

La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE DE REDACCION

CARLOS A. BAMBAREN

Director

REDACTORES

EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO
LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — JOSE MARROQUIN
ERNESTO EGO-AGUIRRE — JORGE AVENDAÑO HUBNER
LUIS QUIROGA QUIÑONES — HUMBERTO PORTILLO
GUILLERMO KUON CABELLO

Universidad Nac. May de S. Marco
Ingresado el
MAY 28 1952
BIBLIOTECA CENTRAL
Lima - Perú

Año 67.—Núm. 1044

Junio 1950

SUMARIO

Introducción al estudio de la Psicopatología sexual,
por el Dr. Lázaro Sirlin, pág. 113

Tratamiento con testosterona de la hiperactividad
estrogénica, por el Dr. Guillermo Kuon Cabello,
pág. 121

Prensa médica.— Nuestra experiencia en el trata-
miento de la acromegalia por los Drs. G. Maraión
y V. Pozuelo.— Tratamiento de la pericarditis agu-
da no específica con Aureomicina por M. Tauben-
haus y W. A. Brams, pág. 128

LA AUREOMICINA

y la amibiasis

Parecería que la aureomicina ha resuelto el problema mundial de la lucha contra la amibiasis. Aparte de la gran labor de investigación llevada a cabo en los Estados Unidos en este campo médico, se han dado a luz comunicaciones muy favorables procedentes de Italia, Francia, Brasil, Túnez e Inglaterra. Pequeñas dosis de aureomicina traen consigo la curación de los intestinos infectados; y su efecto inmediato parece ser superior al de cualquier otro amibicida que se conozca. Tiene, además, la ventaja de que no produce efectos perjudiciales en el paciente en sí. Muchos médicos opinan que la aureomicina debe resultar utilísima, no sólo clínicamente, sino para los estados portadores.

El clorhidrato de aureomicina cristalina Lederle se expende en las siguientes formas para el tratamiento de la amibiasis: cápsulas — frascos de 25 y 100, de 50mg c/u; frascos de 25, de 100mg c/u; frascos de 8, 16 y 100, de 250mg c/u; intravenosa — frascos de 100mg y 500mg; polvo S.Ch. (polvo dispersivo saboreado con chocolate) — pomos de 12 y 25 dosis, 50mg por cucharadita (3g)*

*Marca de fábrica

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes y distribuidores exclusivos

La Química Suiza S. A., Lima - Perú

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América





Introducción al estudio de la psíco-patología sexual

Por el Dr. LAZARO SIRLIN
La Plata, R. Argentina

La psicopatología sexual se ocupa de las manifestaciones "anormales", "atípicas", "desviadas", "patológicas" o "pervertidas" de la sexualidad, en oposición a las "normales" o "corrientes" de la misma materia que es dominio de la psicofisiología.

La abundante sinonimia empleada en las designaciones, indica que no hay concepto claro y taxativo de lo que entraña o significa anormal, desviado y aún patológico, por lo tanto es el primer punto que debe deslindarse. Bajo ningún concepto podemos aceptar como típicamente normal las modalidades empleadas en el comercio intersexual por el común de los hombres, es un concepto muy vago y sujeto a interpretaciones desprovistas de valor científico. Hesnard —participante del criterio de Janet— considera como impulso sexual perverso a toda impulsión que hace sufrir al individuo o amenaza a la sociedad. Es el mismo criterio que tiene el psiquiatra Kurt Schneider para definir las personalidades psicopáticas. Dejando de lado el criterio del sufrimiento personal, pues es algo muy subjetivo y por lo tanto invalorable estrictamente, la gran mayoría de perversos sexuales no lo sienten en modo alguno; mas aún, hay muchos que consideran sus prácticas como las más normales, siendo ellos los primeros sorprendidos por ese calificativo.

