

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

7 I 20-X-78 Jorge Erqueta C.

CUADERNOS DEL HOSPITAL GENERAL
DE MIRAFLORES

Director: Jorge ERGUETA COLLAO

Sub-Director: Carlos Ascarrunz V.

Jefes de Redacción: Mario Erqueta S. y Raúl Montaña R.

Cuerpo de Redacción: L.F. Hartmann, M. Michel Z., L. Alexander D. R. Lara S.
B. Vargas, Ayar Peralta.

Administración: Alejandro Osuna.

Secretaría: Banco de Sangre - Tel. 2822, Casilla 1586.

Vol III

MAYO y JUNIO de 1957

Nos. 17 y 18

SUMARIO

	Página
La Terapeutica en la historia de la Sífilis, Dr. Walter Arteaga C.	3
Cientificismo, Dr. José Luis Jimenez García	9
El Hexametonio en la Encefalopatía Hipertensiva, Dr. Vidal Botelho H.	13
Policlínico en el Hospital Gral. Dr. Guillermo Jauregui	16
La vida incognita de las Plaquetas, revelada por la microcinematografía del contraste de Fase, Dr Hector López Ballesteros	20
El Síndrome Nefrótico desde el punto de vista diagnóstico y Terapeutico Dr. Robert D. Taylor MD	23
COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS	
El Quimismo Gastrico sin Sonda con la Resina Azur-A	28
Alteraciones Hemáticas en la Brucelosis	29
INFORMACION GENERAL	30

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

LA TERAPEUTICA EN LA HISTORIA DE LA SIFILIS

Dr. Walter Arteaga Cabrera.

En todos los tiempos el tema de la sífilis no ocupa sólo los textos de medicina. Se extiende, también, a las manifestaciones diversas del arte y de la filosofía, a la poesía y a la canción; el folklore no se ha quedado atrás también. En el transcurso de muchos siglos la sífilis ha sido preocupación de sabios y hombres de letras. Sin embargo, si alguien está ocupado y preocupado permanentemente por el dolor del sífilítico, sin duda alguna es el médico. Y la historia de las lúes no es sino, pues, la lucha constante, infatigable, tesonera del médico y su arsenal terapéutico frente a la enfermedad que aun le lleva la delantera.

Sin creernos pesimistas diríamos, empleando la palabra bíblica que la sífilis es una maldición que pesa sobre la humanidad, los adelantos de la ciencia y de la técnica han chocado contra la pálida espiroqueta para destruirse a veces en teorías, hipótesis o verdades, la lúe sigue causando enormes daños y grandes estragos tanto en países civilizados o no cultivados.

Es una enfermedad, la sífilis, tan extendida sobre el globo que lugar alguno de él no ha sido infestada, que con mucha razón se dice de ella que interviene en la patología de todos los organismos. Ninguna raza es refractaria a su presencia, aunque su frecuencia varía según los países donde se desarrolla. Una población densa, una actividad local intensa, una profilaxis poca rigurosa favorecen su extensión. De aquí se desprende la gran controversia sobre esta entidad considerada en principio como enfermedad de nacionalidades.

La distinción entre la evolución de las ideas científicas de la lúe y la leyenda o tradición se establece en el Siglo XV, más bien, para ser precisos diremos al finalizar el siglo del descubrimiento de América. A la par que la terapéutica en estos períodos es diferente, una sigue el camino de una quimioterapia empírica. Hasta, a veces absurda, la otra, la mítica, que sin embargo sigue sobreponiéndose, cree en lo demoníaco, en la terapia teúrgica.

Esbozada esta gran división de dos grandes épocas, la del mito y la de la realidad, hagamos una pequeña digresión en un libro sobre "Enfermedades Parasitarias", del profesor uruguayo Talice, sostiene que la sífilis, enfermedad cosmopolita tiene una sinonimia de cuatrocientos nombres, de los cuales doscientos cuarenta lo menos son nombres regionales, y, que sobre ella se han escrito más de 10.000 monografías y libros en el transcurso de diez años, esto ya nos pone de aviso cuán profusa es la literatura sobre este respecto y cuantas teorías regionales, locales y a veces continentales se han escrito. Esto sin tener en cuenta que desde 1943 en que Arnold y Harris pusieron en evidencia la acción treponemocida de la penicilina en la sífilis experimental del conejo y en la sífilis humana, desde entonces no lleve nuevos aportes en este sentido.

De acuerdo al plan trazado, comenzaremos indicando que la historia la dividimos en forma didáctica así:

dos entre llameros y llamas, vicuñas y alpacas? En los cronistas Garcilazo de la Vega y Cieza de León se encuentran magistrales descripciones sobre bubas, llagas y úlceras, pero a ciencia cierta no sabemos si eran las lesiones del pián o de la sífilis. Un manuscrito notable, conservado en la Universidad de Guatemala, cuyo autor Bernal Díaz del Castillo, apunta día a día los progresos de la enfermedad, ha servido de base a los defensores de la teoría sobre el origen mundial y europeo de la enfermedad, diremos que lesiones sífilíticas han sido encontradas en el Perú y Bolivia, así sabemos de dos momias con lesiones sífilíticas descubiertas por el profesor Saint Loup de la Universidad San Andrés de La Paz, igualmente Paz Soldán, en su trabajo "Lesiones Lúeticas en Cadáveres Momificados del Perú". En un libro de Leo Pucher, arqueólogo boliviano "El Auquénido y la Cosmogonía Americana" se encuentra un documento del doctor Néstor Morales sobre sus experiencias (inoculaciones) en la llama del treponema.

