

idea, así como la circunstancia de que la *O. volvulus* produce menos cegueras en Africa que la *O. caecutiens* en América.

4a. Es posible que se trate de una forma degenerada de la microfilaria por efecto de una relativa inmunidad o una mayor resistencia de la paciente a la enfermedad. Desde luego, es un hecho lo poco avanzado de sus lesiones oculares y es digna de tenerse en cuenta la circunstancia de que sólo haya tenido un solo quiste. Esta hipótesis podría tener apoyo en la existencia de una efectiva inmunidad en algunos individuos que viven en los lugares en que la oncocercosis es endémica y que no pueden evadirse de ninguna manera de ser picados por los simúlidos infectados con la microfilaria.

En fin, podría seguir emitiendo hipótesis más o menos absurdas si mi empeño fuera dar alguna explicación al hallazgo mencionado. Muy lejos de mí está dicha idea, y si me he permitido declarar estas suposiciones, ha sido para dejar la puerta abierta a investigadores más autorizados que yo para explicar el hecho.

Por mi parte, espero poder continuar estas observaciones en enfermos oncocercosos y los resultados, buenos o malos, que obtenga de ellas, gustoso los comunicaré a esta H. Academia.

La adrenalina en el tratamiento del paludismo *

SEGUNDA COMUNICACION

Por el Dr. GALO SOBERON y PARRA

No es con el mismo entusiasmo con que lo hice en mi comunicación anterior, como voy a hablar ahora acerca de la efectividad de la adrenalina en el tratamiento del paludismo. Es cierto que la mayor parte de las observaciones que aquí se consignan fueron hechas con enfermos en estado agudo del padecimiento y que los casos de ineffectividad en el tratamiento se refieren precisamente a algunos de estos enfermos. En el paludismo crónico y sobre todo en las esplenomegalias, que es donde la adrenalina encuentra sus principales indicaciones, obtuvimos, como veremos después, los mis-

* Leído en la sesión del 28 de febrero de 1940.

mos resultados satisfactorios que se señalan en los primeros casos presentados a esta H. Academia el año pasado. El tratamiento del paludismo está muy lejos de estar totalmente resuelto. Ninguno de los medicamentos con que contamos en la actualidad puede ser considerado como verdaderamente efectivo para evitar las recidivas en un cien por ciento de los casos.

Con el deseo de encontrar un medicamento que venga a llenar los huecos que tenemos en muchos de los aspectos de la terapéutica de este padecimiento, hemos incurrido en el error de muchos investigadores, que, llevados por el entusiasmo despertado por el uso de la adrenalina, han pretendido exigirle mucho más de lo que en realidad es capaz de dar.

No vamos a caer en el escepticismo de Gaetano Marotta, que en su reciente trabajo no concede al medicamento ningún poder terapéutico; pero sí, después de la experiencia que nos han proporcionado los 39 casos a que ahora hacemos mención, hemos podido orientarnos en forma más precisa acerca de la efectividad de su empleo y sus verdaderas indicaciones.

Abrigábamos muchas esperanzas de que la adrenalina viniera a constituir un medio más efectivo que los que tenemos en la actualidad, para tratar el paludismo aún en su estado agudo.

En la comunicación anterior decíamos ya que el Método de Ascoli puro, es decir, el que emplea la adrenalina solamente, no nos había dado los resultados maravillosos que le señalan algunos autores italianos y que lo vimos fracasar en varios casos agudos y traer reactivaciones molestas en los casos crónicos. Así es que, siguiendo nuestro plan primitivo, hemos tratado a los enfermos asociando a la adrenalina algunos medicamentos antipalúdicos como son la quinina, el atepé y la quinoplasmina. Los resultados se consignan en el cuadro anexo y a su tiempo haremos algunos comentarios acerca de la rapidez con que se observó la desaparición de los accesos, el porcentaje de recidivas y algunos otros datos que son de especial interés.