Médica y psiquiátricamente debe considerarse como anormal o perverso todo lo que conduzca o tenga por objeto la satisfacción sexual fuera de la unión simple de las mucosas genitales; en la misma categoría de anormalidad entran todos los equivalentes a funciones supletorias de la sexualidad. La expresión "unión o contacto simple de las mucosas genitales", si bien es algo vago, poco específico y nada concreto, y a pesar de estar aparentemente en contradicción con la complejidad del acto sexual, no encontramos otro concepto más gráfico, aunque nos damos cuenta que le alcanza el mismo

reparo que al asimilar lo "normal" al uso común de la gente, estando a favor de nuestro concepto que es menos variable, y no está tan sujeto a las variaciones de tiempo y lugar.

Queda así excluida, terminantemente, toda valoración ética, imposible de fundarla en términos médicos o tan siquiera psicológicos, pues esa discriminación valorativa depende únicamente de consideraciones sociales o culturales.

Además no puede exigirse una valoración ética porque las desviaciones sexuales en esencia, no son, como quiere la imaginación popular y los primeros sexólogos —Ivan Bloch, entre ellos— la aspiración a un mayor incremento de la voluptuosidad que busca su satisfacción mediante esas prácticas, ni tampoco hay un "feroz apetito carnal" como base de las mismas, ni tampoco se busca el "mal por el mal mismo" (Ivan Bloch), o el desear la realización de ciertos actos por el simple hecho de estar prohibidos o condenados por la ética. Mas bien consideramos que consiguen algo menos de placer que el logrado por los individuos normales, sólo lo consiguen empuñamiento, excepcionalmente agrandando los incitantes eróticos. No es más que una limitación o un impedimento al mismo. Es que el instinto frente a todos los obstáculos y trabas que los mecanismos psíquicos le oponen no renuncia a su exteriorización; el instinto forzado a manifestarse asume así un matiz de exacerbación, rebeldía y aun de desafío a todo: humillación, dolor, vergüenza, etc. Hay, en sentido estricto, un estrechamiento del verdadero y auténtico placer sexual.

También es necesario tener en cuenta que en muchos anormales no hay una satisfacción sexual, simplemente hay una sedación de la angustia, sólo buscan calmar la tensión desagradable que se apodera de ellos (Karen Horney), es un derivativo del mismo tenor que las lágrimas, los gritos o la risa. Esto es bien visible en el egoísmo con que realizan la función sexual, no les interesa compartir el placer, no hay entrega de su yo a la compañera o compañero, éste es simplemente un espectador o se lo utiliza como un medio que luego arroja de su lado sin tener o pretender tener nada en común.

Bien es cierto que muchas veces se evade el cumplimiento de la función trascendente o mejor dicho de su finalidad teleológica: la reproducción. Pero no se olvide que hoy culturalmente hablando, sexo y reproducción en la especie humana son simplemente dos líneas paralelas que si bien —algunas veces —supongamos que es la mayoría— pierden ese carácter y se inciden mutuamente o coinciden, en otras —que realmente es lo más frecuente— conservan su absoluta independencia. Bajo el punto de vista psicológico es necesario tener presente que lo sexual es mucho más amplio que lo estrictamente genital y que lo reproductor. También es necesario distinguir entre lo sexual y lo amoroso. En éste predomi-

nan los factores sentimentales y afectivos que pueden no hallarse en el primer caso. A pesar del deseo de eliminar en absoluto los factores culturales, no es posible hacerlo, pues ellos inciden en la calificación de muchos hábitos, por ejemplo las grandes diferencias de edad —mujer, niña y hombre adulto o viejo— es algo anormal en nuestra cultura y pasible de una denominación patológica, puede y es normal en otras culturas. Lo mismo podemos decir de la aparición en nuestra época de los contraceptivos, pues marcan una preponderancia de lo genital sobre lo amoroso.

