

jornada entre el ejercicio de la vida de relación en la vigilia y el ejercicio, también activo, de la vida vegetativa en el sueño.

El trastorno del ritmo nictemeral es un exponente de alteraciones biológicas de gran fondo. Si el organismo lo soporta es porque lo compensa. El desvelado o el noctívago se desquitan al amanecer. Por eso los escolares son renuentes a dejar el lecho y el hombre disipado se levanta tarde trastornando el programa de su higiene.

Entre las causas que pueda haber, como de hecho las hay, para que sobrevenga el insomnio o sus variantes, debe colocarse en primera línea ésta: de que un veneno dispéptico partido del tubo digestivo y anclado por impregnación en el sistema administrador de las funciones dinámicas y secretorias del aparato de la digestión, inunde la corteza cerebral, los centros subcorticales y los medios líquidos, y haga un día nebuloso y lleno de borrascas, lo que debiera ser, como en la vida normal, una noche quieta y profunda.

Y que, a mayor abundamiento para la fisiología del trabajo, haga de la vigilia otro día también surcado de nieblas, como es el que constituye la vida consciente del dispéptico y su desventurada condición mental.

●

Flebitis y novasurol *

Por el Dr. EMILIO VARELA

El recurso terapéutico que da margen a la presentación de este trabajo en turno, es de resultados tan sorprendentes como eficaces, que si no fuera porque lo vengo empleando sistemáticamente con éxito y durante algunos años en todos los casos de flebitis que se me han presentado, quizás no me hubiera atrevido a escogerlo como tema para ponerlo en conocimiento de esta docta Academia.

Muchos son los procedimientos terapéuticos que han sido recomendados para la curación de la flebitis, todos ellos basados originalmente en combatir el estado séptico que ha dado origen a la inflamación de las venas, preferentemente las del miembro in-

* Trabajo de turno leído en la sesión del 15 de mayo de 1939.

ferior. Mas a pesar de que he seguido cuidadosamente informándome de las nuevas modalidades terapéuticas que trae consigo el descubrimiento cada vez creciente de la quimioterapia, o el de la bacterioterapia, para devolver prontamente la movilidad a un miembro atacado de flebitis, por la supresión rápida del dolor y la desaparición inmediata del edema generalizado a todo el miembro, no he encontrado medio mejor que el **novasurol**.

Siendo tan importante y aun de actualidad el tema, por ser todavía la flebitis complicación frecuente de estados puerperales o como complicación post-operatoria, he creído pertinente para contribuir a su divulgación, el transcribir integralmente el interesante trabajo del Dr. André Chalié, de Lyon, que con el título de "La prevención y tratamiento abortivo de las flebitis post-operatorias", aparece publicado en calidad de trabajo original, en el núm. 73 de septiembre de 1938, en la revista médica "La Presse Médicale":

"La flebitis post-operatoria constituye todavía una de nuestras constantes preocupaciones, porque sigue siendo una de las más frecuentes complicaciones de nuestras operaciones abdominales.

Si el origen real y el mecanismo de esta flebitis se nos escapa en la mayoría de los casos, cuando menos sabemos por la experiencia que está ligada generalmente en su aparición a un cierto número de condiciones conocidas de antemano, y que hacen de algunas mujeres candidatos probables para esta complicación. Habiendo ordinariamente alcanzado o pasado de los 40 años, son gruesas, algunas veces aún obesas, presentando perturbaciones glandulares y cardio-renales; su tensión es más bien baja o inferior a la normal, su circulación venosa defectuosa; su sangre, alterada por un mal funcionamiento del hígado o por hemorragias repetidas, presenta un aumento en su viscosidad y en su coagulabilidad.

Si bien es cierto que las mujeres que presentan una o varias de estas condiciones están más particularmente predispuestas a la flebitis, y deben por lo mismo despertar antes que todo nuestra desconfianza, no habrá que perder de vista que todas las operaciones abdominales y perineales, aun hasta las más sencillas y banales, como la cura radical de la hernia, la apendicectomía en frío, la raspa uterina, la perineorrafia, son susceptibles de dar origen a una flebitis. En principio será preciso tomar para todas estas intervenciones, precauciones profilácticas, antes, durante y después de la operación.

Las precauciones profilácticas pre-operatorias pueden en resumen concretarse en la siguiente forma:

1o.—No inmovilizar en la cama a la futura operada. Insistir por el contrario, para que se levante y marche hasta la víspera misma de la operación; y en el caso de que la mujer hubiese estado encamada anteriormente, no

operarla sino después de levantarla y ponerla a andar varias horas durante algunos días. Evidentemente que todo esto no es aplicable sino para enfermas no infectadas y no febriles.