No fueron numerosos los casos crónicos que tratamos; pero en todos ellos se obtuvieron magníficos resultados, siendo éstos espléndidos en los casos de esplenomegalias que comentaremos después.

En mi primera comunicación hablé ya acerca de las teorías formuladas respecto al mecanismo de la acción de la adrenalina

frente a los parásitos del paludismo, del proceso de la esplenontracción, esplenorreducción y otros puntos que han motivado interesantes discusiones; ahora simplemente me limitaré a consignar en el cuadro anexo, los resultados obtenidos con el tratamiento de 39 casos más, pasando después a comentar algunos de los aspectos más salientes de los resultados terapéuticos.

Como se ve por los datos consignados en el cuadro, fueron tratados 39 enfermos que, sumados a los 13 a que me referí en mi nota anterior, hacen un total de 52, número que si no es muy grande nos permite por lo menos obtener conclusiones bastante precisas.

De los 39 enfermos tratados últimamente, 17 fueron casos primitivos y 22 recidivas. Entre ellos se encontraron: 30 parasitados por el *P. Vivax*, 7 por el *P. Falciparum*, 1 por el *P. Malariae* y 1 mixto de *P. Vivax* y *P. Falciparum*.

Había entre ellos enfermos muy parasitados, medianamente parasitados y poco parasitados, haciéndose las anotaciones con tres cruces, dos cruces y una cruz respectivamente.

La desaparición de los parásitos en la sangre periférica se observó en algunos casos desde el segundo día de tratamiento; pero lo más común es que se obtenga después del tercero. En algunos enfermos, como el 1 y el 34, desaparecieron hasta los veinte y quince días respectivamente. En los 17 y 18 se observó también la persistencia de los parásitos durante 20 y 19 días respectivamente, habiendo necesidad en el 17 de cambiar la adrenalina P. D. que se estaba usando por la Emostasina I. S. M., como indicaremos después. Con este nuevo producto los parásitos desaparecieron a los 3 días.

El *P. Vivax* desapareció más rápidamente que los otros. En cambio el *P. Falciparum* fué más resistente al tratamiento y su desaparición se observó siempre entre el 5o. y el 20o. día, haciéndose más tardía en sus formas sexuadas.

Con la hemoglobina se observó el mismo fenómeno que en los primeros estudios presentados el año pasado, registrándose una alza acentuada y rápida en todos los casos, excepto el 17, en que se empleó la adrenalina Parke Davis. En algunos, como el 1, ascendió de 60 a 80% en 20 días, no obstante que no desaparecieron en ese término los parásitos.

Los medicamentos que se asociaron a la adrenalina fueron el sulfato de quinina, la quinoplasmina y el atepé.

La primera se empleó en dosis de 0.60 grs., repartidos en el día, tres días seguidos de cada semana, y durante todo el tiempo que duró el tratamiento. La quinoplasmina se administró en dosis de tres pastillas al día y el atepé en la misma proporción, prolongándose el empleo de estos últimos medicamentos por un tiempo igual al que se usó la quinina, es decir, durante todo el tratamiento con los intervalos antes indicados.

La adrenalina se empleó en las concentraciones aconsejadas por Mauricio Ascoli, a las cuales me referí ya en mi comunicación anterior.

En general, el medicamento fué bien tolerado y en contadas ocasiones se observaron fenómenos ligeros de intolerancia, como palidez, taquicardia, sensación de angustia, etc. Estos fenómenos aparecieron cuando se inyectaban las concentraciones 1 x 10 y 1 x 20 y, excepcionalmente, con las de 1 x 30.

Se notó que no todos los preparados de adrenalina tienen la misma actividad. En casi todos los casos empleamos el producto denominado Emostasina I. S. M., preparado por el Instituto Suero-terápico Milanés, con el cual obtuvimos magníficos resultados. Con el preparado P. D. tuvimos algunos fracasos. No sabemos si fueron debidos propiamente al medicamento, en vista del escaso número de observaciones que con él se hicieron, aun cuando en el caso número 17 se vió claramente su ineficacia, ya que después de emplearla durante veinte días no desaparecieron los parásitos ni subió la cantidad de hemoglobina. Fué substituída por la Emostasina y a los tres días se obtuvo la desparasitación. Repetimos que no podemos afirmar simplemente, por los pocos casos observados, que el producto mencionado sea ineficaz y me propongo en observaciones posteriores ratificar o rectificar el hecho.

