

Boletín del Círculo Médico Quirúrgico de la 3.^a División

Año I

Número 1

21 de Noviembre de 1937.

SUMARIO

Reglamento del Círculo de Estudios

Doctor Yagüe:

Impresiones de las dolencias sexuales en la guerra actual

Doctor Parada:

Paludismo y corazón

**Boletín del Círculo Médico - Quirúrgico de la
3.ª División**

Constitución del Círculo de Estudios Médico-Quirúrgico de la 3.ª División

Por iniciativa del Jefe de Sanidad de la 3.ª División, Mayor Pertejo, se constituye en el Hospital Militar de ésta, un Círculo de Estudios Médico-Quirúrgico que se reunirá los días 1.º y 15 de cada mes en dicho Hospital a las seis de la tarde pudiendo y debiendo aportar todos los médicos de la División ponencias y notas clínicas de interés científico y práctico sobre lo cual podrá establecerse discusión.

Objeto de la agrupación

Es el primordial establecer una corriente de colaboración y estudio entre los médicos de la 3.ª División.

Hacer labor de realidades clínicas y solución de los problemas que la medicina y cirugía de guerra presenta.

Difundir aquéllos conocimientos que la clínica práctica ha marcado de un modo terminante para que por ella sea implantada su aplicación y finalmente proponer aquellas sugerencias que sin tener aún realidad clínica puedan servir de faceta de experimentación para mejorar métodos y tratamientos.

Examinará las cuestiones médico-quirúrgicas que presenta el actual estado sanitario y con arreglo a ello poder elevar a la Superioridad aquéllas peticiones que se crean justas y necesarias para el mejor desenvolvimiento de la labor médica de guerra.

Asimismo esta Agrupación formará la capacitación de enfermeras y sanitarios por medio de cursillos y conferencias para ulteriores exámenes y obtención de títulos.

Normas reglamentarias de la agrupación

Existirá una libertad absoluta para las ponencias de tipo médico o quirúrgico, debiendo ser anunciadas el día antes de la sesión al Presidente de la Agrupación.

El expositor dispondrá del tiempo preciso para el desarrollo de su tema procurando ser conciso.

Los miembros de la Agrupación pedirán en la misma sesión la palabra para aclaración, contestación o réplica de lo expuesto, disponiendo de quince minutos; su correlación se establecerá según el turno de petición de palabra.

El expositor contestará a todos los que hayan intervenido y dispondrá para ello de quince minutos.

Pueden ser presentados trabajos con proyección.

Se tomará nota de las ponencias y contestaciones, confeccionándose un Boletín del Círculo Médico-Quirúrgico de la 3.^a División.

Esta Agrupación estará controlada por una Junta compuesta de un Presidente honorario, otro efectivo, dos Vicepresidentes y tres Secretarios, dependiendo ella de la Biblioteca Médica, existente en el Hospital, así como las propuestas de adquisición de ejemplares que también podrán solicitar todos los socios, al ser tres los peticionarios, como igualmente de elementos que puedan ser de interés para el mejor desarrollo y exposición de la labor a realizar y que esté dentro de las posibilidades económicas. Llevará relación de libros que los profesionales soliciten para su lectura como lo referente a la parte administrativa de la Agrupación, cuidando sobre todo de manera especial de la toma de notas y redacción de cuantas aportaciones científicas sean llevadas al seno de la sesión, así como de las réplicas que se establezcan, haciendo figurar todo ello en el libro de Actas correspondiente.

Composición de la Junta Rectora

Presidente honorario.—El Jefe de Sanidad de la División.

Presidente efectivo.—El Director del Hospital.

Vicepresidentes.—El Jefe de Sanidad de la 33 Brigada y el Jefe de Sanidad de la 34 Brigada.

Secretario 1.º—Manuel San Nicolás Díaz, Teniente Médico del Hospital.

Secretario 2.º—Luis Hernández Hernández, Teniente Médico de la 33 Brigada.

Secretario 3.º—Benito Quintela Ruíz, Teniente Médico de la 34 Brigada.

Inauguración del Círculo de Estudios Médico-Quirúrgico, de la 3.ª División

El Jefe de Sanidad, Mayor Dr. Pertejo, explica el origen y función que tiene por objeto este Círculo y da lectura a las bases, ya publicadas en la Orden de Sanidad de la División. Comunica que las ponencias del día de hoy correrán a cargo de los doctores Yagüe, Paradas y Prada.

El Presidente, Dr. Morató, en unas palabras invita a todos los miembros de este Círculo, tanto asistentes como ausentes, para que contribuyan con su trabajo intenso y que con toda libertad puedan traer a este Círculo las aportaciones científicas, como teorías nuevas, casos clínicos, etc. concediendo la palabra al Dr. Yagüe, quien, con palabras de agradecimiento, por ser el primero en comenzar este ciclo, dice que lo que va a exponer son hechos vividos.

Impresiones sobre las dolencias sexuales en la guerra actual

Dr. Yagüe.

Las necesidades nosocomiales de la actual contienda que ensangrienta el suelo patrio, nos han llevado a regentar un servicio antivenéreo de gran desarrollo, que ofrece la característica de encontrarse desde los primeros momentos de su establecimiento a muy pocos kilómetros de los frentes de combate que le sustentan, bases ahora algo más reducidas por necesidades administrativo-militares. Tal vez haya sido desde su iniciación, en Agosto de 1936, el único Centro de este tipo establecido en un Hospital de vanguardia durante mucho tiempo, primera formación hospitalaria tras los puestos de socorro; su situación excepcional y la capacidad de trabajo, muchos meses rebasando las 2.000 asistencias mensuales, nos ha permitido recoger datos clínicos y terapéuticos que estimamos útiles difundir, motivo de estas líneas.

La dolencia sexual más frecuentemente observada, como constituye siempre regla, es la uretritis gonocócica o blenorragia. En los tiempos primeros de la campaña, en que gran número de mujeres, no todas ellas desgraciadamente guiadas por elevados idea-

les, acompañaron en los frentes a las fuerzas populares, se presentaron con una frecuencia suma los casos de infección reciente, que ofrecía, como característica muy destacable, la de manifestarse los primeros síntomas más próximos que lo habitual al momento del contagio; a los cinco días de forma muy evidente, en bastantes a los tres, y en algunos al siguiente, con casos, la gran mayoría de ellos, de verdadera superinfección.

En el decurso de la campaña, localizados y desaparecidos del frente los focos contagiantes, algunos de modo trágico, y reducidos al mínimo los permisos y estancias en poblaciones populosas, casi han desaparecido a su vez las infecciones recientes, acrecentándose por el contrario las recaídas, que en ocasiones han llegado a inquietar a los Mandos, por su considerable número. Los motivos determinantes de las recaídas parecen casi exclusivamente obedecer al alcoholismo, sobre todo con bebidas de elevada graduación, y las fatigas intensas en campaña.