2o.—No operar sin haber tomado previamente la tensión arterial, anotando el número y el ritmo de las pulsaciones cardíacas, a fin de poder instituir si es preciso, desde antes de la intervención, y durante todo el tiempo necesario, el tratamiento de la hipotensión, de la arritmia (con adrenalina, efedrina, présil, digitalina, etc.).

3o.—Evitar, a menos de absoluta urgencia, los medicamentos coagulantes, y si el tiempo de coagulación se ha revelado muy corto, utilizar durante la fase de preparación la hirudinización y el citrato de sosa a alta dosis, o prepararse a tener que recurrir a ellos desde al siguiente día de la operación.

4o.—Finalmente, preparar el organismo para la lucha antiinfecciosa, ya sea por inyecciones de propidón si hay la posibilidad de hacerlo en número de 2 a 3, con intervalos de tres días, o bien por la ingestión cotidiana de septazina o de rubiazol.

En lo que se refiere a las precauciones que habrá que tomar en el curso mismo de la operación, se concretan a operar con la más perfecta asepsia y la más estricta hemostasia, evitando la ligadura en masa de los gruesos pedículos vasculares, así como el traumatismo intempestivo de los vasos pélvicos. Por el contrario, no concedo sino mínima importancia al género de anestesia, al modo de histerectomía (total o subtotal), al establecimiento o a la supresión de la canalización. Todo esto depende de los hábitos particulares a cada operador.

Después de la operación, la lucha profiláctica está esencialmente basada en las comprobaciones preoperatorias. Para mí, la preocupación capital consiste en la levantada temprana, que según mi experiencia, puede y debe realizarse, 9 veces sobre 10, desde las 48 horas, cualquiera que haya sido la naturaleza de la operación. Si la levantada no tiene grande interés en ser inmediata lo cual rara vez acontece, tendrá tanta más eficacia cuanto sea más temprana, quiere decir más aproximada al segundo día.

Por otra parte, la levantada temprana no basta y no podría dispensarnos de una vigilancia post-operatoria atenta, que estará dirigida no solamente sobre el estado de la temperatura, sino aún sobre el estado del pulso, de un valor diagnóstico y pronóstico muy superior. Deberá comprender también, en los casos serios por lo menos, la vigilancia frecuente de la tensión arterial y del tiempo de coagulación sanguínea. De este modo, bien informado el cirujano, podrá juzgar de la oportunidad para aplicar preventivamente las sanguijuelas y administrar medicaciones anticoagulantes y toni-cardíacas.

Por medio de estas diversas precauciones, el peligro de la flebitis quedará generalmente alejado. Sin embargo, asistimos todavía, de tiempo en tiempo, a la aparición de síntomas, que tempranamente despistados, anuncian la amenaza o el principio de una flebitis. Lo esencial es advertirlos, esperarlos por decirlo así, y proceder bien pronto, de manera de hacer abortar la flebitis.

Este tratamiento abortivo, se basa a mi juicio en los principios siguientes:

1o.—Continuación de la levantada e intensificación de la marcha. Es esto, según mi experiencia, la recomendación principal. Más debo advertir que debe tratarse de enfermas que se hayan levantado a los dos, tres o cuatro días, y presenten signos amenazantes, aislados o asociados, tales como: aceleración del pulso, elevación de la temperatura, dolores en la pantorrilla, hinchamiento de la pierna o del pie. No proceder a movilizar a estas enfermas en la cama conforme a las prescripciones clásicas, sino por el contrario, incitarlas a salir de su cama todos los días y a andar lo más que sea posible. Sin embargo, será bueno para atenuar los dolores y para facilitar la marcha, sostener las pantorrillas mediante una larga venda elástica, enrollada de abajo hacia arriba, como si fuera una media elástica, y suficientemente apretada, aun cuando no con exceso. Esta venda será colocada antes de que se levante la enferma, y quitada al acostarse, de manera de poder vigilar la evolución de la flebitis y envolver la pierna en una curación húmeda caliente que será dejada durante la noche.

2o.—Levantar la cama del lado de los pies, de modo de favorecer durante el decúbito la circulación de regreso de la sangre venosa.

3o.—Administración de medicamentos toni-cardíacos y, si es preciso, de hipertensores.