Se observaron reactivaciones en algunos enfermos, siendo las de los casos 6, 19 y 30 entre los 9 y 11 días del tratamiento, por lo cual pueden considerarse como "normales" según la clasificación de Pizzilo.

En los casos 11, 16, 20, 21 y 36 la reactivación se presentó entre los 13 y 18 días, correspondiendo a las descritas como "tar-días" por el mismo autor.

ENFERMOS

Caso número	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Nombre:	RC	FG	GH	JO	MR	EA	RT	ES	GM	JR	LC	LS	EC	QR	JL	ME
Edad:	17	18	25	11	33	40	29	15	30	35	26	34	19	30	27	18
Primitivo:		*		*			*	*						*	*	
Recidiva:	*		*		*	*			*	*	*	*	*			*
Vivax: E.		++	++		+	++	+++		+	+	++	+	+++	+	++	+++
G.		+				+	+++		+		+++	+		+	+	+
Falcip: E.	+++						++									
G.	++															
Malar: E.				++												
G.				++												
Hemogb.: I.T.%	60	80	80	80	90	90	60	80	90	80	80	90	80	80	70	80
Hemogb.: T.T.%	80	100	100	85	90	90	90	80	90	90	90	90	80	90	90	90
Adr-Atepe:																
Adr-Quinplis:									×	×						
Adr-Quinina:	×	×	×	×	×	×	×	×			×	×	×	×	×	×
Días Trat.:	20	20	20	11	20	20	20	12	20	20	20	20	20	20	20	18
Desaparición																
Parásitos:	20	3	5	10	2	3	6	12	4	2	5	3	8	5	4	8
Bazo: I. T.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bazo T. T.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reactivación:						9d					13d					9d
Recidivas:	90d		90d						30d							
Tratamiento																
Auxiliar:									×		×					

DE PALUDISMO TRATADOS CON ADRENALINA

DR. GALO SOBERON Y PARRA

17	id.	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
EC	..	LG	EP	SA	LD	RM	RG	FA	BM	RT	SG	MR	SR	SZ	MM	ML	JC	ML	JL	CJ	KC	NP	MC	
20	..	23	29	19	24	19	20	27	26	23	39	30	32	34	16	39	28	38	40	23	45	37	32	
*		*	*	*		*	*	*	*		*		*		*									
					*					*		*		*		*	*	*	*	*	*	*	*	*
+++		++	+++	+++	+++	+++	+	+++		+++	++	+	++	++	++	++				++	+++		++	
++		+++	+	+	++	+++	+	+		++	+	+	+	+	++	++				+	++		+	
									++										++				++	
									+++							+	+	+	+				+	
80	..	80	80	80	80	80	80	80	70	90	80	70	80	60	60	80	60	70	60	80	60	70	70	
80	..	80	90	90	90	90	90	80	90	100	90	80	90	80	90	90	80	90	90	90	80	80	90	
																×	×	×	×	×	×	×	×	
×						×	×	×	×	×	×	×	×	×	×									
		×	×	×	×																			
20	10	20	20	20	19	20	12	4	18	20	20	18	8	20	20	20	25	20	20	22	21	20	22	
20	3	19	6	9	5	6	2	3	8	5	3	4	4	4	3	5	12	15	6	3	5	5	6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	I	11	I	II	III	II	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	I	0	II	0	0	II	I	
			11d	13d	14d									12d								17d		
											150d					57d		60d						
		×	×		×									×				×						

