguardia de los pasajeros.

Cinco voluntarios fueron sometidos a un total de 19 tests, en esta posición, cubriendo un valor de 10 a 35 g. de deceleración con 5 g. de incremento en duraciones de 0.42 a 0.11 seg en dos series de frecuencias de variaciones, una de 500 g. por seg. y la otra de 1.000 a 1.200 g. por seg. El máximo logrado fué de 35,4 g. de deceleración por un espacio de 0.16 seg. a una frecuencia de 1.200 g. por seg. Mediciones por medio del acelerómetro de tórax registraron picos de 57 g. por un espacio de 0.02 seg. con fuerzas mayores a 8.800 libras sobre el área dorsal del sujeto. En ninguno de los experimentos en la posición sentado de espaldas han sido observados fenómenos mayores a los de pequeño malestar en los sujetos. Subjetivamente la mayor frecuencia en la variación de deceleración se hacía notoria sin presentarse sin embargo manifestaciones que puedan ser consideradas más graves. La total ausencia de cambios persistentes fisiológicos o patológicos indican que los límites de la tolerancia en esta posición no habían sido alcanzados.

El único equipo de sujeción empleado en estas series consistió en un cinturón de fijación a la altura de los muslos, como banda de fijación y soporte para el instrumental de registro. La aplicación de un segundo cinturón a la altura de las axilas, se observó que no era imprescindible.

Los sujetos fueron sometidos a un examen clínico detallado antes de cada prueba. Antes de las 6 horas que precedían a cada prueba el piloto debía permanecer en ayunas. Los exámenes practicados a cada individuo despues de las pruebas indicaron que no se registraban cambios significativos excluyendo aquellos debidos a factores emocionales. Como resumen y conclusión a estos 19 experimentos se puede decir que en la posición sentado de espaldas, con una protección de una banda de fijación a la altura de los muslos, posi-

ción adecuada de descanso de la cabeza y acolchonamiento conveniente en el espaldar, cualquier pasajero aéreo está en condiciones de ser sometido a una deceleración de 35 g. en la duración que normalmente se registra en los choques aéreos. Estaría ademas en condiciones de salir de la nave si se provee de un material apropiadamente resistente para los asientos de descanso.

Una serie de 36 experimentos en la posición de sentado de frente fué llevada a cabo con los siguientes objetivos: 1o.- Determinar el límite de la tolerancia humana a fuerzas de deceleración aplicadas al cuerpo en esta orientación; 2o.- Evaluar, y desarrollar el equipo y material de construcción que pueda servir para una eficiente protección de los individuos sometidos a tales pruebas.

Para este objeto fueron sometidos a las pruebas 7 voluntarios. Se registró un solo accidente de fractura de cabeza de radio, ocurrida a un individuo por desplazamiento brusco del brazo de una deceleración de 38.1 g. Otras alteraciones se redujeron a pequeñas fracturas cartilaginosas, schoks, circulatorios pasajeros y disminución de la presión sanguinéa. No se observó ningún fenómeno irreversible o persistente.

Resultados.- De todas estas experiencias se puede extractar como conclusiones lo siguiente:

1.- Una deceleración de 40 g. con una frecuencia de aplicación de 1.200 g.p.s. por un espacio de 0.12 seg. puede ser resistida sin producir daños irreversibles siempre que se fije adecuadamente el cuerpo mediante correas dispuestas en las piernas y los hombros. Valores de 60 g. por espacios de 0.02 seg. han sido igualmente bien tolerados.

2.- Los equipos utilizados al presente por las fuerzas aéreas americanas para protección y sujeción de los pilotos no son del todo eficientes, ya que no pueden ser sometidos y empleados en deceleraciones mayores a 17 g.

3.- La modificación más importante que debe llevarse a cabo para estos equipos consiste en una correa para las extremidades en forma de B.

4.- Es de mayor conveniencia una fijación no muy ajustada del tren inferior a favor de una sujeción mayor y más fuerte del tren superior.

5.- Se hace de vital importancia que el desarrollo de materiales de construcción para cabinas, asientos y correajes de protección sean los problemas a los que se deba prestar mayor atención ya que la tolerancia del cuerpo a la deceleración, tanto en la posición sentado de frente como de sentado de espaldas es enorme.