El perverso o desviado sexual no inventa nada; el contenido latente y manifiesto de los sueños de las personas cuya vida es aparentemente de lo más normal revela existencia de deseos perversos; su velada satisfacción por medio de los mismos es un índice elocuente de lo que sostenemos. Además, entre los individuos más normales psíquicamente hay ciertas variaciones que con un criterio estrecho podría calificarlas de desviaciones; así, ciertas prácticas (pequeño sadismo, masoquismo mínimo, etc.) pueden ser consideradas como caricias o preliminares exuberantes o apasionados y constituir la iniciación del acto sexual más normal. Por eso la escuela psicoanalítica sostiene que la diferencia entre normal y anormal solo es cuantitativa y no cualitativa. Lo podemos comparar con el paseante que se ha extraviado y cansado de buscar la primitiva dirección, ha tomado un atajo. Al distorsionar su instinto lo único que hace es copiar en forma más o menos esquemática ciertas modalidades inferiores, se estanca o retrocede en alguna faz del desarrollo de la sexualidad.

Por las consideraciones anteriores desechamos la antigua división de Krafft-Ebing en dos tipos completamente distintos: por un lado la perversión y por el otro la perversidad. es algo sin sentido en la mayoría de los casos, discriminación sin fondo psicológico siendo mas que todo una distinción de tipo jurídico, en vista del concepto de la responsabilidad civil o criminal de los individuos afectados. Por eso los autores modernos, no hablan de perversión, para evitar equívocos y prejuizamientos se limitan a denominarlas “desviaciones sexuales”.

Sólo puede hablarse de perversidad en los pocos casos que, como Laforgue ha bien observado, obedecen al deseo de pervertir, degradar, envilecer, siendo utilizada como un arma o un medio para afirmar la propia superioridad. “Hacer de diablo tentador, es unã misión que halaga muchos orgullos (Laforgue). Sin embargo, el rechazo de la división o concepción de Krafft-Ebing no significa desconocer la peligrosidad potencial de muchos desviados sexuales ya en sí —posibilidad de hacer sufrir a su mundo circundante— o por su afán de proselitismo.

Con gran acierto, aunque visto desde un punto particular y propio, Alfred Adler —el creador de la psicología individualista— ha hallado varias características psicológicas comunes en casi todas las anomalías de la vida sexual desviada, las que pueden sintetizarse en cinco proposiciones fundamentales que conservan su valor bajo cualquier punto de vista en que se coloca el observador:

I) Toda desviación sexual es la expresión de una distancia anímica acrecentada entre el hombre y la mujer. El puente de unión que va de un sexo al otro está obstruido, sólo por momentos hay un libre tránsito, en realidad se comportan como dos extraños, es como si habitasen en planetas distintos, como si hablasen dos idiomas anímicos distintos.

II) Siempre hay una desvalorización del compañero —más visible o notorio unas veces que otra— que se traduce en desafío, hostilidad, agresividad, odio y lucha contra éste, como característica esencial del proceso psico-dinámico de la sexualidad. Desvalorización que no es más que una manifestación de la ambivalencia de los instintos que aquí se hace tangible.

III) Como origen o causa —muchas veces es difícil precisar— suele haber un sentimiento de repulsa hacia su condición sexual. En su iniciación hay inhibiciones de diversa índole que traen fracasos y frustraciones. La desviación o perversión no es más que una tentativa desgraciada para compensar esa inferioridad, también puede ser considerada como una fracasada o caricatura de auto-curación. El sexo se convierte para ellos en una "carga" y no en una "fuente de placer" o de alegría vital, no hay una convivencia en la pareja.

IV) En casi todos ellos hay una potencia sexual inestable y caprichosa que se traduce en una imposibilidad de realizar el coito normal sino en determinadas condiciones, que se traduce en la realidad por un estado de impotencia sexual.

V) Hay en todos ellos una sexualidad, o mejor dicho una sensualidad exacerbada que se acompaña de una hipersensibilidad y de una inestabilidad neuro-vegetativa.

Para muchos psiquiatras la característica esencial de los perversos es la impulsividad, no se puede negar que ella existe en infinidad de casos, pero no es tan general, ni tan primaria. La mayoría de los desviados sexuales tienen bastante control sobre sus actos como para evitar todas las responsabilidades criminales, pero lo pierden cuando se agregan hábitos exóticos —alcoholismo, cocainismo, etc.—entonces esa impulsividad hay que atribuirle al tóxico y no a la desviación.