Las complicaciones, en forma de orqui-epididimitis más o menos intensas, prostatitis, está siempre con su secuela de estreñimiento y frecuente estercoremia, vesiculitis, condilomas, cistitis, estenosis uretrales, linfadenitis, cowperitis y abscesos prostáticos, en el orden mencionado de frecuencia, son muy numerosos, y su presentación motivo casi exclusivo de hospitalización, conforme a las acertadas disposiciones de la Jefatura de Sanidad del E. M. del Ejército del Centro y reiteradas por las Jefaturas locales.

Hemos tenido ocasión de observar, asimismo, algunos casos de infección sobreaguda, que origina grandes molestias a los enfermos, correspondiendo siempre en el interrogatorio con los coitos reiterados infectantes. Por el contrario, los gonartrocaces puros son muy escasos, investigándolos con gran cuidado y tratándose más bien de manifestaciones reumáticas mono o poliarticulares con blenorragia concomitante, que indudablemente pueden influir algo.

Las dificultades de una concurrencia asidua a tratarse en el dispensario y el no disponer siempre los Puestos de Socorro de instrumental adecuado, ha obligado al uso intenso de los preparados acridínicos inyectables (gonacrina, tripaflavina), unos de marca y otros producidos por el Laboratorio Militar Central, sin observar diferencias entre ambas procedencias en cuanto a preparación; durante los meses de mucho sol y muy en especial en los primaverales ha habido necesidad de abandonar con frecuencia su uso, por la producción de quemaduras sumamente molestas, mucho más que el tan temido argirismo, pavor y recusación de muchos autores de los finales del pasado siglo en el empleo terapéutico del nitrato argéntico al interior (tabes, úlceras gástricas): la vida constante al aire libre lo explica sobradamente. Las manifestaciones cesan pronto con la suspensión del tratamiento. Para su evitación, hemos intentado reiteradas veces usar pomadas de sales de quinina, cual en las alteraciones de pigmentación cutánea; mas la necesidad apremiante de emplear esta sustancia en su indicación quimioterápica nos lo ha impedido.

Estimamos muy conveniente insistir sobre el falso criterio curativo de los tratamientos acridínicos, y aun de todos los generales, hartamente difundido; aquéllos solo consiguen disminuir la gonorrea, y de aquí su verdadera indicación durante la fase aguda supuratoria, pero solo una falsa curación, con persistencia microbiana.

Para acelerar la curación recurrimos, siempre que es posible, a las vacunas específicas. De éstas las más beneficiosas las mixtas; tras ellas, las concentradas, y con resultados menos brillantes, las asociadas a proteínas (lactovacunas), que en ocasiones determinan reacciones muy violentas.

La vía de aplicación preferible de las vacunas se ha mostrado siempre la intramuscular, ya que la hipodérmica ocasiona reacciones locales molestas, y la intravenosa hipertermias elevadas no siempre equivalentes en resultados terapéuticos incompatibles con deberes militares, y más en organismos físicamente agotados por las penalidades de la contienda.

La medicación por vía gástrica, insistentemente requerida por los enfermos ante el reclamo charlatanesco de la prensa y en muchas ocasiones tomada ocultamente y sólo revelada por el examen de la orina, ha fracasado casi en absoluto; tal vez algún caso excepcional, de contagio reciente o recaída (¿nuevo contagio?) haya visto aminorar la gonorrea. En cambio, se han acusado con bastante intensidad los estados congestivos renales, de muy probable origen medicamentoso.

Y nos quedamos con la preferencia por el método terapéutico clásico de los grandes lavados e instilaciones uretrales; empleamos las soluciones de permanganato potásico, oxicianuro mercuríco, sulfato cúprico y rivanol; el rivanol causa con frecuencia uretritis química, que obliga a su abandono, y el sulfato cúprico suele ser excesivamente doloroso. Muy pocas veces hemos podido poner en práctica el método abortivo de Janet; pero los resultados logrados han sido alentadores.

En los comienzos de la campaña pudimos emplear ampliamente las candelillas uretrales de partagón, al nitrato argénico, lamentando su desaparición del mercado, sobre todo la dosificación débil que era solicitada por los mismos enfermos, vistos sus excelentes resultados.

Hemos notado, como hecho curioso, la frecuencia de estados lipotímicos durante los lavados, que se efectúan en pie, con irrigador y soluciones débiles siempre templadas, sobre todo en los primeros lavados de los neófitos que obligan a una vigilancia sanitaria especial.

* * *

La lesión primaria sifilítica de más frecuente presentación en los primeros meses de la campaña, ofrece como característica el ser acusada más tardíamente por el enfermo, indudablemente por descuido; como por descuido y falta de higiene se suelen presentar en un estado de suciedad muy lastimoso. La carencia de laboratorio en el Hospital hasta fecha muy reciente, y aun en éste sin poder recurrir al ultra y no estar autorizados para enviar los enfermos a Centros que dispongan de él, nos obliga tan sólo al diagnóstico clínico, que con posterioridad corrobora satisfactoriamente el Laboratorio.

Con frecuencia el diagnóstico de la infección sifilítica lo efectúan los compañeros que regentan los servicios de Otorrinolaringología, Oftalmología y Odontología, por lesiones manifiestas en enfermos que a ellos acuden.

La alopecia específica ha existido, mas no en la gran proporción con que se pretende ver en los servicios sanitarios avanzados. La roseola es poco frecuente, pero, en cambio, y dada la gran frecuencia de lesiones parasitarias cutáneas, al estudiar éstas, se ha logrado evidenciar algunos casos.

Los terciarismos, son los más intensamente acusados y en muy corta escala el nervioso. Sin embargo, la gran mayoría de las veces se achaca a la infección lo que no es propio de ella, en el deseo de evitar penalidades y disfrutar permisos y mejoras. Alguna Unidad militar ha habido que toda ella era sífilítica terciaria, en peligrosa simbiosis con el etilismo crónico.

Los casos de sífilofobia son generalmente interesados y predominan las simulaciones o sus intentos. La demanda de reacciones serológicas es crecidísima, como si no se acordaran de la infección hasta el momento de los combates y sólo dieran crédito al laboratorio.