•••

NECROSIS DE LA PARED VESICULAR EN LA DECLINACION DE UNA COLECISTITIS AGUDA

Por Ch. Debray. J.P. Hardouin y otros.
"La Semaine des Hopitaux" No. 69/7 Nov. 1956.

Los autores hacen una breve reseña de la colangiografía por vía endovenosa mediante el uso del compuesto yodado Adipiodon (Comercialmente biligrafina, radio-selectan biliar, Colegrafín, etc.) mejorada con la prueba de la morfina. La técnica consiste en inyectar medio c.c. de morfina endovenosa 40 minutos después de la inyección del adipiodon, es decir, durante la máxima eliminación de este cuerpo por la bilis. La acción de la morfina consiste en cerrar bruscamente el esfínter de Oddi, mientras se produce la secreción biliar opaca a su máximo, siendo retenida en las vías biliares que se dilatan, permitiendo la mejor visibilidad de los conductos y la vesícula si es permeable; la duración de la acción de la droga es alrededor de una.

Esta prueba es valiosa, sobre todo en casos de vesícula excluída o de dudas en la observación de este órgano en la colecistografía por vía oral y también en los enfermos colecistectomizados para el estudio del hepatocoledoco. Sin embargo, fuera de estas ventajas la prueba debe restringirse a los casos mas necesarios y estudiando al enfermo sobre su modo de reaccionar a la morfina, ya que en ciertos casos suele producir náuseas, vómitos, astenia y desencadenar crisis de cólicos biliares por la hiperpresión en las vías biliares, que se combaten y ceden rapidamente con la atropina.

La observacion clínica que refieren los autores, constituye una excepcional complicación de esta prueba y que sin embargo pone en guardia contra la posibilidad de su empleo en los cuadros vesiculares agudos y aún pasados varios días de la crisis. Se trata de un paciente que tuvo una clara colecistitis aguda con temperatura de 39 grados, 22.200 leucocitos, 93% de neutrófilos, dolor violento sub - costal derecho, tumoración vesicular, etc. Es tratado con antibióticos, antiespasmodicos, hielo y reposo; se enfría el proceso paulatinamente en una semana. 20 días después del comienzo se practica una colangiografía

venosa que muestra mediana opacificación de las vías biliares sin verse la vesícula; para comprobar si la exclusión vesicular es efectiva, una semana después se le hace una colangiografía con prueba de morfina que da excelentes imágenes radiológicas con normalidad del hepato - colédoco y vesícula llena de calculos; una hora después de la inyeccion de morfina el paciente sufre un violento dolor en puñalada en la region vesicular, escalofríos, vómitos, presion baja, contractura del hipocondrio derecho; el examen de sangre da leucocitosis de 9.000 con 87% de neutrófilos. En la operación practicada de urgencia se extirpa una vesícula grande de aspecto necrótico, cubierta de manchas amarillo hemorragicas. La evolucion post - operatoria fue buena, saliendo el paciente curado a los 15 días.

El estudio de la pieza muestra una vesícula voluminosa de paredes gruesas esclerosas; la cavidad contiene un magma fibrinoso con numerosos cálculos pigmentados; lavada la cavidad se nota la pared negruzca necrotica con apenas restos de mucosa; cerca del fondo vesicular hay un absceso intraparietal casi a punto de perforarse al exterior. Se trata por consiguiente de una colecistitis cronica reagudizada por un poussee ulceroso difuso necrotizante; todo esto comprobado en el examen histopatologico. La relacion de causa a efecto entre la colangiografía-morfina y la necrosis, lo demuestra el curso cronologico de los accidentes.

Los autores analizan el proceso de accion del adipiodón y la morfina y concluyen que separadamente estas substancias no podían producir los accidentes y que ambas eran las responsables por el mecanismo siguiente: el adipiodón actua como coleretico aumentado la cantidad y presión de la bilis en las vías biliares, presión que se hace aún mas intensa con el espasmo del Oddi cuando se pone morfina endovenosa; a esto añaden, que tal vez el adipiodon como compuesto yodado actue también irritando el tejido vesicular enfermo.