4o.—Administración de un anti-coagulante, como el citrato de sosa a alta dosis (4 a 6 grs.), y la hirudinización. Aplico habitualmente 2 ó 3 sanguijuelas en la raíz del muslo, todos los días o cada dos días. Esta aplicación, realizada en enfermos que han de seguir levantados y en marcha, me parece de las más justificadas, y jamás me ha ocasionado el menor desagrado, inclusive nada de embolia.

He aquí el tratamiento que empleo desde hace diez años a todas las flebitis amenazantes o que principian, y que he podido observar en mis operadas levantadas tempranamente. Lo que puedo afirmar es que, debido a este conjunto de medios, no he visto producirse una sola flebitis verdadera, con todos sus síntomas, con sus secuelas y con sus accidentes. He observado, sin embargo, numerosos operados que me han inquietado a este respecto, estando convencido de que habrían tenido una flebitis real si los hubiese abandonado al reposo, a la inmovilización, en definitiva al tratamiento clásico. Se me dirá que esto no es sino una pura impresión. Sin duda alguna, supuesto que no he dado a la flebitis que se inicia, tiempo para evolucionar y caracterizarse por todo el conjunto completo de sus síntomas. En más de 2,000 operaciones abdominales, y en enfermas levantadas tempranamente, no he observado sino unos 50 casos de amenazas de flebitis, de las cuales ninguna ha evolucionado, creo yo, debido al tratamiento abortivo anteriormente descrito. ¿No es éste un significativo argumento? Y, sin embargo, entre estas 50 amenazas o principios de flebitis, en su mayor parte yuguladas muy rápidamente, se me han presentado 4 ó 5 enfermos que me han impresionado vivamente, y en los que durante varios días, a pesar del tratamiento, me producían la angustia de una flebitis que yo mismo hacía mar-

char y evolucionar intensamente, porque los fenómenos dolorosos seguan aumentando, el pulso aceleraba su frecuencia, el hinchamiento o el edema se extendían cada día; confieso que en estos enfermos y después de varios días de lucha, me he sentido desilusionado, a punto de perder mi confianza en el método y renunciar al tratamiento ambulatorio. Para mi satisfacción, me sostuve con firmeza, seguí levantando a mis pacientes, obligándoles a marchar y aun subir escaleras, insistiendo a la vez en los toni-cardíacos y en los procedimientos anti-coagulantes. Ahora bien, en estos casos graves, como en todos los demás, he tenido la satisfacción de ver constantemente producirse la resolución y de haber hecho abortar verdaderamente las flebitis, que de otro modo hubieran seguido su evolución. Hecho interesante, en la gran mayoría de los casos el éxito se obtuvo a los dos o tres días, manifestándose por abatimiento de la temperatura, disminución del número de las pulsaciones cardíacas, atenuación o desaparición del dolor; únicamente la hinchazón persiste por algún tiempo. En los casos más graves en que la duda persista, la lucha puede quedar incierta durante una semana, pero desde el octavo día, para el que persevere, la victoria será alcanzada. El tratamiento abortivo es por lo tanto relativamente corto, y como los primeros signos aparecen regularmente antes del décimo día, se verá que aun en los operados menos favorecidos, la complicación venosa no prolonga mucho la hospitalización ni retarda tampoco la convalecencia.

Vuelvo a insistir que, para llegar al éxito, el tratamiento abortivo necesita una vigilancia atenta para advertir el menor síntoma revelador de los accidentes venosos, no siendo aplicable para casos en los que no se justifique la levantada temprana. Lo repruebo, por lo mismo, en enfermos que han permanecido encamados y en aquellos cuya flebitis no ha sido reconocida o tratada sino hasta haber estado plenamente confirmada y extendida a la totalidad del miembro inferior. Debo también agregar que el tratamiento ambulatorio aplicado en las condiciones en que lo preconizo, es decir, en las amenazas o principios de flebitis, jamás me ha producido el desastre de una embolia mortal. Esta última en verdad casi nunca se ve en el curso de las flebitis aparentes o sospechosas. He aquí otro problema, que no he juzgado a propósito abordar en este trabajo".

Hasta aquí el interesante artículo del Dr. Chalier.

La aplicación del novasurol al tratamiento de la flebitis, no ha sido con fines profilácticos o abortivos, como el anteriormente leído, quizá porque los casos que en suerte me han tocado han sido de flebitis claramente desarrolladas y caracterizadas por su cuadro clásico.