Gran cantidad de desviados sienten su sexualidad como el hombre normal la suya, ignorando en absoluto que sea una anomalía, otras veces se consideran un caso único hasta que el mayor conocimiento o ilustración les muestra casos simila-

res al suyo. También hay otros concientes de su desviación la racionalizan y se justifican ante sí considerándola como "un gusto", un "juego" o una "predilección" particular que tratan o no de disimular lo más posible.

¿Cómo se produce la perversión sexual en el individuo?. En términos generales es necesario el concurso de órdenes de factores: el primero es un factor de origen constitucional, en el sentido de una predisposición, o mejor dicho, de una labilidad psico-orgánica no específica, que no indica ni presupone en modo alguno que habrá de desarrollarse una perversión, y menos aún, indica el sentido que ella pueda seguir. Estado o condición que en gran porcentaje de casos puede definirse y conceptuarse como el de infantilismo psico-sexual, es una falla del desenvolvimiento psico-erótico.

En segundo lugar es necesario la presencia de un factor psicógeno exterior que oriente la impulsión sexual vacilante, indecisa o incierta hacia un objeto sexual impropio en el que acaba por fijarse y tomar, por decirlo así, derecho de residencia, constituyendo la perversión.

Es necesario tener presente que, en más de una ocasión, el sujeto más normal está expuesto a caer en alguna desviación sexual si experimentando atracciones no tiene medios o posibilidades de experimentar satisfacciones normales, y entran entonces a influir sobre él la seducción conciente o inconsciente de los factores eróticos anormales en su proteiforme variedad.

También es menester considerar que el niño que ha recibido menos frustraciones y golpes en su desarrollo psicológico podrá enfrentarse mejor con los conflictos que se le produzcan en el curso de la vida, que aquel golpeado intensamente y por ende lleno de frustraciones, cuyo único solaz han sido sus fantasías que tratará de reeditar en su edad madura. Este posiblemente se hundirá en la neúrosis o perversión al no poder realizar sus fantasías, o estas constituirán su desviación, mientras que el otro se defenderá bravamente y rendirá tributo a la realidad de la vida sexual.

Para el psicoanálisis son los complejos psico-afectivos formados por la condensación de las primeras representaciones —fantasías— afecciones, satisfacciones y frustraciones del niño, en la cual intervienen elementos motores, representativos, intelectuales y afectivos, las que constituyendo entidades movilizables en constelaciones en el inconsciente, allí pueden permanecer latentes y neutrales sin ejercer ninguna acción o influencia sobre el individuo, pero que sobresaturados de afectividad y estimulados por las vivencias emotivas, se desencadenan sobre los fenómenos concientes imprimiéndoles su característica. Cuando la vivencia es fuerte o intensa —la valoración de esta intensidad es únicamente subjetiva e individual

y por tanto muy variable— hace el efecto de un “trauma” desencadenante y se desarrolla la neurosis o la perversión.

Es muy discutible la influencia decisiva, como factor único de los traumas sexuales infantiles, pues ellos existen en la mayoría de las personas y sin embargo solo un limitado número de individuos se desvían de la normalidad, lo mismo diremos de los traumas sexuales en la edad adulta. No se confundirá la causa con el efecto?. Por eso hay que tener siempre presentes las estigmatizaciones neuro-vegetativas que informan la constitución labil del sujeto.

Podríamos caracterizar esas estigmatizaciones con un simil gráfico: son sujetos ebrios antes de haber bebido.

Entre la tendencia sexual deformada por las causas antedichas pero que ansía su satisfacción y que pugna en el inconsciente produciendo las tensiones que exigen su cumplimiento y la personalidad “social” del individuo, se produce un choque, un conflicto, porque a la conciencia repugna satisfacer esas inclinaciones. Es la obra de la “censura”, lucha que generalmente termina por un arreglo y un acomodo que es la desviación o neurosis.