La conclusión práctica es la de no efectuar colangiografia endovenosa y morfina, no solo en los procesos de colecistitis aguda, sino también en su declinación, esperando que pase el tiempo suficiente como para estar seguros del enfriamiento total del proceso.

* * * *
* * *
* *
*

Sanidad y Beneficencia
Volumen 15 Nos. 1 y 2

Los adelantos clínico - quirurgicos estan condicionados en la pre medicacion de los hipertiroidismos graves. Hacen unos 15 años Plumber indica resultados halagadores con la administracion de yodo, consiguiendo mayor consistencia de la glandula, menor liberacion de hormona tiroidea y disminucion en su vascularizacion, siendo este resultado transitorio y es en atencion a esto, que en la actualidad se cuentan con drogas como el thiouracilio el propil thiouracilio, los imidazoles igualmente el compuesto radioactivo de yodo lanzado por la Comision de Energía Atomica de los Estados Unidos, habiendo todas estas drogas demostrado extraordinaria utilidad, pero, aún sigue siendo la cirugía del tiroides preponderante.

Usese la Thiourea como terapeutica ideal preoperatoria, bloqueando la conversion de yodo inorganico en organico, disminuyendo la tiroxina, usando de 300 a 500 mlg. se consigue bajar el metabolismo basal 1% diario.

Los imidazoles aventajan a las otras enunciadas, por ser menos toxicas, utilizando de 20 a 40 mlg. diarios. Algunos autores indican el uso de los derivados del thiouracilo con el frenantol tendiente al control de la hormona tirotropa hipofisiaria.

Conociendo la facultad del tejido tiroideo de fijar yodo circulante, se ha ideado el uso de yodo radioactivo para provocar la destruccion de células glandulares y regular la produccion hormonal, este preparado es el I 131, se lo usa como medio de diagnostico en razón a la gran avidez del tejido hiperplasico por el yodo circulante. Despues de 24 horas de haber administrado una cierta cantidad (50 microcuries) colocamos el medidor Geiger sobre el tiroides y si vemos que ha sido fijado en el tejido glandular más del 45% de I 131 nos evidenciará un estado de hipertiroidismo. Siendo esta prueba mucho mas exacta que el metabolismo basal y aun de la medición del yodo proteico plasmático, teniendo esta prueba algunos incovenientes como los resultados falso positivos en casos de bocio simple por deficit de yodo en la die-

ta y ávido, por lo tanto de esta substancia. El isotopo de I radioactivo por estar en estudio debe reservarse para el bocio tóxico difuso y para algunos pacientes con tirotoxicosis sin bocio.

La radioterapia tiroidea se usa en la actualidad en ciertos casos de malignidad y en algunas tiroiditis.

J.A.P.

* * * * *

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA RESERPINA EN PSIQUIATRIA

La Semaine des Hopitaux No. 69/7. Nov. 1956.

Se resume un comentario sobre los resultados obtenidos por Borenstein y colaboradores con el uso de la reserpina en psiquiatría consignados en "Anales Médico - psicológicos" T.I, Abril de 1956.

Posología y curso del tratamiento .- Las dosis han sido determinadas por el síndrome mental, la edad y las reacciones individuales de los enfermos. Las dosis de comienzo han variado de 1 a 3 mlg. y aumentadas progresivamente a 5, 7, 9, o 12 mlg. rara vez a 15 o 17 por día. Una vez llegada a la dosis eficaz ha sido necesaria mantenerla cierto tiempo, entre 15 días a 2 meses, antes de descender a la dosis de mantenimiento; la disminución se hace progresivamente hasta la dosis mínima favorable; el tratamiento oral se hace en dosis fraccionada por día. La vía intramuscular se ha usado en enfermos en que no se podía hacerlo por ingesta, consiguiendo mejorías mas rapidas, lo q' ha incitado a usarla en casos agudos.

Entre los incidentes mas notables del tratamiento se mencionan los de la temperatura, pulso y presión arterial. La temperatura disminuye por debajo de 37 grados.

La bradicardia es constante, pero se puede a veces comprobar subida del pulso alrededor de 100 durante 24 horas. La tensión arterial baja desde las primeras dosis, tanto en la máxima como en la mínima.