El tratamiento local de la lesión primaria es siempre el clásico, sin nada notable que destacar. Para el general, recurrimos a los arsenicales pentavalentes; al principio nos fué suministrado Neosalvarsan en toda la cantidad precisa; pero, faltos de ello en algunos momentos, hubimos de recurrir a envases largo tiempo conservados en las farmacias de la localidad, algunos anteriores al 22 de marzo de 1921, puesto que carecían de la indicación de registro en el Instituto técnico de comprobación llevada a cabo en la citada fecha, sin haber tenido nada desagradable que lamentar a pesar de su vejez. En la actualidad, se emplea en gran parte el neospirol. El haberse nutrido las farmacias de los hospitales de esta zona con botiquines de sanatorios antituberculosos próximos ha permitido usar el neocrisolo, neoiacol, acetylarsan, solusalvarsan, todos ellos en cortas cantidades. Los resultados clínicos observados con los arsenicales mencionados coinciden con los de todos los autores. Los más favorables, siempre clínicamente hablando, son logrados con los de procedencia alemana, evidenciándose el español bastante inferior en cuanto a resultados; en algunas ocasiones este último ofrece en su presentación color naranja más o menos intenso, reemplazándolo entonces por sospechar su oxidación. Los enfermos, en inmensa mayoría en cura ambulatoria, acuden casi siempre desde los mismos frentes de combate y aún habiendo estado la noche anterior de servicio en el parapeto y avanzadilla. Al principio, temerosos de fracasar por su estado de agotamiento, se pusieron las inyecciones una vez por semana; después, ya se practicaron bisemanalmente. En accidentes solo hemos observado alguna crisis nitritoide y con mayor frecuencia fenómenos ligeros de insuficiencia hepática, los que evitamos con la ingestión de 60 gramos de azúcar la noche anterior y tratamos en la misma forma. En cuanto a dosis, al principio, cuando las inyecciones eran semanales, conseguimos llegar en algunos casos a los 0'75 grs. y en uno a los 0,90; pero después y al ser frecuentadas, sólo a 0'60 grs. y hasta a 0'45 grs.

Las condiciones de la vida de campaña han motivado indudablemente la mala tolerancia para los preparados bismúticos. A pesar del gran cuidado observado y no instituir tratamiento bismútico sin previo paso por la consulta de Odontología, hasta su alta, han sido frecuentes las estomatitis, algunas graves cuando se descuida la limpieza bucal. En cuanto a fenómenos hemorrá-

gicos, de los que nos hemos ocupado en trabajos publicados hace varios años, sólo hemos visto uno de epistaxis confirmado y algunos hemorroidales sospechosos. Las sales empleadas son casi exclusivamente suministradas por los servicios farmacéuticos del Ejército, primero el yodobismutato de quinina y luego el succinato y el carbonato, el primero de éstos más doloroso y peor tolerado. El tratamiento bismútico salvo casos de residencia en la plaza, lo efectúan en la actualidad los puestos de socorro del frente, bisemanalmente, a plena satisfacción.

En las manifestaciones cardiovasculares que precisan la asociación de ioduros, han parecido los más útiles los inyectables, en especial el ioduro de tiosinamina (tiodine), que conocíamos y empleábamos con intensidad antes de la guerra (véase el capítulo sobre sífilis del aparato digestivo en el Tratado de venereología de Barrio de Medina) y del que pudimos disponer en bastante cantidad. Este mismo producto fracasó administrado por vía gástrica, así como los ioduros orgánicos y metálicos.

Hemos recurrido en contadísimas ocasiones a los mercuriales (biyoduro, cianuro); la frecuencia de presentación en estos frentes de manifestaciones diarreicas de tipo cólico, que parecían exacerbarse con los mercuriales, obligaron a su abandono.

* * *

El chancro blando no se presenta nunca bajo la forma de lesión única, sino múltiple, en ocasiones en tal estado de abandono y suciedad que suele hacer dudar en los primeros momentos de lo que se trata; las recidivas son frecuentes cuando no se curan completamente las lesiones, abandonándose. Las adenitis son muy frecuentes y raras veces se resuelven sin intervención quirúrgica, que además obliga a hospitalizaciones largas. Los chancros en corona en borde de prepucio y los foliculares de igual localización determinando fimosis son los más rebeldes de curar. Se han presentado algunos casos de parafimosis, por forzamiento de un fimosis, tratando de curar un chancro de glánde poniéndolo al descubierto; su tratamiento ha tenido que ser casi siempre quirúrgico, por presentación de fenómenos necróticos. Ninguna característica digna de mención ofrece el tratamiento de las lesiones venéreas sino su reiteración por abandono demasiado temprano de la cura, sobre lo que insistimos.

Las lesiones fagedénicas, afortunadamente muy escasas en su presentación, constituyen nuestra desesperación terapéutica. La adquisición de vacunas específicas, sobre todo D'melcos, ha rayado casi en la imposibilidad y las escasísimas cantidades logradas, administradas con verdadera avaricia entre los varios enfermos que siempre las precisan, se muestra como siempre de gran utilidad. En su sustitución, recurrimos al suero antigangrenoso, ya que las lactoproteínas también fracasaron, inyectado y en cura local, y desde luego las lesiones se benefician algo más que las tratadas únicamente con cura local, pero poco y aún menos comparables con la D'melcos.

Con bastante frecuencia se observan dolencias asociadas, sobre todo blenorragia aguda y chancros venéreos y menos veces

chancros sífilíticos y venéreos. Dos de los casos observados presentaban chancros venéreos, lesión primaria sífilítica, blenorragia, adenitis inguinal y hitiriasis pubis. ¡Toda una patología sexual!

Los motivos de la frecuencia de estas asociaciones pudieran explicarse por la reiteración de coitos, bien con la misma persona variadamente infectada, o con varias en los períodos de incubación de las enfermedades, cual uno de los casos que en dieciséis días convivió con nueve mujeres.

* * *

Dolencia de frecuente presentación es la bálano-postitis en sus diversas formas clínicas, lesiones las más de las veces con su etiología fisiológica bien conocida y muchas veces reconociendo su origen en la suciedad del individuo. En ocasiones, ha sido tan intensa la secreción purulenta que ha motivado su confusión con la blenorragia por parte de poco capacitados científicamente, error subsanado en cuanto se procede a la exploración de la región enferma. La rapidez de su curación tratándola primero, con grandes lavados desinfectantes y después, con solución alcohólica de tanino y aislamiento, sorprende al propio enfermo.

* * *

El parasitismo de la región púbica con suma frecuencia extendido a todas las regiones vellosas del cuerpo y hasta las pestañas (!) se presenta con frecuencia. El abandono de la limpieza corporal por parte de muchos individuos o la imposibilidad de poderla efectuar, son sus principales factores. Cabe destacar la frecuente presentación de dermatitis medicamentosas con el uso, las más de las veces, por sí propios, del ungüento del soldado; e igual acontece con la gasolina, excesivamente difundida. Por nuestra parte, nos ha proporcionado buenos resultados el vinagre sublimado, aún sustituido el vehículo, en su carencia, por el producto químico, y reiterándolo cuanto precise, ante la imposibilidad de proceder a una depilación.

Relacionado con las dolencias sexuales nos hallamos frecuentemente con la neurastenia sexual, que tanto preocupa a los que la sufren. En tales casos conviene distinguir las poluciones nocturnas fisiológicas de las pérdidas originadas por la masturbación, desgraciadamente muy desarrollada entre el elemento militar de origen campesino, sobre todo el de nivel cultural bajo. Cabe señalar el gran desarrollo de esta aberración en un grupo considerable de meridionales que integraron primero una Unidad y después se desperdigaron entre las demás de la División.