Origen Europeo.- "Se levanta el telón en el gran drama histórico de la sífilis en Europa y en 1493, a telón corrido, como sigue el profesor Martí Ibañez, se escucharon algunos compases de la sinfonía patológica y acaso muchos se vieron envueltos en su oleaje de rumores. Pero la gran representación del drama comienza en el año de gracia de 1493, y con música de campanas. Reconocida en Cadiz y en Barcelona, en esta última se acoge a los valientes y legendarios marineros de Colón, la tripulación que desembarca audaz y gallarda, trayendo pegada en sus ropas la epopeya de una conquista y en botas el polvo del lodo exótico de las Indias, llevan en su sangre la maldición bíblica".

Ruy Díaz de la Isla, médico del Hospital de Todos los Santos, es el primero en atender a algunos marineros atacados de la terrible y desconocida

enfermedad. Figura entre ellos el piloto Yañez Pinzón, cuyo cuerpo está cubierto de repulsiva erupción. En la misma Barcelona Oviedo se desconcierta ante la sucia y dolorosa mercancía, que afecta a los marinos colombinos, llega a tonto el desconcierto que los médicos abatidos por la fatiga y ante el mal que no está en sus conocimientos disimulan su ignorancia con enigmático silencio.

Carlos Mono da comienzo a su gran campaña, la conquista de Italia, y es Gonzalo de Córdoba quien lleva el mal a Nápoles. ¿Es Nápoles que contamina al abigarrado ejército de Carlos? La historia aún categóricamente no ha dado su desideratum. Un año después del sitio de Nápoles comienza la retirada y huida de los napolitanos de Fernando II y con este caos aparecen los comienzos del mal: llagas, úlceras y bubones que luego destruyen a la soldadesca, sus mujeres y cuanta gente rodea al hambriento ejército.

"Es la sarna negra la epidemia más veloz que se extiende por Europa pareciendo cabalgar sobre un viento mortal más rápido que sus caballos", - dirá en un elegante giro un historiador de la medicina. La peste se extiende y asola Europa, en 1495 Francia, Alemania y Suiza conocen el mal, un año después Holanda, Grecia y en 1497 Inglaterra y Escocia ven los primeros sífilíticos. Se cuenta una anécdota - es Boerhave el autor - que dice que una señora cortesana infectó a 400 hombres.

En esta época intervienen los astrólogos, hechiceros, brujos, alquimistas para conjurar la enfermedad. Aquí comienza la lucha de nacionalidad por el patrimonio de la enfermedad. Paracelso describe la enfermedad en 1527, lo mismo que Jacques de Bethancourt de Normandía.

Doctrina Conciliatoria.- Muchos autores europeos, algunos norteamericanos lo mismo que centro y suramericanos, especialmente

liet de Lyon al establecer los fundamentos modernos de la sífilis. Demostró el carácter específico del mal, describiendo los tres períodos de la sífilis, y en 1893 Fournier constata el origen sífilítico de la P.G.P.

Baltazar en 1881 ensaya el bismuto en la sífilis, desistiendo luego por un error de interpretación. But en ensaya los arsenicales, el arseniato de amonio y el yoduro de arsénico.

Koch, Pasteur entran en escena y abren la era bacteriana y Klebs en 1875 demuestra que la sífilis es inoculable en los monos.

En 1905 Schaudin y Hoffman descubren el parásito y Noguchi en 1911 lo cultiva, y en 1913 encuentra al germen en el cerebro de sujetos afectados de lés nerviosa.

Aparece aquí Paul Ehrlich padre de la quimioterapia moderna no solo es un amante de la ciencia, sino que es maestro en el hablar. Inventa la palabra quimioterapia para demostrar con un término algo más que lo que significa la iatroquímica. En el sentido de Ehrlich "la quimioterapia no se utiliza para el tratamiento de los enfermos, sino más bien para la destrucción de los agentes vivos específicos productores de la enfermedad dentro del cuerpo del individuo enfermo". Ehrlich busca con mejor resultado una eficaz esterilizadora - Therapia sterilizans magna - dirá

Tenemos que aprender a fabricar balas mágicas que como los de la antigua fábula no puedan errar al tiro, destruyendo solo los agentes patógenos contra los que se dispara, sostendrá y esta fabricación de balas se traduce en 1905 con el atoxil, en 1907 descubre el 606, la bala mágica, y en 1909 ensaya el salvarsán o arsphenamina y después de siglos de tanto dolor y muerte viene la luz el 9140 o neoarsphenamina, la nueva bala mágica de cazar microbios.

Desde 1909 hasta 1921 en que Sazerc y Levaditi utilizaron el bismuto se seguirá experimentando con los componentes químicos de la sífilis. Paul Ehr-

lich, el bismuto de menor actividad que el arsenico pero de poder de impregnación más prolongada unida a su tolerancia, por lo general excelente hacen que sea difícilmente substituido en cualquier tratamiento mixto.