NECROSIS DE LA PARED VESICULAR EN LA DECLINACION DE UNA COLECISTITIS AGUDA

Por Ch. Debray. J.P. Hardouin y otros.
"La Semaine des Hopitaux" No. 69/7 Nov. 1956.

Los autores hacen una breve reseña de la colangiografía por vía endovenosa mediante el uso del compuesto yodado Adipiodon (Comercialmente biligrafina, radio-selectan biliar, Colegrafín, etc.) mejorada con la prueba de la morfina. La técnica consiste en inyectar medio c.c. de morfina endovenosa 40 minutos después de la inyección del adipiodon, es decir, durante la máxima eliminación de este cuerpo por la bilis. La acción de la morfina consiste en cerrar bruscamente el esfínter de Oddi, mientras se produce la secreción biliar opaca a su máximo, siendo retenida en las vías biliares que se dilatan, permitiendo la mejor visibilidad de los conductos y la vesícula si es permeable; la duración de la acción de la droga es alrededor de una.

Esta prueba es valiosa, sobre todo en casos de vesícula excluída o de dudas en la observación de este órgano en la colecistografía por vía oral y también en los enfermos colecistectomizados para el estudio del hepatocoledoco. Sin embargo, fuera de estas ventajas la prueba debe restringirse a los casos mas necesarios y estudiando al enfermo sobre su modo de reaccionar a la morfina, ya que en ciertos casos suele producir náuseas, vómitos, astenia y desencadenar crisis de cólicos biliares por la hiperpresión en las vías biliares, que se combaten y ceden rapidamente con la atropina.

La observacion clínica que refieren los autores, constituye una excepcional complicación de esta prueba y que sin embargo pone en guardia contra la posibilidad de su empleo en los cuadros vesiculares agudos y aún pasados varios días de la crisis. Se trata de un paciente que tuvo una clara colecistitis aguda con temperatura de 39 grados, 22.200 leucocitos, 93% de neutrófilos, dolor violento sub - costal derecho, tumoración vesicular, etc. Es tratado con antibióticos, antiespasmodicos, hielo y reposo; se enfría el proceso paulatinamente en una semana. 20 días después del comienzo se practica una colangiografía

venosa que muestra mediana opacificación de las vías biliares sin verse la vesícula; para comprobar si la exclusión vesicular es efectiva, una semana después se le hace una colangiografía con prueba de morfina que da excelentes imágenes radiológicas con normalidad del hepato - colédoco y vesícula llena de calculos; una hora despues de la inyeccion de morfina el paciente sufre un violento dolor en puñalada en la region vesicular, escalofríos, vómitos, presion baja, contractura del hipocondrio derecho; el examen de sangre da leucocitosis de 9.000 con 87% de neutrófilos. En la operación practicada de urgencia se extirpa una vesícula grande de aspecto necrótico, cubierta de manchas amarillo - hemorragicas. La evolucion post - operatoria fue buena, saliendo el paciente curado a los 15 días.

El estudio de la pieza muestra una vesícula voluminosa de paredes gruesas esclerosas; la cavidad contiene un magma fibrinoso con numerosos cálculos pigmentados; lavada la cavidad se nota la pared negruzca necrotica con apenas restos de mucosa; cerca del fondo vesicular hay un absceso intraparietal casi a punto de perforarse al exterior. Se trata por consiguiente de una colecistitis cronica reagudizada por un poussee ulceroso difuso necrotizante; todo esto comprobado en el examen histopatologico. La relacion de causa a efecto entre la colangiografía-morfina y la necrosis, lo demuestra el curso cronologico de los accidentes.

Los autores analizan el proceso de accion del adipiodón y la morfina y concluyen que separadamente estas substancias no podían producir los accidentes y que ambas eran las responsables por el mecanismo siguiente: el adipiodón actua como coleretico aumentado la cantidad y presión de la bilis en las vías biliares, presión que se hace aún mas intensa con el espasmo del Oddi cuando se pone morfina endovenosa; a esto añaden, que tal vez el adipiodon como compuesto yodado actue tambien irritando el tejido vesicular enfermo.

La conclusión práctica es la de no efectuar colangiografía endovenosa y morfina, no solo en los procesos de colecistitis aguda, sino tambien en su declinación, esperando que pase el tiempo suficiente como para estar seguros del enfriamiento total del proceso.