V, como final, cabría hablar del homosexualismo. Aún cuando nos fué señalada la existencia de homosexuales, alguno de ellos incluso reconocido como medio de su vida prebélica, nunca observamos nada en este sentido, recogiendo la impresión de valentía de algunos de los sujetos, demostrada en los combates y evidenciada por las recompensas.

Tales constituyen nuestras impresiones de las dolencias sexuales en la guerra actual.

Y termina dando las gracias a los practicantes y sanitarios de su servicio que con su trabajo han contribuido a la labor donde ha podido comprobar estos hechos.

Discusión.

El Dr. López Alonso felicita al *Dr. Yagüe* por su ponencia; pero en algunos puntos tiene discrepancias. 1.º—No ha podido durante el tiempo que como médico de Batallón tuvo que tratar a enfermos blenorragicos, apreciar esos ataques lipotímicos que en los lavados uretrales, en la posición de pie manifiesta el ponente. 2.º—No pudo apreciar las reacciones febriles, que con el tratamiento de vacuna impidiesen prestar servicio y complicaciones que la blenorragia y demás enfermedades venéreas también presentan. 3.º—Que las paraferosis no debían llegar al Hospital en estado de estrangulación, y tenerlas que operar en este estado si se procurase reducirlas mucho antes. 4.º—Sobre el homosexualismo no opina de la misma manera que el ponente, en las cuestiones referentes a la combatividad.

El Dr. Parada hace constar que en un enfermo tratado por sales de bismuto se presentaba una epistaxis persistente, la cual después de no responder a los tratamientos comunes y procediendo a un análisis de sangre, se observó una leucopenia y procedió a efectuarle una transfusión de sangre de 200 c. c., la cual bastó para que cesase la hemorragia, lo cual hace constar para resaltar la eficacia de las transfusiones de sangre no sólo en las anemias hemorrágicas agudas sino en las hemorragias discrásicas.

El Dr. Pertejo dice que va a hacer dos preguntas: 1.ª—Que tiene conocimiento de tres casos de chancro blando tratado con vacuna antitífica. ¿Qué opinión tiene el ponente desde el punto de vista práctico? 2.ª—Las enfermedades venéreas al principio de la guerra tuvieron un ascenso grande, que duró tres meses, seguido de una fase de descenso de duración de unos dos meses y fué seguida de otra fase de ascenso, aunque más pequeña que la primera. ¿Puede el ponente enjuiciar si es debido a las medidas profilácticas tomadas, como preservativos gratuitos, faltas de permisos o descuento de haberes?

El Dr. Morató felicita al ponente y hace una pregunta: ¿Si las uretritis que se presentan al primer día del contacto sexual tenían una confirmación bacteriológica o por el contrario se trataba de unas uretritis banales que con un simple lavado hubiesen curado?

El Dr. Prada refiere el caso ya expuesto por el *Dr. Parada* de un enfermo con una epistaxis abundantísima y que él, como especialista, había tratado con los medios hemostáticos generales y caústicos, habiendo fracasado con todos y fué tratado con transfusión teniendo el resultado ya antes dicho. Visto mucho tiempo después el enfermo no ha vuelto a tener hemorragia nunca. Hago resaltar esto para que todos tomen precauciones para no hacer uso de estos preparados en los heridos.

El Dr. Yagüe agradece la intervención a los compañeros que le han objetado, diciéndole al *Dr. López Alonso* que en unos

20 casos se le han presentado los ataques lipotímicos siempre en primo-infectados y en los primeros lavados y enfermos muy agotados, hecho que hace constar y que no sabe a qué es debido; pero que no ocurre en la vida civil.

En lo referente a las parafimosis comparte con el Dr. Alonso la idea de que toda maniobra de reducción tiene que ser al principio, pero al Hospital llegan después de varios días y no siempre se puede.

Al Dr. Parada dice que todo tratamiento con bismuto es seguido de leucopenia y que las transfusiones tienen que ser cortas y frecuentes, pues cree que no actúan sólo como vehículo sino también como tratamiento y deben ser de unos 200 c. c. cada tres o cuatro horas y no grandes, que sólo consiguen el éxito del Quirófano.

Al Dr. Pertejo contesta que es muy interesante el conocimiento que tiene de 3 enfermos tratados por vacuna antitífica y como en la actualidad carece de D'melcos, procedía a autohemoterapia y lactoproteinas, con los cuales los resultados son muy dudosos y si la mejoría es por la hipertermia, quizá con la vacuna antitífica se pueda conseguir. Procurará acrecentar esa estadística con nuevos casos.

Las marchas de las enfermedades sexuales son como el Dr. Pertejo ha manifestado y achaca los grandes ascensos a los permisos colectivos, pues era muy frecuente que las Compañías con permiso a poblaciones grandes volvían con un 80 % de contaminados y algunos con varias enfermedades venéreas. El preservativo, según confidencias de los propios enfermos, es cosa que desechan y sólo los mandos hacen uso de él, pero pocos; por tanto no se puede achacar gran poder profiláctico. Más cree en las conferencias que en los Batallones se han dado y sobre todo en la suspensión de permisos a las poblaciones grandes. Algunos otros medios gozan de gran prestigio como el blenocol, más para lo venéreo que para lo sifilítico.

Al Dr. Morató contesta diciendo que al principio de la guerra las uretritis no podían ir confirmadas por Laboratorio sobre su origen blenorragico, cosa que en la actualidad se hace; pero por su marcha y caracteres afirma este origen; fueron siempre tratados con soluciones débiles calientes de oxicianuro, permanganato, etc.

Al Dr. Prada le contesta haciendo referencia a una discusión que hubo en la Academia Médico-Quirúrgica hace unos años en la cual unos opinaban que el bismuto tenía efectos hemorragíparos y otros, lo contrario. Ha podido observar presentarse gastro-rragias por causas del bismuto. Y en enfermos heridos las ha tratado con calcio y bismuto; ejemplo, un fracturado que tenía el callo blando y con este tratamiento curó.

Paludismo y Corazón

Dr. Parada

Al acudir un elevado número de palúdicos, en su mayoría de primo infección, a nuestro Hospital Militar de la 3.^a División, he considerado de utilidad aprovechar su afluencia para estudiar la acción que el paludismo ejerce sobre el corazón. Este estudio, que ya fué hecho entre otros, por Ed. Benhamóu especialmente, no por ello deja de tener interés.