Para los psicoanalistas “fijación” es el retardo o más bien la detención en una fase intermediaria del desarrollo de los instintos parciales de la sexualidad. Mientras que la “regresión” es el proceso psicológico o más bien psiquiátrico mediante el cual las tendencias sexuales retroceden a una etapa anterior de su desarrollo y por ende superada, en lugar de seguir el desenvolvimiento normal o continuado.

Se sospecha una fijación cuando el individuo no ha tenido nunca un desarrollo sexual normal, y regresión cuando después de un período normal aparece la desviación. En términos generales se acepta por la escuela psicoanalítica que las perversiones son debidas a fijaciones del instinto, mientras que las neurosis a regresiones del mismo.

Si bien Freud sentenció que la perversión es lo opuesto y excluye a la neurosis, en muchos casos los síntomas de uno y otro orden se mezclan abigarradamente, se producen cuadros clínicos mixtos o un intrincado de ambos. Pero asimismo es dable observar cuadros típicos de perversión, donde ésta parece haber preservado al individuo de la aparición de otros fenómenos mórbidos o psíquicos de mayor gravedad para el individuo.

Tal como nosotros lo entendemos, la perversión o desviación sexual no es, en modo alguno, la expresión sintomática de una “degeneración” progresiva y hereditaria, sobre todo en la forma como la entendían los principales psiquiatras del siglo pasado y principio del presente. Acéptese o no las concepciones teóricas del freudismo, debe reconocerse que fenoménicamente, en su inmensa mayoría, todos los signos y sín-

tomas que presentan se pueden filiar muy bien como un estancamiento en la evolución de la sexualidad, una fijación de la misma en alguna etapa de su formación y maduración.

No se ha demostrado que los conflictos psicológicos aparezcan únicamente en los individuos peor dotados, pueden aparecer en los superiormente dotados, tanto de la sensibilidad como de la afectividad o de la intelectualidad. Si los primeros observadores pudieron confundirse con los ejemplares que les proporcionó la "policía", el conocimiento más extenso y profundo de los mismos ha demostrado que sólo en una parte mínima de ellos hay taras psicológicas y son huéspedes inevitables de los asilos, cárceles, etc. son individuos que excepto esa anomalía, desconocida muchas veces por sus más íntimos allegados, no dejan nada que desear social y moralmente.

No se olvide que antes de adquirir el individuo plena conciencia de su papel sexual —tanto el hombre como la mujer— y antes de llegar a la completa madurez sexual, pasan por un período vacilante, de extrañeza, de inseguridad anímica, fobia al sexo contrario, etc. que no es más que la manifestación psíquica del estado de inmadurez orgánica, que los inhibe de establecer un adecuado contacto con el sexo opuesto. Inmadurez por parte de ellos, que como decimos, su manifestación mínima es la timidez sexual, la cual trava por lo tanto el desenvolvimiento del mismo. Por otra parte, los estímulos y las incitaciones eróticas, algunas de origen endógeno, pero la mayoría producidas por el ambiente libidinoso y desaprensivo en que se desenvuelve la vida contemporánea, sin cultura sexual alguna, ni respeto por la ignorancia de unos y la ingenuidad de otros, producen en el individuo un inquietante estado, lleno de atracciones y repulsiones que hacen de este período de la vida, el de la iniciación sexual, un momento de extraordinaria labilidad.

La labilidad del sistema vegetativo y psíquico ¿es índice de un estado patológico del organismo? ¿Se debe a insuficiencias orgánicas? Nada puede asegurarse en concreto, teorías e hipótesis al respecto abundan, no las trataremos por ahora, lo que sí podemos decir es que en algunas ocasiones pueden ser la traducción de un verdadero estado patológico del organismo —ya sea disendocrinias, alteraciones de los núcleos de la base y del hipotálamo, donde se entrecruzan los trastornos orgánicos y funcionales— que en estos casos es lo que verdaderamente debe llamarse sexualidad patológica, ya sea por su base órgano-funcional o por comprometer la función sexual en todo su desarrollo y virtualidad.