* * * *
* * *
* *
*

PROGRESOS ACTUALES EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Sanidad y Beneficencia
Volumen 15 Nos. 1 y 2

Los adelantos clínico - quirurgicos estan condicionados en la pre medicacion de los hipertiroidismos graves. Hacen unos 15 años Plumber indica resultados halagadores con la administracion de yodo, consiguiendo mayor consistencia de la glandula, menor liberacion de hormona tiroidea y disminucion en su vascularizacion, siendo este resultado transitorio y es en atencion a esto, que en la actualidad se cuentan con drogas como el thiouracilio el propil thiouracilio, los imidazoles igualmente el compuesto radioactivo de yodo lanzado por la Comision de Energía Atomica de los Estados Unidos, habiendo todas estas drogas demostrado extraordinaria utilidad, pero, aùn sigue siendo la cirugía del tiroides preponderante.

Usase la Thiourea como terapeutica ideal preoperatoria, bloqueando la conversion de yodo inorgánico en organico, disminuyendo la tiroxina, usando de 300 a 500 mlg. se consigue bajar el metabolismo basal 1% diario.

Los imidazoles aventajan a las otras enunciadas, por ser menos toxicas, utilizando de 20 a 40 mlg. diarios. Algunos autores indican el uso de los derivados del thiouracilo con el frenantol tendiente al control de la hormona tirotropa hipofisiaria.

Conociendo la facultad del tejido tiroideo de fijar yodo circulante, se ha ideado el uso de yodo radioactivo para provocar la destruccion de celulas glandulares y regular la produccion hormonal, este preparado es el I 131, se lo usa como medio de diagnostico en razón a la gran avidez del tejido hiperplasico por el yodo circulante. Despues de 24 horas de haber administrado una cierta cantidad (50 microcuries) colocamos el medidor Geiger sobre el tiroides y si vemos que ha sido fijado en el tejido glandular más del 45% de I 131 nos evidenciará un estado de hipertiroidismo. Siendo esta prueba mucho mas exacta que el metabolismo basal y aun de la medicion del yodo proteico plasmático, teniendo esta prueba algunos incovenientes como los resultados falso positivos en casos de bocio simple por deficit de yodo en la die-

ta y ávido, por lo tanto de esta substancia. El isotopo de I radioactivo por estar en estudio debe reservarse para el bocio tóxico difuso y para algunos pacientes con tirotoxicosis sin bocio.

La radioterapia tiroidea se usa en la actualidad en ciertos casos de malignidad y en algunas tiroiditis.

J.A.P.

* * * * *

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA RESERPINA EN PSIQUIATRIA

La Semaine des Hopitaux No. 69/7. Nov. 1956.

Se resume un comentario sobre los resultados obtenidos por Borenstein y colaboradores con el uso de la reserpina en psiquiatría consignados en "Anales Médico - psicológicos" T.I. Abril de 1956.

Posología y curso del tratamiento .- Las dosis han sido determinadas por el síndrome mental, la edad y las reacciones individuales de los enfermos. Las dosis de comienzo han variado de 1 a 3 mlg. y aumentadas progresivamente a 5, 7, 9, o 12 mlg. rara vez a 15 o 17 por día. Una vez llegada a la dosis eficaz ha sido necesaria mantenerla cierto tiempo, entre 15 días a 2 meses, antes de descender a la dosis de mantenimiento; la disminución se hace progresivamente hasta la dosis mínima favorable; el tratamiento oral se hace en dosis fraccionada por día. La vía intramuscular se ha usado en enfermos en que no se podía hacerlo por ingesta, consiguiendo mejorías mas rápidas, lo q' ha incitado a usarla en casos agudos.

Entre los incidentes mas notables del tratamiento se mencionan los de la temperatura, pulso y presión arterial. La temperatura disminuye por debajo de 37 grados.

La bradicardia es constante, pero se puede a veces comprobar subida del pulso alrededor de 100 durante 24 horas. La tensión arterial baja desde las primeras dosis, tanto en la máxima como en la mínima.