En 1933, Tatum y Cooper vuelven a actualizar el arsenal noxido estudiado por Ehrlich- quién supuso era muy tóxico-, en el mismo año Chorgin, Lelifer y Hyman en los Estados Unidos y Tzank en Francia comenzaron a ensayar procedimientos intensivos e hiperintensivos utilizando dosis masivas de arsénico en cortos períodos de tiempo.

Pero es solo en 1917 cuando a raíz de los estudios de Wagner-von Jauregg se estableció el valor de la fiebre (impaludización) en el tratamiento de una de las formas más serias de la sífilis la P.G.P. Experimentos posteriores demostraron que la piroterapia solamente era eficaz en la neurosífilis.

El tercer período comienza en 1933 cuando Mahoney, Arnold, Harris, Byleron en evidencia la acción troponeumocida de la penicilina en la sífilis experimental del conejo y en la sífilis humana. Iniciándose así la era antibiótica.

Se plantearon problemas que revestían importancia en su solución: vía de administración, intervalo entre la administración, dosis, duración, conveniencia de asociación, la reacción de Jarisch Herxheimer igualmente estudiada.

Utilizaronse soluciones acuosas, luego el método de Romansky y Pittman en 1944 (aceite de mani y cera de abeja) empleandose más tarde sales de penicilina procaina en suspensiones acuosas o oleosas. En 1948 Eagle en una comunicación dio a conocer la acción troponeumocida de la bacitracina.

La demostración de Heitman en el mismo año de la actividad de la aureomicina en la fiebre ictero-hemorrágica condujo a O'Leary a emplearla en la sífilis, publicando en 1948 y 1949 ponderables resultados, igualmente Levaditi

CIENTIFICISMO

Dr. José Luis Jiménez García.

Poca ciencia lleva el cientifi-
cismo y mucha nos aparta de él.
Unamuno (ensayos)

La vida nos ofrece en el escenario de cada cual un continuo dar y tomar, un fluir de acciones y contrarrea-
cciones, de expansiones y contraccio-
nes, episodios normales dentro del
gran proceso de adaptación, cuya fina-
lidad no tiene otro objeto que conse-
guir en inquietante superación el domi-
nio del medio.

Como recuerdo histórico de los he-
chos acaecidos, siempre quedan impre-
sas en los beligerantes huellas indele-
bles. De ahí que sobre las caracterís-
ticas constitucionales y hereditarias
de la personalidad humana se vaya mode-
lando otra naturaleza adquirida, que
resulta de la lucha con el medio am-
biente.

Los instintos de agresividad, de
crecimiento y los elementales de ham-
bre, sed, libido, impulsos del subcon-
siente, evolucionan estructurándose ha-
cia la corteza cerebral en forma cada
vez más compleja y en niveles de fun-
ción más diferenciados.

Juicio, razón, voluntad, memoria,
imaginación creadora, vienen a ser co-
mo funciones sublimizadas de la perso-
nalidad profunda. El YO de los psicoa-
nalistas, dotado, como lo calificara
Freud, de mayor plasticidad para adap-
tarse, sería la parte racional de la
personalidad humana.

Ciencias, Filosofía, Moral, Reli-
gión, Artes, producciones del espíri-
tu, componen los mundos de la Cultura,
que al ser plasmados en materia y or-
rientados hacia un fin práctico e inme-
diato definen un estado vital de cosas
o Civilización. Ambos preceptos, apli-

cados a una sociedad cualquiera, pue-
den indicarnos el estado de progreso
en que se encuentra.

Pero toda cultura, civilización o
sistema no constituyen una cosa acaba-
da ni definitiva, son siempre estadios
previos que entran a formar parte en
otros de categoría superior y que a lo
sugo podrán estar en éstos conservados
pero siempre superados. Así, pues, se-
gún sean los materiales procedentes de
aquellos, así serán en grado su parti-
cipación en la génesis de la nueva ci-
vilización o cultura.

Estadio espiritual y material co-
existen en la misma etapa histórica, y
en el rodar del tiempo se suceden el
uno al otro como el árbol a su fruto.
La semilla cultural, fecundada por el
genio, engendra a la postre un nuevo y
esplendoroso árbol de civilización.

Por designios del Creador, todo
cambia y se transforma en la Naturale-
za; el espíritu del hombre, en idénti-
co peregrinar, aspira una perfección,
anhela una etapa llena de verdad, que
parece alejarse en juguetona retirada
a cada intento de aproximación.

Si por un momento supiéramos para-
lizados los pensamientos científicos
en su caminar ascendente, la Ciencia
giraría oscilante un tiempo, proporci-
nal al quantum de energías de sus pro-
pias fuerzas de reserva, agotadas las
cuales caería verticalmente en el vac-
cío.