Sabemos todos que en el curso del paludismo agudo, primario o secundario, como del crónico, una de las vísceras más atacadas al lado del bazo y del hígado es el corazón, y así en 1926 Benhamóu describió el aspecto que presenta la sombra cardíaca a medida que se repiten los accesos febriles, afirmando que esta modificación del corazón es responsable de ciertos soplos, de emplastamientos pleurales o peritoneales y a veces de verdaderos síndromes asistólicos.

Aspecto radiológico del corazón.—Ciertamente puede afirmarse que casi todos los palúdicos presentan un corazón de forma globular, con un pedículo vascular ancho y punta cardíaca redondeada. Este aspecto se acusa desde los primeros accesos febriles, acentuándose más y más si estos son frecuentes y violentos, diciendo Benhamóu que en aquellos palúdicos que no fueron largo tiempo tratados con todo rigor, el corazón globoso persiste como un estigma y que siempre que en el curso del paludismo crónico, apirético, que se manifiesta por trastornos viscerales, anemias graves, ictericias hemolíticas, siempre se encontró con el aspecto redondeado de la sombra cardíaca. Por mi parte, he confirmado casi siempre la existencia del corazón globular que señala Benhamóu, ya que en aquellos en que no le he encontrado, o es menos típico, se trataba de palúdicos que tenían, bien una lesión valvular pura, independiente, y a la cual está sometida la hipertrofia compensadora o alteraciones constitucionales (escoliosis, retracciones hemitorácicas, alteraciones diafragmáticas, etc.), que ocasionando modificaciones topográficas, impiden una buena visibilidad de todos los arcos cardíacos o deformaciones en los mismos y con todo, un menor resalte del contorno del corazón globular o una imposibilidad material de poder acusarse. Estas mismas anomalías, tienen una evidente influencia para la posibilidad de seguir a la pantalla radioscópica las modificaciones que el corazón de los palúdicos experimenta, en número elevado de casos; modificaciones que se señalan sobre todo en su ventrículo izquierdo, trocando su borde convexo en cóncavo al hacer inspirar fuertemente al enfermo, para luego, a la espiración, observar cómo el corazón se ensancha, eleva y encaja en los

Ayuntamiento de Madrid

senos cardiofrénicos, presentando además radiológicamente menor dureza de contraste que la habitual en corazones aumentados, lo que achaco a la dilatación primitiva que sufre el corazón de los palúdicos, sin hipertrofia, traducida siempre por un engrosamiento de las paredes musculares dependiente del aumento de tamaño de las fibras y posiblemente de su aumento numérico.

Las modificaciones cardíacas referidas son de gran valor para afianzar un diagnóstico de paludismo, pues ningún corazón globular de cardio-patías reumáticas, renales o sífilíticas, las presentan, requiriendo la posibilidad de un desplazamiento diafragmático amplio ya que siendo el corazón de los palúdicos dilatado, hipotónico, se deja arrastrar y conducir por la acción aspiradora y dinámica de la función respiratoria forzada que al no poder practicarse por sínfisis pleural, enfisema pulmonar, etc. etc., hará que no resulte visible el fenómeno de cambio dicho, aún cuando el corazón sea globuloso e hipotónico.

Esta hipotonía de los palúdicos se acompaña de modificaciones tensionales especialmente sobre la cifra de la mínima, al revés de otros procesos también hipotensores que siempre actúan proporcionalmente sobre ambas, máxima y mínima, pero en el caso del paludismo si bien no he encontrado generalmente cifras de tensión máxima superiores a 13 (método auscultatorio), es en las cifras de la mínima donde el descenso es más señalado ya que de 4 a 5 son frecuentemente halladas, encontrándose más bajas en algunos.

La presión del pulso o tensión diferencial, se hace aún mayor en los momentos del acceso febril pues si entonces se registra la tensión arterial con frecuencia, veremos cómo ésta va separando más sus valores aumentando la cifra de la tensión máxima a la vez que desciende la de la mínima que llega hasta 0 en algunos casos, llevando esta marcha el ritmo de la curva térmica para coincidir con la mayor elevación de ésta, el más alto valor de la tensión máxima, que nunca se hace superior a 13 y el menor de la mínima hasta 0, en algunos valores tensionales, que al iniciarse el descenso febril, van recuperando sus cifras de partida hasta alcanzar la máxima y mínima idénticos valores a los tenidos al comienzo del proceso febril una vez llegada la fase apirética. Es muy verosímil que la hipotonía que se descubre en el curso de muchas enfermedades infecciosas, fiebre tifoidea, tuberculosis, gripe, paludismo, dependa en parte de lesiones capsulares, por más que resulte muy difícil según se comprende, justipreciar la participación de los diversos factores que influyen sobre la presión vascular, precisando recordar que el grado de tensión máxima está en íntima relación con el estado del corazón, es decir, con el volumen de contracción y que el grado de la tensión mínima nos da la medida de las resistencias periféricas y del grado de replección diastólica de los vasos.

Hemos estudiado también en nuestros palúdicos, la marcha del pulso, no coincidiendo en esto con lo que Benhamóu refiere dando la bradicardia de tipo sinusal como sintomática del paludismo ya que si bien en algunos casos, pocos, no hay una completa asociación entre fiebre y pulso, no es ello para poder tener a los palúdicos como bradicárdicos, achacando Benhamóu la lentitud del pulso a un predominio vagotónico, encontrando en ellos respuesta exagerada a la acción del reflejo óculo-cardíaco.

Por mi parte, he hallado taquicardia proporcional a la temperatura en la mayoría de los palúdicos durante el acceso, con

pulsaciones entre 80 a 100 en los días sin onda febril, taquicardia comprobada en los convalecientes. Tan dispares resultados con lo que Benhamou sostiene, pese a la hipotensión, obliga a pensar que el estado vagotónico, al que achaca la bradicardia Benhamou, está trocado en simpaticotonía en nuestros palúdicos, explicable por los momentos que atravesamos y el género de vida, sabiendo además que la mayor parte de las taquicardias de fondo nervioso deben atribuirse a una parálisis del neumogástrico y a una irritación simultánea del simpático.

Registrado el pulso de elevado número de combatientes que explorados clínica y radiológicamente no presentan alteraciones patológicas y, sin embargo, sufren taquicardia franca, con cifras de 90, rebasada en otros, hallazgo fácil de entrever por el género de vida actual, explicándonos la disparidad de lo observado por Benhamou y por mí sobre la marcha del pulso, que tiene además la característica de ser generalmente dicoto, apreciándose al palpar suavemente, propiedad frecuente en aquellos procesos que se acompañan de presión diastólica baja.