* *

CUADERNOS DEL HOSPITAL GENERAL

DE MIRAFLORES

La Paz Bolivia

La dirección de la Revista Cuadernos del Hospital General de Miraflores le insinúa se sirva consignarnos los siguientes datos, con miras de una mejor organización:

a) Si Ud. recibe normalmente nuestra publicación.

b) Si desea continuar recibiendo la misma.

c) Si la direccion a la que le remitimos se encuentra bien, o si desea registrar una nueva.

NOTA. Rogamos remitirnos a la brevedad posible los datos anteriores, la no respuesta consideraremos como deseo de no recibir la presente Revista.

* *

Algunos enfermos con la caída de presión manifiestan aturdimiento y a veces sensación de vértigo y lipotimia; la lipotimia predomina claramente en los síndromes demenciales y en las esquizofrenias de evolución antigua.

En ciertos casos (esquizofrenias degradadas, demencias seniles, melancolías de involución) se ha constatado facies inexpresiva, fija, actitud envarada, pobreza de movimientos, temblor de las extremidades, síntomas a los que se añaden a veces sialorrea y somnolencia; este cuadro considerado por algunos autores como un síndrome extrapiramidal, ciertamente parkisoniano, según Borenstein puede evocar un síndrome catatónico.

El sueño ha sido constantemente mejorado, lo mismo que el apetito con aumento de peso.

La inyección de 5 mlg. de reserpina provoca fenómenos neurovegetativos como congestión intensa del rostro, fosas nasales y lagrimeo.

Resultados c l í n i c o s .- Borenstein y colaboradores insisten sobre la acción tranquilizante de la reserpina; los enfermos se tornan más sociales, afectuosos y con deseos de hacer algo útil. Es en los esquizofrénicos que los resultados han parecido mas espectaculares; sobre todo en los mas recientes; mas allá del cuarto mes, la mejoría es menos completa. En los lobotomizados tarda más la mejoría pero no deja de presentarse. La continuación indeterminada del tratamiento parece indispensable y las interrupciones aún cortas deben ser evitadas bajo pena de recaída.

En 50 enfermos de delirio crónico, delirio de interpretación, psicosis alucinatorias sistematizadas, paranoides y parafrénicos, la reserpina ha tenido felices efectos con disminución notable de la ansiedad y agitación.

Contrariamente a la mayor parte de los autores, Borenstein y colaboradores piensan que la acción del medicamento es de eficacia relativa en los síndromes maniaco-depresivos. Los estados depresivos simples y estados melancólicos han sido en todos los casos agravados rápidamente.

En 30 epilepticos la reserpina ha sido asociada a los barbitúricos con mal resultado, aumentado el numero de crisis. Igualmente en las demencias seniles y arteriopatías puede provocar crisis comiciales y aun ictericias.

Tambien se ha usado en casos de psicosis alucinatorias crónicas despues de la clorpromazina, con excelentes resultados.

Con respecto al E. F. G. la reserpina solo modifica el trazado, en los casos donde está contraindicada, como en la epilepsia.

Borenstein, Dabbah y Bare consideran la reserpina como un facilitador químico que obra sobre el metabolismo del sistema nervioso patológico.

* * * * *

* * * *

* * *

LA ELECTROFORESIS Y LA MEDICINA PRACTICA

"Instantanes Medicaux" 15 Septembre 1956 No. 9

En tres años, las técnicas de electroforesis, reservadas solo a los grandes centros especializados, se han extendido hasta el dominio del medico práctico. Significando esto mayor precisión en el diagnostico , pronóstico y la conducción del tratamiento de las enfermedades.