En un ambiente así, sin Ciencia,
sin verdadero espíritu científico y en
vuelto en esa ola de frío materialismo
nos cabe sospechar que el hombre se pe-

tras dudas; sin embargo, como una necesidad imperiosa surge en nosotros un deseo de sustituir lo incierto, lo vacío de aquello, por algo que sea estable, sólido, para lo cual ponemos en juego nuestra imaginación creadora produciendo ideas; seleccionando de ellas las que más no parecen identificadas con la verdad. Como se colige la duda es el excitante de nuestros pensamientos.

Pues bien: El científico no duda nunca porque sus creencias no tienen hendiduras; su dogmatismo, su angustia, les permite conservar la mente en un equilibrio estable. Cualquier innovación o descubrimiento, sobre todo si procede allende nuestras fronteras, suelen considerarlo definitivo, abrigando la candidez de que de aquello nada queda por hacer. Cuando se supone en posesión del último adelanto, mejor diríamos poseídos por éste, no admiten un diálogo sosegado sobre el mismo; al menor atisbo de contrariedad, de ligera oposición, evidencian un gesto de soberbia que les define.

Es de señalar el trato despectivo que suelen tener con los conocimientos científicos consolidados; se diría que de tanto olvidarlos, creen saberlos. Identica actitud mantienen con las obras de la medicina tenidas por clásicas, condensación del saber a través de los siglos; las desestiman y a lo sumo las consideran como meros adornos de la biblioteca. Prodigan en exceso las exploraciones del enfermo, pero no precisamente las tenidas por clásicas, que son menospreciadas, sino las de menor rendimiento, las más dudosas. Igualmente podríamos decir de los análisis clínicos.

En la terapéutica abusan, sin sentido clínico, de la polifarmacia. Se imponen la norma de impresionar, no sólo por la cantidad de medicamentos prescritos, sino también por el mayor costo de la receta.

El médico tildado de científico-

ta no se resiste mucho a ser filiado, su conducta lo pone fácilmente en evidencia. Quién no ha tropezado con algún colega que por pasar de listo, de enterado, nos espera con los eructos de lo indigestado en la última revista, que para colmo suele ser extranjera, y hasta nos brinda en lengua "mater" algún que otro autor por lo demás desconocido?

Qué juicio emitiríamos del clínico que, despreciando las múltiples enseñanzas que se desprenden de una historia clínica, va al diagnóstico sin más que considerar el dato bioquímico de la colesterinemia? O el médico que ante un enfermo con sintomatología dispersa, orienta su diagnóstico por el solo hecho de existir estigmas patológicos en las derivaciones menepolares de su electrocardiograma? En fin, soltad en una conversación cualquier caso clínico, pronto veréis salir del silencio a nuestro hombre.

No se nos oculta la dificultad de precisar todos los horizontes, los grados y matices de este aficionado a la Ciencia. Por facilidad expositiva, escogimos intencionalmente el tipo más puro, el más extremista, el más polarizado de todos ellos.

Es probable que alguno de nosotros haya caído alguna vez en esta actitud; en la hora actual nadie está libre de verse envuelto, aunque sea por un momento, en el torbellino de la super-técnica; pero no es estar en una creencia y ni mucho menos justifica poseer una conducta.

Por último, el científico no es justo, vive carente de verdad, de rectitud moral, esclavo de pobres ideas y de espaldas al arte; convierte nuestra profesión en un oficio rutinario, mediocre, monótono y orientado hacia lo crematístico. Su triste luz espiritual agoniza en la satisfacción de sus instintos vegetativos.

Por el contrario, piense el lector cuánta distancia, qué diferencia hay, de este feliz mortal al verdadero

EL HEXAMETONIO EN LA ENCEFALOPATIA HIPERTEN- SIVA

Dr. Vidal Botelho H.

Resumen de la Revista Sanidad de Policia.

Es aceptado en general, el uso de los nuevos potentes agentes simpaticolíticos cuando hay indicaciones perentorias para rebajar la presión sanguínea tales como la encefalopatía hipertensiva, la hemorragia subaracnoides y la insuficiencia cardíaca izquierda.

La respuesta hipotensora inicial al Hexametonio es más pronunciada en los pacientes que tienen marcada encefalopatía o baja concentración del sodio sérico.

En este trabajo se expone los resultados de la administración intravenosa del Hexametonio en la hipertensión arterial experimental, y en la encefalopatía hipertensiva en un caso de Nefrosis de mieloma múltiple, y en 4 casos de toxemia de preñez.

Los estudios experimentales se han llevado a cabo en perros vueltos hipertensos por método de Grollman, a los cuales se inyectó intravenosamente en el ventrículo derecho, 2 mgs. por Kg. de peso de Dibromuro de Hexametonio. Las observaciones en clínica humana se realizaron en los casos indicados, como medida terapéutica de urgencia se inyectó el Dibromuro de Hexametonio, 10 a 25 mgs. por vía venosa y 37,5 mgs. por vía intraventricular.

RESULTADOS.- En uno de los perros, cuyos tenores séricos de Na eran de 145 mEq/L y de K 5 mEq/L, se hizo la inyección en el ventrículo derecho a través del catéter del sondeo cardíaco, la presión comenzó a descender a los 15 segundos de terminada la inyección y se hizo patente a los 18,

Las cifras tensionales de 175/120 mm Hg descendieron a los 28 segundos a 132/97 y a 67/47 a los 40 segs.