Algunos enfermos abandonaron el tratamiento antes de terminarlo y otros han quedado fuera de nuestro control para poder seguir el curso de su padecimiento después de concluído. Sí podemos afirmar que se presentaron recidivas en los casos 1, 3, 9, 32 y 34; en los 4 primeros los accesos febriles reaparecieron entre los 30 y 150 días después de terminado el tratamiento. En el núm. 34 los accesos reaparecieron 60 días después, sin que podamos afirmar si se trata realmente de una recidiva o una reinfección, pues el enfermo regresó a la zona palúdica después del tratamiento. Las recidivas se presentaron en 2 casos de los 18 enfermos tratados con quinina (11.11%), en 2 de los 13 tratados con quinoplasmina (15.38%) y en 1 de los 8 tratados con atepé (12.5%). Los porcentajes aquí anotados carecen de valor por el hecho de que no pudieron ser observados todos los enfermos algún tiempo después de terminado el tratamiento.

En 8 de los casos tratados hubo necesidad de emplear un tratamiento auxiliar, cambiando el medicamento inicial por otro antipalúdico, en vista de que no cedían los accesos.

Los 7 últimos casos tratados fueron enfermos crónicos con recidivas frecuentes y esplenomegalias que variaban entre los tipos II y IV de la Escala de Schüffner. En todos ellos se obtuvo una espleno-reducción que osciló entre I y II de la misma escala. Los fenómenos de espleno-contracción fueron semejantes a los descritos en mi primera comunicación y el decrecimiento del bazo se obtuvo generalmente en lisis.

CONCLUSIONES

I.—En los casos agudos, no obstante el mejoramiento rápido del estado general y el alza de la hemoglobina, el Método de Mauricio Ascoli asociado con los medicamentos antipalúdicos, no parece ser un sustituto efectivo del uso de estos medicamentos empleados solos, pues las pequeñas ventajas que con él se obtienen no compensan las molestias originadas por el tratamiento largo y a veces penoso.

II.—No evita por completo las recidivas.

III.—Con los tres medicamentos empleados se presentaron estas recidivas, sin que podamos afirmar si en el caso tratado por el atepé fué una reinfección.

IV.—El escaso número de observaciones que ahora se presentan no es suficiente para saber cuál de los medicamentos empleados es más activo en su asociación con la adrenalina, aunque todos ellos parecen tener un poder semejante.

V.—La adrenalina parece tener su principal indicación en los casos crónicos y las esplenomegalias en que han fracasado los medicamentos actualmente en uso.

Tres casos fatales de errores de diagnóstico, evitables *

Por el Dr. JOSE TOMAS ROJAS

Nuestro reglamento me impone la obligación de presentar, el día de hoy, un trabajo de orden médico a vuestra distinguida consideración. Pero a pesar de la prescripción reglamentaria, que no estoy en condiciones de cumplir, sólo daré lectura a unas cuantas líneas mal escritas, a las que no se les puede aplicar, ni remotamente, ni forzando los términos, la designación de estudio médico. Me voy a permitir relatar de manera sucinta las historias de tres enfermos que, a mi manera de ver, se prestan a dolorosos comentarios y a una crítica acerba acerca del poco cuidado que solemos poner los médicos en nuestros enfermos, a pesar de que puede nuestro descuido redundar en daño serio del paciente y aun sacrificar su vida, como desgraciadamente sucedió en los casos a que me voy a referir, y que fueron vistos por mí en el mes de enero que acaba de pasar.

El señor I. L., de 26 años de edad, con antecedentes de un Wassermann positivo, hace aproximadamente seis meses que empezó a sufrir de varias evacuaciones al día, francamente mucosanguinolentas, sin materias fecales, y constando la presencia de pus de cuando en cuando; además de las anteriores, había otra evacuación estercoral diaria con caracteres rigurosamente normales; el número de evacuaciones mucosanguinolentas variaba según los días; pero se podía tomar un promedio de 3 a 5 en 24 horas. Simultáneamente con las deyecciones patológicas apareció tenesmo marcado, con sensación de dolor rectal, en estaca. Su apetito se

* Leído en la sesión del 6 de marzo de 1940.