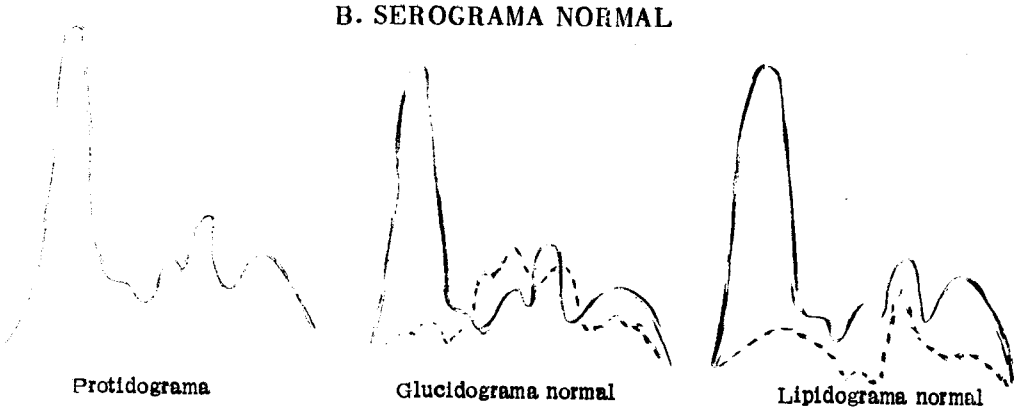
A.- PROCEDIMIENTOS Y APARATOS

Macro - electroforesis.- Es el método creado por Tiselius (1937),muy complicado, costoso y delicado.

Micro-electroforesis.- Utiliza una banda de papel filtro embebida en solución tampon, cuyos extremos estan en dos recipientes conteniendo igualmente una solución tampon. La separación de las fracciones en forma de bandas coloreadas se lee 4 a 8 horas después.

Las bandas coloreadas se pueden medir por el método colorimétrico, directamente sobre el papel o por medio de un fotómetro automatico, este último método es el más utilizado.

B. SEROGRAMA NORMAL



Protidograma normal — Glucidograma normal (en punteado) — Lipidograma normal (en punteado)

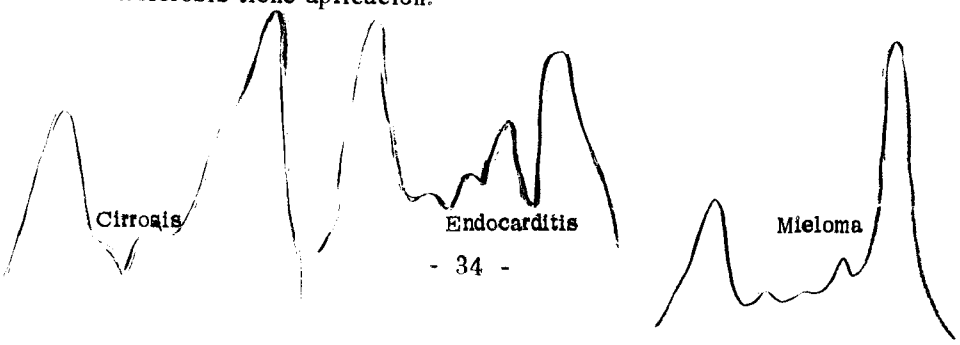
P r o t i d o g r a m a.- Tiene sinco fracciones importantes, que son según el orden en el papel: 1.- Albúmina: gruesa banda, de dos cm. de altura; 2.- Glogulina d, al pie de la precedente, 6 a 8 mm. de altura; 3.- Globulina d 2: separada por 4 a 5 mm. de la precedente, de una altura de 1 cm. ; 4.- Globulina beta : de 2 a 3 mm. y 5 Gamma globulina: de 1 cm. de altura.

Glucidograma: Cuatro fracciones principales: 1.- Una coloración debil debajo de las gamma globulinas; 2.- Una banda fuertemente coloreada, debajo de las beta globulinas; 3.- Una banda bien coloreada, mas grande que d2; 4.- Una banda ondulada, bicolor más baja que d.

Lipidograma.- Dos zonas coloreadas. Comparando una banda de lipidograma situada debajo de una banda de protidograma, la primera zona corresponde al espacio comprendido entre las albúminas y las globulinas d, la segunda beta fuertemente coloreada, corresponde a las globulinas beta. Entre d y beta se nota una pequeña onda.

C.- APLICACIONES PRACTICAS DE LA ELECTROFORESIS.

Se señalan aquí algunas de las más importantes afecciones en las cuales la electroforesis tiene aplicación:



Cirrosis — Endocarditis — Mieloma

1.- Cirrosis: En el protidograma, la punta de las gamma globulina caracteriza el perfil electroforetico de las cirrosis, las beta y gamma globulinas trazan un triángulo o una meseta en la base de las albúminas.