En el perro en que la inyección se hizo en una de las venas femorales y cuyas presiones eran de 170/120 a los 60 minutos llegó a 57/37. El efecto hipotensivo fue disminuyendo paulatinamente, así a los 82 minutos la presión media intraventricular derecha cayó hasta 6 mm Hg a los 60 minutos. A las dos horas de la inyección el volumen de expulsión fue de 13 cc y el volumen minuto de 1.644 cc.

La paciente No. 1 con Mieloma múltiple con anuria y uremia, agravada por encefalopatía hipertensiva, caracterizada por ataques convulsivos subintrantes, fue tratada ineficazmente por los medios habituales, en cambio fue dramática la acción benéfica de la inyección endovenosa del Hexametonio, la tensión arterial de 170/90 descendió a 110/70 a los 45 minutos, los ataques convulsivos disminuyeron de inmediato en frecuencia, intensidad y duración y desaparecieron en pocas horas. La uremia que se había mantenido por diez días fue seguida de diuresis en cantidad creciente. Igualmente las modificaciones electrocardiográficas fueron hacia la normalización.

Las presiones arteriales bajaron en la enferma No. 2, de 220/160 a 135/95 mm. Hg a los 45 minutos de una inyección intramuscular; en la No. 3 de 220/120 a 144/86 mm Hg a las 12 hs. de la segunda inyección intramuscular; en

que pueden originarse efectos dañinos para el feto; el cual puede absorber el H6 al través de la placenta y morir de ileo paralítico. En el tratamiento de la eclampsia de embarazo, al lado del reposo, la restricción del sodio, la sedación y la inyección del Sulfato de magnesia, conviene usar el Hexametonio antes de decidirse por la aplicación raquídea o la interrupción del embarazo. Si la mortalidad fetal en la eclampsia era de 20% antes del empleo de los gangliopléjicos no hay motivo suficiente para atribuir exclusivamente al

H6 la muerte del feto.

En 2 de las 4 pacientes con toxemia de embarazo y eclampsia sobrevino la retención placentaria, cuya corrección requirió de las sencillas maniobras obstétricas habituales. En los 2 casos que se inyectó Hexametonio antes del alumbramiento, los niños nacieron vivos, pero uno de ellos era pequeño y con numerosas sufuciones sanguíneas en la piel, estas podían ser los efectos de la toxemia más que del fármaco.

oooo

de medicina social y preventiva al principio de Plan de Estudios Médicos.

- c) La posibilidad de hacer observaciones personales y estudiar los componentes sociales de las enfermedades en el período de estudios clínicos.
- d) La posibilidad de aplicar las medidas preventivas a los enfermos y a sus familias como parte de la enseñanza clínica, y:
- e) La incorporación de los conceptos de medicina preventiva y de la medicina social a través de toda la enseñanza clínica.

Veremos como nuestra responsabilidad de educadores adquiere mayor categoría. Efectivamente, nos interesa en la actualidad que el médico en la Provincia, en la campaña o en la ciudad, al cumplir con su elevada misión de salvar enfermos, tenga ideas concretas y firmes, sobre todo experiencia, en la protección de la salud colectiva. Su actitud romántica tiene que convertirse en dinámica constructiva.

De simple rutina funcionaria tiene que transformar su actividad en fecunda creación de medicina social. Ya no será el individuo su objetivo inmediato sino el grupo social o el grupo familiar.

Pero el médico, solo, no puede llevar sobre sus hombros una labor cuya envergadura puede resumirse en pocas y sencillas palabras: enseñar a vivir decentemente, en las mejores condiciones adaptando y adecuando con inteligencia todas las posibilidades del medio, a las propias necesidades biológicas: En esta labor, que al parecer es sencilla pero que sin embargo es de una importancia extraordinaria y fundamental, tiene que ser colaborado por dos auxiliares de notable eficiencia y que seguramente realizan la labor más sacri-

ficada: La Enfermera de Salud Pública y la Visitadora Social.

Sobre la primera radica la responsabilidad del tratamiento presente para el enfermo, su atención en las mejores condiciones, transformando el domicilio particular en un hospital de una sola cama.

Es ella quién ha de realizar los actos que caracterizan en muchos de sus aspectos, a la Medicina Preventiva Vacunación e Inmunización de todos los familiares; prescripciones dietéticas e higiénicas de toda índole; puericultura y establecimiento efectivo de educación sanitaria e higiénica, etc.

Sobre la que se funda, también mujer, inteligencia y comprensión, radica la responsabilidad del estudio cultural, social y económico del grupo familiar, la solución de los problemas jurídicos, éticos y espirituales.

Ella se constituirá en la amiga, la consejera, que ha de dirigir a la familia hacia la conquista del bienestar y de la alegría.

De este modo se concreta un "TEAM" que trabaja armónica y eficazmente un equipo de cruzados de la esperanza, en permanente lucha contra la miseria y la ignorancia; la destrucción y la muerte prematura, la incapacidad y el vicio: un equipo que tenga por divisa el bien, la belleza, la salud y la verdad.