La idea de aplicar el novasurol para la aplicación de la flebitis vino a mi mente en la siguiente forma: había aprendido de mi querido maestro el Dr. Ramón Macías, a tratar este padecimiento con posición inclinada hacia la raíz del miembro, aplicando

suavemente en sentido retrógrado a la corriente venosa, una pomada de unguento doble de Hg., con extracto de opio y belladona, envolviendo a la vez todo el miembro inferior en un vendaje algodonado moderadamente compresivo; ministrando al mismo tiempo papeles de 0.01 gr. de calomel cada media hora, suspendiéndolos hasta que aparecían ligeras manifestaciones de estomatitis.

Debo manifestar que se entendía por curación del mal en aquel entonces, como aún pasa en estos días, el mantener una enferma encamada en decúbito supino, con el miembro en extensión y en posición inclinada, por lo menos durante un mes y medio, tiempo en que se dominaba la septicemia que había originado la flebitis, permitiendo que la paciente comenzara a bajarse de la cama y dar sus primeros pasos, ya que el dolor y el edema habían desaparecido gradualmente hasta permitir la movilidad del miembro, quedando a su vez alejada la temible complicación de la muerte repentina por embolia.

Cuando se dió a conocer entre nosotros la literatura médica sobre el novasurol, después de haberla leído y meditado detenidamente, me pregunté si no sería mejor substituir la ministración del mercurio como la había conocido, por este nuevo mercurial que era más fácil de manejar y aun hasta graduar mejor su dosificación para la producción de los síntomas premonitores de una estomatitis. Tan arraigada estaba en mi imaginación la prolongada curación de la flebitis, que ni por asomo pensé que este mercurial pudiera poducir un rendimiento terapéutico más eficaz y más pronto que el aplicado hasta esa fecha.

Fué en el servicio del maestro Dr. Rosendo Amor, en el Pabellón 25 del Hospital General, cuando tuve oportunidad de hacer por primera vez la aplicación del novasurol, en tres enfermas que desarrollaron una flebitis post-operatoria consecutiva al tratamiento del cáncer cérvico-uterino avanzado por el procedimiento del Wertheim.

Hice mención de estos tres casos a la Sociedad de Médicos del Hospital General, en los que se produjo con el novasurol la desaparición rápida del dolor y del edema, permitiendo que el miembro recobrar su movilidad normal, todo esto en un lapso de ocho días.

Han transcurrido varios años y he seguido fiel al novasurol, obteniendo siempre idénticos resultados. He usado preferentemente la vía endovenosa en las dosis de un cuarto, un medio c. c.,

hasta llegar a 1 c. c., a intervalos de dos a tres días, respectivamente, hasta lograr la desaparición pronta del dolor y del edema, los dos grandes escollos que imposibilitan la movilidad del miembro.

Mas debo advertir que mi experiencia me ha revelado que si el novasurol cura la flebitis, no domina por sí solo la septicemia que ha dado margen a la aparición de la dolencia, lo cual quiere decir que, si no se sigue combatiendo ésta por los otros medios que la clínica, el examen bacteriológico de los loquios, o el hemocultivo, que revela el germen dominante, la sepsis seguirá adelante y podrá, suprimida la flebitis en un lado, verla aparecer después en el otro.

Por otra parte, el novasurol determina en algunas enfermas, una intolerancia al medicamento, revelada por indicios de estomatitis, o por perturbaciones por parte del intestino bajo la forma de cólicos, diarrea, y aun hasta hemorragias intestinales, a reserva de su acción irritante también sobre el riñón, estando por lo mismo contraindicado su empleo en los casos de glomerulonefritis, nefrosis graves y caquexias.

Se me han presentado en mi práctica casos que me han vivamente impresionado por la gravedad de la septicemia, generalmente de origen puerperal, y en los que creí llegar tarde con mi recurso heroico; sin embargo, aplicado con prudencia, he alcanzado el éxito.