2.- Endocarditis bacteriana sub-aguda: Hay un aumento de las gamma globulinas con una tasa normal de las fracciones alfa. Sin embargo, esta hiperglobulinemia se puede encontrar en cardíacos descompensados y en la aortitis sifilítica. En las carditis reumáticas hay un aumento de las globulinas alfa.

3.- Mieloma múltiple: Se observa una punta bien elevada y solitaria, correspondiente al aumento solitario de una fraccion de las globulinas (en general gamma, menos frecuente beta, excepcionalmente alfa o aumentos asociados.

Hector López Ballesteros.

* * * * *
* * * *
* * *
* *
*

En la Republica Argentina se viene preparando activamente el Primer Congreso Internacional de Proctología en el que intervendrá Bolivia, mediante una delegacion de conocidos especialistas.

La realizacion de tan importante Congreso se efectuará en Noviembre de 1957 en la localidad de Mar del Plata.

Asimismo, se ha formado la Comisión Organizadora integrada por los siguientes miembros:

Presidente	Dr. Roberto A. Garriz
Secretario General	Dr. Miguel J. Marchese
Secretario de Actas	Dr. José Viqueira Casal
Tesorero	Dr. Alberto Scharer
Protesorero	Dr. Jorne N. Quirno
Vocales:	Dr. Julian Arabehety y Dr. Francisco Vidal Lobo
Recopilador y Director de Publicaciones:	Dr. Emilio C. Maucci.

Dicha Comision ha designado como Delegado Secretario de la misma, para la Republica de Bolivia, al Dr. Carlos Alfredo Rivera.

* * * * *
* * * *
* * *
* *
*

En cuanto crítica formal tendrá que analizarse si áquellos corresponden a los canones internacionales, y todavía poco difundidos en el medio sobre la presentación de los mismos y sus partes integrantes: introducción, material de trabajo, resultados, conclusiones y hasta la redacción inexcusable y ordenada - legislada ya internacionalmente, hasta eso - de su bibliografía Como crítica fundamental, deberá examinarse el fondo de tales publicaciones, que exigen más y mejor, la comprobación de los hechos científicos en la realidad nacional, la verificación vernacular de postulados, o hallazgos científicos en otros medios. Son muy poco fructuosas, en el caso, las exposiciones más o menos repetidas, sin casuística nuestra alguna, que son galeradas en revistas o publicaciones de ambientes poco evolucionados, como el nuestro.

Tal género de publicaciones, obvio es decirlo, no podrán menudear por resoluciones de directorio alguno, ni por el entusiasmo de algunos profesionales o la decisión de alguna "división" médica. Sus recursos previos, vale decir su organizacion estructural no son otros que el trabajo diario llevado a cabo con curiosidad y documentación científica, debidamente acumulada en forma cotidiana. Y acá damos en el punto causal de esta nota editorial. No se lleva a cabo, que sepamos por lo menos, en el Seguro Social sino con raras y contadas excepciones, tal forma de trabajo

Una ejecución casi universal, lo mas diligente posible de la manida historia clínica - que segun estamos informados no se hace en muchísimos servicios del Seguro - debe ser algo que interese tanto a los colegas que dirigen el Seguro Social, como las recomendaciones de personal burocrático, a los que arbitrariamente usurpan sus atribuciones. En descargo de la inactividad médica en este orden, justo es hacer notar que hasta en tales detalles se ha sufrido la intromisión de profanos. Se nos informa de la impresión "por resmas" de formularios tipo standard y comun para todas - crease o no para todas - las especialidades médicas. Además, la ejecución de un trabajo bajo tales normas de seriedad, de necesaria pausa y de poca precipitación, urge que el médico no sea atiborrado de pacientes y se le reconozca una retribución decorosa que no llega en nuestros días y en la ciudad de La Paz, al 50 por ciento de lo que percibe un chofer de colectivo ..! Créase o no, tal es la verdad!

El constante estímulo a la documentación clínica, al trabajo constantemente registrado, con los mayores índices que señalan las categorizaciones, etc serían los mejores recursos que nos permitimos sugerir, al alcance y decision del personal médico que dirige el Seguro Social Solo así podremos promover en alguna forma la cultura medica nacional

Paracelso

Talleres S.C.I.S.P.