Es sobre estos principios, que, alentados por el Director del Hospital General Dr. J.E.C., y con el apoyo decidido y el consejo sereno y certero de Miss Helen Hawitt, de la Srta. Yolanda Sanson, de la Directora de la Escuela N.º de Enfermeras, Srta. Quiroga de la Sra. Elena Saavedra y de mis decididos colaboradores del Servicio de Consulta Externa, hemos podido planear y estamos llevando a la realidad un servicio de Policlínico del Hospital General que esperamos ha de constituir el núcleo en el que se pueda entrenar, tanto a los alumnos del 6º y 7º curso de la F. de M. de S.A., como a las a-

Estamos importando un foco para a parato Roentgenofotográfico que está instalado en el servicio de Rayos X. Ello nos ha de permitir realizar el exámen seriológico y para exámenes de rutina.

El servicio de Cardiología se ha de iniciar con un Electrocardiógrafo que esta por llegar y para cuya financiación contamos con la valiosa colaboración de la excelentísima Embajadora de Guatemala, que tantas muestras nos ha dado ya de su generosidad.

Pretendemos que este Policlínico se conforme con prestar atención de tipo dispensarial, en íntima relación hospitalaria, a todas aquellas personas que buscan asistencia médica, acudiendo al Hospital. Estamos convencidos de que esta labor, si bien importante y útil, no constituye más que una de las fases de la atención inte-

gral a que aspiramos. Pretendemos que el Hospital, por intermedio de su Policlínico, se vierta hacia aduera y vaya en busca del enfermo y a través de él realice labor de Salubridad y de Asistencia Social, constituyéndose en el pivote sobre el cual gire una labor humana e integradora.

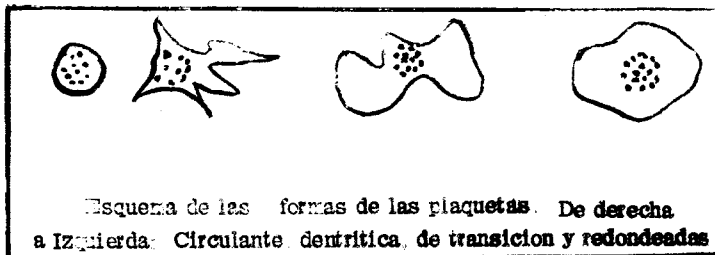
Porque estoy convencido de que los corazones de los estudiantes de Medicina de los Médicos jóvenes y de las alumnas de la Escuela de Enfermeras y de la Escuela de Asistencia Social solo tienen cabida el amor y la comprensión, la fé y el optimismo, la solidaridad y el sacrificio, es que confió en que este plan llegará a rendir una feliz cosecha.

El consejo y la ayuda de todas las personas de buena voluntad la de presentar a su vez en esta obra, el mejor de los fertilizantes.

la médula ósea, ni en la sangre al estado normal, al contrario es un aspecto frecuente en las trombopatías y púrpuras trombopénicas.

Las plaquetas normales

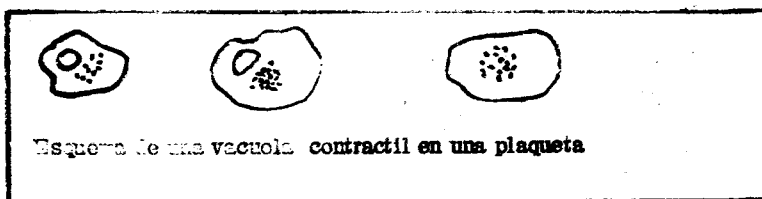
- a) Formas dendríticas. Se observa esta forma cuando se examinan



las plaquetas entre lámina y lámina. Del protoplasmas plaquetario nacen prolongaciones de 3 a 5 micrones de largo, estas prolongaciones modifican continuamente su orientación, son de consistencia semirígida y pueden retraerse en el interior de la célula.

- b) Formas redondeadas. No presenta prolongaciones dendríticas, sino un aspecto general redondeado u ovaliforme, con la periferia clara y agrupadas en el centro todas sus granulaciones. Estas plaquetas fueron bien descritas por Fo-

nio y Schwender en 1942, usando para ello el microscopio con campo oscuro. Son formas reversibles y no se las considera más como formas degenerativas, sino como una forma funcional.



- c) Plaquetas gigantes. Son de dimensiones extraordinarias, un examen superficial puede confundirlas con células mononucleadas.
- d) Vacuolas contractiles. La microcinematografía a mostrado la existencia de vacuolas contractiles en las plaquetas, son formaciones de carácter funcional. Los colorantes vitales no se acumulan jamas en ellas.
- e) Vacuolas de pincosis. La observación prolongada de

las plaquetas redondeadas muestra que ellas tienen vacuolas pincóticas. Se ha considerado la pincosis como un modo particular de fagocitos que permiten absorber líquidos. Son imágenes semejantes a las encontradas en algunas trombopatías, donde se describen como plaquetas patológicas vacuolizadas.

- f) Coloración vital. Las plaquetas tenidas con los colorantes básicos verde Jano y rojo neutro son de observación bien difícil. El examen

EL SINDROME NEFROTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Por Robert D. Taylor M.D.