Se hace también merecedor de señalar, dada su frecuencia, la existencia de soplos cardíacos en palúdicos que no acusan verdaderas lesiones valvulares y en esto tampoco he confirmado lo que Benhamou afirma de que se encuentran localizados en el foco mitral primeramente, después en el aórtico y más raramente en el triscúspide, acusando dice, tal fijeza, localización y propagación, que permite tenerlos por soplos valvulares propiamente dichos, de causa palúdica. Por mi parte no puedo afirmar lo anteriormente dicho, ya que siempre que he encontrado soplos bien definidos, en foco auscultatorio clásico, y propagables, el corazón de tales no presenta la forma globular ni el fenómeno de cambio descrito y patognomónico de la infección palúdica, si no que por el contrario acusaba la forma tipo de la lesión cardíaca motivo del soplo registrado, siendo en cambio confirmada la existencia del corazón globuloso, con signo del cambio positivo, en todos aquellos palúdicos en que la auscultación descubrió soplo sistólico en apéndice xifoides sin propagación o en otros que sin carácter de verdadero soplo dan un primer tono prolongado, poco puro, tipo anorgánico, frecuentes en procesos anemizantes, como lo es el paludismo.

La misma declaración de Benhamou sobre ser los hallazgos de soplos de insuficiencia mitral los más frecuentes, siguiendo los de la insuficiencia aórtica y, en cambio, raros los de insuficiencia tricúspide, nos pone en guardia sobre la patogenia de tales soplos, ya que coincide esta frecuencia con la que se da en las lesiones cardio-valvulares corrientes y nada se opone para admitir en un palúdico la existencia de lesiones cardíacas independientes a su infección palúdica, cuando además los hallazgos de tales soplos no es frecuente, no acusando además en tales casos forma globulosa y si la correspondiente a la lesión valvular apreciada con hipertrofia y dilatación o simplemente hipertrofia, no siendo posible admitir que una insuficiencia mitral de causa palúdica provoque un tipo cardíaco bien definido, en la primera semana de infección, cuando sabemos que en los de causa reumática, pongo por caso, es otra la evolución de la imagen hasta constituirse la modificación cardíaca compensadora, apropiada a la lesión valvular.

De todas suertes, la sola existencia del corazón globuloso hipotónico, puede ocasionar un pequeño síndrome asistólico en

los palúdicos, reconocible en el curso agudo, subagudo o crónico, así se registran albuminurias pasajeras, pequeños edemas, y un estado estático de hilos pulmonares con un síndrome bronquial bastante frecuente. Esta asistolia reiterada puede alcanzar mayores proporciones con un síndrome de franca asistolia, anasarca generalizado, aseitis, hidrotorax, etc. Conocimiento este de gran valor ya que todo enfermo de región palúdica, no sifilítico ni reumático, que sufra una asistólica, aguda o crónica, aun cuando no acuse hematozoarios en sangre, debe ser tratado con preparados de quinina, siendo los beneficios al tratarse de causa palúdica, inmediatos e impresionantes, no teniendo en general los trastornos funcionales cardíacos, de causa palúdica, inmediata acción grave, si bien a lo largo pueden establecer un estado de frigidéz inquietante.

Es en cambio una complicación seria para un cardíaco antiguo y especialmente para los de causa reumática, la infección palúdica, ya que ocasiona con facilidad descompensaciones rápidas, debiendo vigilarse atentamente el corazón de todo palúdico, instituyendo tratamiento con adrenalina y digital ante el más ligero indicio de trastornos funcionales e incluso valiéndose también de extractos suprarrenales dada la acción hipotónica del paludismo y la tendencia a suponer anomalías de índole suprarrenal en las infecciones agudas. Consideramos de interés la vigilancia del corazón en todo palúdico y la necesidad de instituir desde los primeros accesos un tratamiento intenso y prolongado de la combinación quinina-plasmoquinina en unos o atebrina y plasmoquina en otros, con dosis de quinina no inferior a dos gramos, dígase lo que se quiera por algunos autores españoles, siendo la dosis de atebrina de 30 ctg.

Creo debe también emplearse el Biclorhidrato de quinina en suero fisiológico para inyectar por vena con lentitud, método este de gran valor en casos recidivantes, aplicando cada cuarto de hora dos c. c. y medio de la solución preparada de Biclorhidrato de quinina, un gramo, en 10 c. c. de líquido salino fisiológico, para inyectar los 10 c. c. en un plazo de una hora. Sería también interesante aplicar y, dados los trabajos de Radosavlievic sobre patología humoral del paludismo, suero de expalúdicos reciente en inyección subcutánea, ya que según dicho autor y Kauders, los accesos febriles del paludismo son la resultante de una hipersensibilidad del organismo ante sustancias albuminoideas producidas por desintegración de glóbulos rojos, accesos que pueden ser cortados por la inyección dicha de suero al reunir este las condiciones antitóxicas que Radosavlievic estipula. Creo podría ser de interés el hacer un intento de inmunidad aplicando en masa, suero de convalecientes de paludismo a las tropas que operen en terrenos palúdicos. Esta prueba, libre de todo peligro, no deja de tener su gran interés ante la nueva concepción que del paludismo da Rodosavlievic.

No quiero dejar de señalar mi reconocimiento a los compañeros Yagüe, Vaquero y Rivera por las facilidades que me dieron para la exploración de los enfermos palúdicos de sus servicios, así como al colaborador directo Dr. López Delgado por su gran ayuda, recogiendo datos de valor y comprobando en sangre el diagnóstico clínico de paludismo como igualmente al soldado sanitario, auxiliar valioso, en nuestro servicio, Aquilino Sánchez.

El Dr. Pertejo dice que se ha encargado, por ausencia del Dr. Contreras, de hacer algunas objeciones.

El Dr. Contreras: Ausente en esta primera reunión del Círculo de Estudios, no quiero dejar de felicitar al Dr. Parada por su inteligente exposición. He conocido de antemano su trabajo para la recogida de casuística y he leído con detenimiento el estudio que hace sobre el corazón en los palúdicos por todo ello y por tantas cosas más, se hace acreedor, el Dr. Parada, de gran clínico y publicista.

Queremos hacer algunas observaciones y aportar lo poco de nuestra experiencia en la pasada epidemia malárica, a esta sesión inaugural del Círculo.

Si bien el corazón es una de las vísceras atacadas por la enfermedad palúdica, no creemos lo sea en un sentido de especificidad tal como lo son el hígado y el bazo. No cabe duda que el paludismo, como enfermedad infecciosa que es, producirá, con más o menos intensidad, una miocarditis de este origen. Igual que en la difteria, en el reumatismo articular agudo, escarlatina, sarampión, gripe, etc. se encuentran en ocasiones necrosis focales del miocardio de distinta intensidad y pronóstico de la insuficiencia cardíaca, que a veces pasan inadvertidas por el médico general, así también en el paludismo se han descrito estas mismas lesiones pero, como decimos, sin especificidad y sin características radiológicas propias. La fatiga de los convalecientes de enfermedades infecciosas nos revelan estas miocarditis agudizadas por el esfuerzo, en ocasiones no regresan a su normalidad y persisten durante meses y años síntomas de la insuficiencia cardíaca: fácil cansancio, palpitaciones, hiposistolias tras un esfuerzo o un exceso alcohólico, etcétera, etc.