Uno de los casos clínicos que aún recuerdo es por demás interesante. Una enferma a quien se había aplicado el forceps, con extracción manual de placenta, habiendo muerto el producto, presenta palidez muy marcada en la cara, con labios y extremidades digitales ligeramente cianóticos, taquicardia acentuada con arritmia, elevaciones hiperpiréticas de temperatura, precedidas de grandes escalofríos y seguidas de abundante sudación que debilita profundamente a la paciente; con un soplo de insuficiencia valvular de la mitral, con un foco neumónico en el pulmón izquierdo y con una flebitis del miembro inferior del mismo lado, que después apareció en el otro miembro; con antecedentes de haberse producido anteriormente, según criterio de los médicos que fueron llamados en junta, una embolia pulmonar, donde encontré después el foco neumónico. Al terminar el examen, la enferma me suplicó que por humanidad se le practicara un aseo vaginal, pues el es-

tado nauseoso que tenía lo atribuía al olor horriblemente fétido de los escurrimientos vaginales, pues el partero de cabecera había seguido el criterio aconsejado también por un ex-maestro de obstetricia de nuestra Escuela, y que gráficamente me subrayó en una ocasión en que atendíamos también a otra enferma que había desarrollado una fiebre puerperal. "Yo, me decía el aludido maestro, le pongo un candado a la vulva". Así también, en el caso que vengo relatando, la enferma no había recibido una sola inyección vaginal, pues también le habían puesto un candado en la vulva; mas como el cierre no era hermético la basura séptica se desbordaba en torrentes de insoportable hediondez cadavérica. Esta enferma, con novasurol que dominó por de contado la flebitis, digitalina-coramina, vacunoterapia a base de propidón, rubiazol, hormoglando, bazo-hígado, omnadina y vitaminas, vió desaparecer sus flebitis, curó de su neumonía y aun de su fuerte septicemia, recobrando finalmente la salud. Un año más tarde, floreciente de salud, se me presentó en el consultorio para preguntarme qué le aconsejaba, pues nuevamente estaba embarazada.

Con motivo de este trabajo, he pensado que quizás se podría disminuir la intolerancia al novasurol, mezclándolo para su aplicación con la solución de glicocola que utilizamos para disolver el neosalvarsán, así como inyectar por otra vía extracto hepático, buscando por estos dos medios se favorezca la producción del glutatión, que disminuyendo la acción tóxica del medicamento mercurial, lo haga menos intolerante y a su vez más enérgico; pero hasta ahora no lo he experimentado por no haber llegado a mis manos otro caso de flebitis.

He sido el primero en preguntarme por qué antes del novasurol no había empleado el cianuro de mercurio, máxime que ya tenía en su haber el de ser recomendado con entusiasmo para el tratamiento de la erisipela de la cara. Efectivamente, jamás pasó por mi imaginación la idea, y por lo mismo no tengo experiencia sobre sus resultados en la enfermedad que me ha servido de tema.

Existen actualmente otras preparaciones mercuriales, como el salirgán, neptal, novurit y esidrón, todas ellas dotadas de poderosa acción diurética, así como de movilización de los iones de sodio de la intimidad de los tejidos, y similares en todo al novasurol, pero no los he usado para el tratamiento de la flebitis, tal es la confianza que tengo adquirida en el novasurol; sin embargo, en pos-

teriores casos pienso hacer empleo de los mismos para valorizar sus resultados frente por frente del novasurol.

Conclusión: El novasurol, aplicado al tratamiento de las flebitis (puerperales y post-operatorias), devuelve prontamente la movilidad al miembro afectado, suprimiendo rápidamente el dolor y haciendo desaparecer progresiva e inmediatamente el edema del miembro.

Poco tiempo después de haber sido leído este trabajo, el autor tuvo oportunidad de tratar una paciente que presentaba un epiteloma de la cicatriz umbilical propagado al epiplón y al intestino. La enferma recibió dos series de aplicación de terapia profunda con rayos X y, en su evolución rápida, que duró seis meses, aparecieron dos flebitis: primero, en el miembro inferior derecho y, poco después, en el izquierdo. En las dos, la desaparición rápida del dolor y del edema se obtuvieron con inyecciones intramusculares de salirgán, habiendo recobrado los miembros su movilidad normal. La enferma finalmente murió en estado de caquexia, sin que reaparecieran las flebitis.



Cicloenolización de las cadenas de polipéptidos *

Por el Dr. ELISEO RAMIREZ**

La ciclización es un fenómeno químico de gran importancia en la química fisiológica, por la aparición de nuevas propiedades en las moléculas cíclicas. En general, el fenómeno de ciclización se presenta en ciertas reacciones de descomposición o de síntesis; el ejemplo más conocido es el de la formación del ácido pirrolidon-carbónico. Abderhalden y Kautsch (1), demostraron que calentando la sal cálcica del ácido glutámico, las dos cadenas laterales se cierran, resultando dos anillos según la fórmula siguiente:

* Trabajo de turno leído en la sesión del 22 de febrero de 1939.

** Con la colaboración de la Dra. M. D. Rivero.