Resumen: El síndrome nefrótico, con edemas, albuminuria, hipoproteïnemia e hipocolesterinemia, se presenta como complicación de la glomeruloesclerosis intracapilar, la amiloidosis primaria o secundaria, el lupus eritematoso sistémico, las trombosis de la vena renal y de todas las fases de la glomerulonefritis y la nefrosis— que contemplamos como una manifestación de la fase aguda de la glomerulonefritis. El diagnóstico diferencial generalmente se basa en una anamnesis prolija y en los resultados del laboratorio, sin embargo representa la biopsia renal el método más seguro, como también el hallazgo de las células L.E. y en el caso de una amiloidosis una biopsia de hígado o de las mucosas participantes en el proceso.

A muchos pacientes (75-80% de los niños, 40-60% de los adultos) con este síndrome como complicación de una glomerulonefritis y del lupus eritematoso sistémico, se puede prestar ayuda por medio de un tratamiento con esteroides. La prednisona y Prednisolona (40- 60 mg. diarios) son administradas por espacio de 10-30 días. Los curados son observados por espacio de un año. Aquellos que no curan totalmente o que presentan recaídas, reciben por un año después de desaparecer los últimos signos nefróticos, los 3 primeros días de cada semana 40 mg. del esteroide diariamente, durante este tiempo se administra la Penicilina -V en una dosis de 250 mgs. diarios por vía oral.

Los que no responden a este tratamiento son tratados con la mostaza hídrica (0,1 mg. 1 Kg de peso normal) por vía intravenosa 4 días seguidos. Si en el transcurso de 3 días no se presenta diuresis se repite este tratamiento 3 veces, en cuanto la médya

la sea lo permita. Nosotros pudimos "curar" 9 de 22 enfermos que presentaban síndrome nefrótico como complicación de una glomerulonefritis.

Si ninguna de las terapias anteriormente anotadas conducen a la meta se aconseja una terapia antimalárica.

El síndrome nefrótico constituido generalmente por grandes edemas, (frecuentemente también en la forma de una anasarca) Albuminuria, una hipoproteïnemia, especialmente con una disminución de la fracción albúmina y una hipocolesterinemia, puede ser observada a cualquier edad predominando sin embargo en la edad duvenil. Desde los tiempos de Bright ha sido constante preocupación de los médicos. Este complejo sintomático se presenta como complicación en la glomeruloesclerosis intracapilar, la amiloidosis primaria y secundaria, la trombosis de la vena renal y en todas las fases de la glomerulonefritis (aguda-subaguda-crónica) y también en la nefrosis, si es que se lo puede considerar como un cuadro clínico circunscrito uniformemente. Muchos autores son de opinión de que la nefrosis—aunque rara— es otra enfermedad que la glomerulonefritis. Nosotros creemos que un cuadro clínico con alteraciones glomerulares demostradas y con tan frecuente desenlace por claudicación renal y con cuadros tan parecidos a los de la glomerulonefritis, debe ser considerada como tal mientras no se comprueba con seguridad lo contrario.

Diagnóstico: Generalmente la historia clínica y los resultados del laboratorio hacen que el diagnóstico diferencial de la enfermedad principal del paciente con síndrome nefrótico sea relativamente fácil. Así la a-

concretos a nuestra disposición. En este síndrome y en el caso de la amiloidosis no tuvimos suerte con el tratamiento a base de esteroides y tampoco se encuentran en la literatura publicaciones que puedan decir algo. A nuestro saber, nunca se empleó ACTH, cortisona o Esteroides en pacientes con trombosis venosa renal, no pudiendo esperarse ninguna mejoría, teniendo en cuenta la naturaleza de esta lesión. En caso de complicación del lupus eritematoso con síndrome nefrótico, sin embargo la cortisona y sus derivados que se emplean para controlar el síntoma principal, mejoran frecuentemente el edema y la albuminuria.

En la glomerulonefritis en todas sus fases y con incidencia nefrótica nosotros aquí incluimos como nefrosis lo que muchos consideran una manifestación de la fase aguda de la nefritis. Vale la pena aplicar los esteroides los que frecuentemente se muestran eficaces. Farnsworth fue la primera en tratar a pacientes con glomerulonefritis y síndrome nefrótico con ACTH. En algunos observó la autora una disminución pasajera de la albuminuria y hematuria el resultado más llamativo fue la reabsorción de los edemas, que generalmente se produce al cesar la medicación. Es hoy en día común y corriente, especialmente en niños, el tratamiento alternativo con ACTH y cortisona o sus derivados. El mayor número de ensayos fueron realizados con los dos medicamentos más antiguos, pero desde la afluencia de la Prednisona y la Prednisolona han desplazado estas ampliamente a las otras hormonas, por su baja retención salina y por la menor tendencia que poseen para desencadenar alteraciones similares a la enfermedad de Gushing.

Como en la mayoría de las enfermedades crónicas, es posiblemente lo mejor, efectuar un tratamiento hospitalario, por lo menos a un principio. Esta medida hace posible al paciente, familiarizarse más fácilmente con la natu-

raleza de su padecimiento y garantiza posiblemente, para el transcurso de los años subsiguientes, una mejor colaboración. En el hospital debe restringirse la administración de cloruro de sodio a un 1/2 gr. diario. Determinaciones del peso corporal y de la eliminación cuantitativa de albúminas, deben ser efectuadas diariamente. También deberán ser medidas las seroproteínas, la colesterolina en sangre, la hemoglobina, los leucocitos y el valor clearing de la urea, en intervalos correspondientes. Por el método de Addis debe ser controlado el sedimento urinario semanalmente.