Sería conveniente hacer estudios comparativos ante la pantalla del corazón en las distintas enfermedades infecciosas y al mismo tiempo, para sacar conclusiones exactas, habría que estudiar el corazón del soldado en campaña y separar los casos completamente normales de aquellos otros en que pueda aparecer una hipotonía cardíaca por ligeras y posibles avitaminosis, como se han descrito en el *Beri-beri*, y de aquellos otros, también, de *cardiodistrofias* por *hipoglucemia*, como las llama Büdingen, frecuente entre los soldados sometidos a las privaciones inherentes con la guerra, refiriéndonos con esto no solo a las hipoglucemias puras sino también a los casos de falta del poder de utilización de esta glucosa por el músculo cardíaco poco entrenado. Deben ser, por tanto, pasados por la pantalla esos soldados que aquejan síntomas de la enfermedad de Büdingen: presión o dolor en región precordial, exagerado con los movimientos, disnea de esfuerzo y apagamiento de los tonos, y ver qué analogías se sacan con el corazón que presentaban nuestros soldados palúdicos.

Las radioscopias de los palúdicos observados por el Dr. Parada debieron ir seguidas de ortodiagramas exactos, como hacía DIETLEN con sus convalecientes de enfermedades febriles, demostrando esa dilatación que llega en algunas ocasiones a borrar la silueta tenuemente; parece como que la sombra cardíaca *se desparrama*, de ahí la imposibilidad material de no poder acusarse los arcos cardíacos como dice Parada.

Estas facetas en la intensidad de las llamadas miocarditis febriles y postfebriles hacen que no creamos patognomónico del paludismo un cierto grado de dilatación, con típica forma, más o menos manifiesto a la pantalla radioscópica y más si creemos a algunos autores que afirman que el paludismo no perturba al corazón de una manera sistemática.

Respecto a la presión arterial encontrada coincide con la dada por otros, considerando FLURY que este descenso, y precisamente de la mínima, se debe exclusivamente a fenómenos vasomotores.

Por último, queremos contribuir a demostrar la benignidad de la epidemia malárica estio-otoñal que hemos padecido en este sector con tres casos de gestantes de curso avanzado atendidas de entre la población civil. Han tolerado perfectamente bien la enfermedad palúdica, sin ninguna consecuencia desagradable para la madre o el feto, habiendo empezado a atender a una de ellas bien tardíamente a la infección e instituido el oportuno tratamiento sin consecuencias nefastas.

La quinina fué empleada con relativa prudencia, sabiendo que se trataba de fetos viables, en dosis diarias de 0'15 a 0'25 grs. y no hemos tenido que lamentar interrupciones del embarazo ni un incompleto tratamiento por exceso de precaución en la dosificación. Esto nos demuestra lo benigno de la infección a que hemos asistido en esta zona.

Y nada más que desear sean de utilidad para todos y para nuestra sanidad los problemas que se vayan estudiando en estas sesiones clínicas.

El Dr. Delgado explica su satisfacción de haber podido comprobar el diagnóstico del paludismo por la silueta del corazón en la pantalla.

El Dr. Yagüe afirma ser ciertas todas las manifestaciones del ponente, pues la taquicardia no la cree de origen emotivo ni por la altitud en que vivimos. La forma del corazón, si no patognomónica, sí muy constante, pues se presenta en los enfermos con gran rapidez pues ya se manifiesta al segundo acceso y falta en otros que diagnosticados de paludismo no se confirmó. La epidemia de paludismo que hemos sufrido no ha sido muy grave y sin grandes anemias y lesiones renales y a pesar de esto, hemos tenido que aumentar la dosis de gramo y medio a dos gramos de quinina.

El Dr. Pertejo dice que sería muy conveniente que el ponente acompañase a su trabajo datos estadísticos del número de enfermos vistos, así como de resultados comparativos de tratamientos, de confirmaciones, de laboratorio, etc.

El Dr. Morató expresa que no se pueden hacer objeciones al trabajo y no cree que la causa sea la anemia ni el número de accesos febriles.

El Dr. Parada contesta al Dr. Contreras:

«Considero de interés el estudio del corazón de todos los enfermos de procesos infecciosos; pero he de decir sobre el corazón globular de los palúdicos que éste no solo tiene de característica su forma, sino también su signo de Benhamóu, signo éste que permite diferenciarlo de otros corazones más o menos globulares y, en particular, del corazón renal y el de las cardiopatías reu-

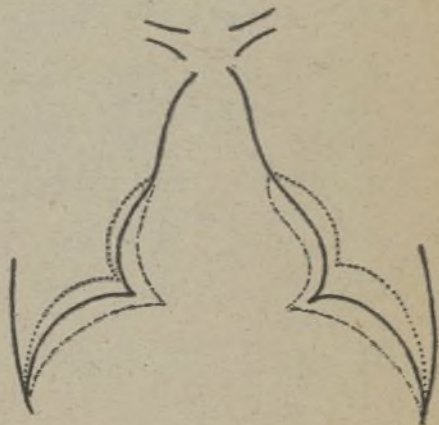
máticas o sifilíticas, corazones generalmente hipertróficos; pero no hipotónicos como lo es el de los palúdicos que acusa una dilatación más que una hipertrofia y por ello su forma, ya que todos sabemos que la hipertrofia cardíaca provoca alteraciones principalmente morfológicas; pero no aumento muy destacado y generalizado de la sombra cardíaca, pero en cambio, la dilatación ocasiona agrandamientos marcados y generalizados a todo él y así el corazón palúdico acusa la forma globular por su dilatación generalizada. Sobre el estudio del ortodiagrama, que no fué hecho en nuestros enfermos palúdicos, al referirse el Dr. Contreras al empleo de rayos paralelos siguiendo la técnica de Moritz, valiéndose de rayos normales dirigidos perpendicularmente al plano frontal del paciente, eliminando los rayos restantes por medio de un estrecho diafragma y haciendo coincidir el rayo normal por un dispositivo centrado con una marca exactamente colocada en el centro de la pantalla y así ejecutar el ortodiagrama. Todo esto no se hizo por mí, por no serme posible materialmente; pero no creo imprescindible el ortodiagrama en el estudio del corazón palúdico ya que lo interesante de su imagen es la silueta y no las dimensiones de cada porción cardíaca, y también se sabe que la forma del corazón depende mucho más de un sinnúmero de particularidades del contorno, principalmente de la configuración de los llamados arcos cardíacos, que de la relación entre sus diámetros y ángulo de inclinación del órgano cardíaco. Nosotros nos valimos para hallar la imagen, de paradigmas hechos a una distancia del foco a la pantalla no inferior a 80 centímetros y siempre la misma, dibujando la sombra cardíaca bajo el mayor reglaje diafragmático posible, obteniendo imágenes no sólo en posición frontal sino también en otras proyecciones, como aconseja Vázquez, pudiendo así seguir perfectamente los arcos cardíacos, ya que el corazón globular de los palúdicos se destaca bien y recorta con claridad sus límites, sin esa difusión de que habla Contreras, en el corazón de los enfermos de otras infecciones, diferencia ésta a sumar a las que distinguen el corazón palúdico. Con la sistematización dicha, exploramos 50 palúdicos y con esto contesto al Mayor Pertejo sobre su petición de cifras, a la vez que le aclaro que de éstos, todos palúdicos, confirmados en laboratorio, 40 acusaron la sombra típica globular, y en los otros, no he podido seguirla dadas las modificaciones mediastínicas, diafragmáticas, que acusaban, como ya refiero en el trabajo; pero sin que pueda negarse que se trataba de corazones globulares. Con la sistematización dicha en la exploración, obtuve una serie de imágenes, dando su cotejo, la silueta tipo que he presentado, imagen coincidente con las que Benhamóu da por ortodiagrama obtenida. Sobre la influencia de las penalidades de la guerra en el tamaño del corazón es mucho lo que se ha escrito y con contradictorias conclusiones; así para Asmams no encuentra alteraciones en sus dimensiones, conclusión a la que se opone Schieffer y las comprobaciones de los médicos militares. Para Kanfman, que ha practicado grandes series de exploraciones en el corazón de los soldados, ha encontrado mayor proporción de dilataciones, observando que en muchos que fueron sometidos a un tratamiento de reposo mejoraron. También vió dilatación del corazón cuando al mismo tiempo existía gran fatiga física e intensa emoción (shock de las granadas).

Los trabajos de Moritz, con mediciones comparadas del corazón del soldado al principio y durante el tiempo del servicio,

casi regularmente, ha comprobado aumentos no despreciables del tamaño del corazón, siendo de advertir que la mayoría eran individuos en un buen estado de salud que conservaron. Con estas observaciones de Moritz coincide lo que yo he podido observar en nuestra lucha; pero sin que el corazón dilatado por estos hechos pueda confundirse con el globular que estudiamos. Respecto a las otras modificaciones que el Dr. Contreras refiere en casos de avitaminosis, diré, que en el *Beri-beri*, las dilataciones agudas que se aprecian, son de tipo bilateral, como el de los palúdicos, acusa sin embargo un redondeamiento más pronunciado de la aurícula derecha, con desaparición del detalle cardíaco, diferencias éstas del corazón que estudiamos. Respecto a la dilatación cardíaca en las enfermedades infecciosas fundándose en los trabajos de Dietlen, sobre las modificaciones cardíacas en la difteria, que se pueden comprobar ya al tercer día, estas se aprecian más en el sentido longitudinal. En los casos de agrandamientos cardíacos por trastornos de secreción interna, podemos decir, que en la enfermedad de Basedow, suele aceptarse la dilatación del corazón con mayor frecuencia de lo que existe en realidad, dejándose llevar del refuerzo de la punta; pero cuando se encuentra efectivamente dilatación, dice Steiner, que encontró preponderancia del agrandamiento de la mitad izquierda; pero en este caso como en el de los anteriores, estas modificaciones cardíacas son susceptibles de regresiones; lo que no suele darse en los enfermos palúdicos y así en muchos enfermos que he explorado por causas ajenas he podido hacer diagnóstico de antiguo paludismo que los explorados confirman, por descubrir una imagen típica de corazón globular con signo de Benhamou, por todo lo cual, lo considero patognomónico del paludismo.

Respecto a la interpretación de causas vaso-motoras el descenso de la tensión mínima, todos sabemos que el grado de tensión máxima está en relación íntima con el estado del corazón, es decir, con el volumen de contracción y la mínima nos da la medida de las resistencias periféricas y el grado de repleción diastólica de los vasos, pero la regulación del tono de los vasos no sólo corre a cargo del sistema nervioso vasomotor sino que también está condicionado por estímulos internos de naturaleza química, es decir, por productos de la actividad del sistema hematopoyético, productos representados en parte por la adrenalina y en parte por sustancias que influyen, deprimiendo el tono vascular, de ahí que el sistema adrenal represente el más importante de los aparatos hipertonógenos de la economía, hasta el punto de considerar al tiroides, ovario, hipófisis, bazo, páncreas, como formadores de un sistema antagónico al adrenal y, por lo tanto, que el valor de la presión sanguínea está regulado por la acción combinada de ambos sistemas, por eso me inclino a suponer que en las enfermedades infecciosas y en el caso del paludismo hay una alteración funcional de suprarrenales que incluso nos podía llevar a la interpretación del tinte sucio que acusan con frecuencia los enfermos palúdicos.

Respecto a la dosificación de la quinina tuvimos que emplear en los casos vistos dosis desde luego superiores a un gramo y en muchos de dos hasta poder dominar la curva febril y hasta en algunos antiguos palúdicos, tipo estío-otoñal, valernos de preparados de Neo Salvarsan.



- Corazón globuloso.
..... Modificación cardíaca señalada a la espiración.
- . - . - . - Modificación cardíaca señalada a la inspiración.

Al camarada López Delgado le agradezco su ratificación sobre lo observado por él en los enfermos que exploró a rayos X, coincidente con lo que llevo dicho y al Dr. Morató mil gracias por sus plácemes.

Al Dr. Yagüe contesta diciendo que cree que la epidemia no ha sido tan benigna como él expresa, pues en algunos casos ha tenido que usar el Neosalvarsan por la anomalía de dicha enfermedad, teniendo que aumentarse la dosis de quinina hasta dos grados.

Al Dr. Pertejo contesta diciendo que el número de enfermos estudiados son 50 obteniendo, estos signos, en todos ellos, excepto en aquellos que por padecer otras lesiones como escoliosis, sínfisis pleurales o desviaciones de mediastino enmascaran dicho signo».

El Dr. Prada. Ante la hora avanzada de la sesión se acuerda que deje su ponencia para la sesión próxima.

El Dr. Cerdera pide que estas conferencias se hagan llegar a los médicos de Batallón y hace un ruego al Dr. Yagüe para que confeccione unas conclusiones referentes al tratamiento de las enfermedades venéreas.

El Dr. Pertejo contesta que se harán unos 500 ejemplares con multicopista para dicho fin y que se nombre entre los secretarios, uno responsable para encargarse de la Biblioteca y libro de Actas.

El Dr. Cerdera dice que sea el que esté en el Hospital el tal responsable.

El Dr. Pertejo manifiesta que así como se ha dado un curso de capacitación para enfermeras, se haga lo mismo para con los sanitarios.

Y no habiendo más asuntos de que tratar se levanta la sesión a las nueve de la noche.

Ayuntamiento de Madrid

Imprenta de la
3.^a División