La prednisona o Prednisolona se administra en dosis de 10-15 mg. 4 veces al día por espacio de 10-30 días. 75-80% de los niños y 40-60% de los adultos reaccionan con diuresis y disminución de la albuminuria. Algunos enfermos pierden todos los síntomas y quedan de ahí en adelante sanos, pero la mayoría presentan una o varias recaídas. En algunos se produce una claudicación renal progresiva y la muerte por uremia. El tratamiento todavía no se realizó por un tiempo lo suficientemente largo como para reconocer si es que tiene un efecto considerable sobre la cifra de mortalidad. En cambio ya se ha demostrado que la vida de los pacientes bien tratados y por un tiempo lo suficientemente largo, tienen más valor y que las recaídas no son tan frecuentes. Los pocos pacientes que quedan definitivamente sin molestias, ya no necesitan de ningún tratamiento, tienen sin embargo que ser controlados semanalmente (control de eliminación de albúmina por espacio mínimo de 1 año), porque la frecuencia de las recaídas es tan grande. Aquellos, sin embargo, que después de un tratamiento inicial, siguen presentando algún síntoma de enfermedad, deben ser tratados por lo menos por espacio de 1 año.

Un tratamiento continuo como el que la mayoría de los clínicos lo prag-

tratar sus edemas. Los 5 pacientes restantes han fallecido por claudicación renal.

En el grupo con buenos resultados los síntomas que presentaban los enfermos antes del tratamiento, no se diferenciaron fundamentalmente de aquellos 8 que aún sobreviven, y a los que no fué posible curar. Así pues, no existe, como en el caso del tratamiento con Esteroides, ningún camino en ausencia del azotemia, para decidir cual de los pacientes se podría curar con esta droga. Si es que se encontraban síntomas de claudicación renal el tratamiento con la mostaza nitrogenada, era inútil, 4 de los 5 fallecidos de este grupo tenían azotemia, anemia e hipertensión arterial, el quinto era un niño de 9 años de edad, que después de 4 series terapéuticas no mostró ninguna mejoría y que falleció durante la terapia con ACTH.

El pronóstico del síndrome nefrótico, en caso de claudicación renal es

en general sombrío para los pacientes tratados con Esteroides, a pesar de que a veces algunos responden al tratamiento, en forma dramática, de manera que todos los casos merecen de todos modos un intento con la Prednisona o la Prednisolona.

El tratamiento con la mostaza nitrogenada es mucho más difícil que el de los esteroides. Pero para los pacientes que no responden al primero ha ganado su lugar en la terapéutica. Recién hace poco han utilizado Gairdner y Shute, Malavia como Yaneway la escarlatina para provocar fiebre, una reacción tipo Stress y pudieron informar sobre los buenos resultados obtenidos en algunos enfermos con síndrome nefrótico. Nosotros mismos no poseemos ninguna experiencia con esta clase de tratamiento, sin embargo lo aconsejaríamos si es que los métodos terapéuticos anteriormente citados no dieran ningún resultado.

De la Maqueta University School of Medicine Milwaukee County Hospital.

Traducido de la Münchener Medizinische Wochenschrift
por Rolando Lara Stohman.

••••

ALTERACIONES HEMATICAS EN LA BRUCELOSIS

Carlos R. Giudice - La Semana Medica - Buenos Aires, Febrero 23, 1956

Extractado de: Sinopsis Médica Internacional, Julio 1957

En el año de 1952 fue presentado un estudio, en colaboración con el Dr. Vicente Vital, sobre 218 casos de Brucelosis. Sus conclusiones determinaron que la leucopenia no podía considerarse como signo patognomónico de la agresión brucelar, si bien es cierto que en muchos casos se comprueba. En cuanto a la linfocitosis, se la comprobó en el 40.7 por ciento de los casos.

Las discrepancias que al respecto existen entre los diferentes observadores, son muchas; por eso el autor da a conocer el resultado de sus investigaciones, que trasuntan una realidad observada a través de 94 casos por él examinados.

En síntesis las alteraciones hemáticas son:

Hepocitemia que oscila entre 3.800.000 y los 4.500.000 por mm^3 , lo que constituye un carácter dominante en cualquiera de las dos cepas infectantes.

Descenso ligero de la hemoglobina, siendo corriente valores 11 y 12 gramos por ciento, asimismo la volemia, presenta cifras entre 39 y 40 por ciento de hematíes aglomerados.

Normoleucocitosis en la generalidad, pudiendo observarse leucopenias en un número limitado de casos que alcanza hasta el 30 por ciento.

Aumento en las formas juveniles.

Eosinofilia hasta en el 40 por ciento de los examinados.

Discreta monocitosis en el 30 por ciento de los casos.

Manifiesta linfocitos que alcanza hasta el 58 por ciento en la Brucella abortus, 42 por ciento en la Brucella Suis.