Entre el perverso sexual con grandes estigmas ya sean psíquicos u orgánicos y el hombre más normal en su sexualidad —en ambos aspectos— repetimos, hay graduaciones in-

sensibles que dificultan muchas veces la apreciación discriminativa, y si en gran número de desviados sexuales se puede encontrar algunos estigmas psíquicos, estos mas bien los acercan al tipo de los "nerviosos", de los inestables y ansiosos que al degenerado o deficitario órgano-psico-moral. En estos últimos casos, la desviación sexual es un simple epifenómeno, un rasgo más del cuadro clínico y no la causa principal.

Lo que se llaman desviaciones sexuales en el hombre, algunas existen como hecho natural, otras ya sea en forma episódica o transitoria en el mundo animal, así pues no es de extrañar que aparezcan en los albores de la humanidad y que se las halle bien definidas entre los hombres primitivos. Bien es cierto que entre éstos sólo había un porcentaje mínimo, su número aumenta conforme progresa la civilización y la cultura. ¿Es que éstas traban la libre expansión sexual y la represión del instinto produce estas desviaciones, o que los distintos complejos psíquicos productos de la vida agitada de la civilización moderna origina el "nerviosismo" que tiene como una salida la perversión o la neurosis? No está en nuestro ánimo discutir ahora cuál de los dos factores o posiciones doctrinarias tienen razón o preeminencia. Para nosotros ambos son los responsables, su entrecruzamiento dá los distintos tipos que es posible observar en la práctica diaria.

Ahora sólo queremos recalcar otro aspecto del problema, si de vez en cuando se lee en los diarios procesos debidos a perversiones sexuales, los mismos no dan la pauta real de la extensión del problema, los casos disimulados e inconfesados suman millares. Dar una cifra, un porcentaje, nos parece imposible, aunque un ministro de la Nación Argentina dijo que un 25% de la población padece o es sexualmente anormal, (1) no nos solidarizamos con dicha cifra por falta de medios para hacer un justiprecio más o menos exacto, la damos como un índice del mal a cuya dilucidación van encaminadas estas páginas.

(1) De un discurso del Secretario de Educación, Dr. Ivansevich «Guía Quincenal de la Actividad Artística e Intelectual» Comisión Nacional de Cultura, pág. 79. Bs. As. 1 de julio de 1948.

Tratamiento con testosterona de la hiperactividad estrogénica

Por el Dr. GUILLERMO KUON CABELLO

Relato el presente caso que respondió satisfactoriamente al uso del propionato de testosterona en los variados trastornos que se presentan en los períodos de tensión pre-menstrual.

Historia clínica.— B. N. de 37 años, mestiza, maestra. Antecedentes hereditarios.— Sin importancia.

Personales: sana, excepto fiebres eruptivas en la infancia.

Datos ginecológicos.—Menarquia a los 13 años; 3 días sin ciclo regular, con tendencia a adelantarse; en veces oligomenorrágica; otras, menorrágica, menstruación dolorosa, acentuación en ovario derecho durante el catamenio. Casó a los 26, fecundándose al mes. 4 hijos vivos y sanos; el primero a los 26, el último a los 37. Vida marital normal. Embarazo con trastornos propios, y en los que hay tendencia a la hiperemesis. Lactó a todos sus hijos hasta cerca del año, siendo la secreción mamaria normal. Ningún aborto.

Sintomatología.—Desde el inicio de las reglas, ha sufrido síndromes diversos, relacionados siempre con el ciclo menstrual. La sintomatología es ruidosa y polimorfa, presentándose en sistemas diferentes, variando en distintos ciclos. Aparece en pleno estado de salud a los 12 o 14 días del intermenstruo, llega a su acmé en el pre-menstruo; decrece durante la regla y cede totalmente cuando ésta terminó. La quincena que sigue transcurre sin trastornos. En el embarazo sólo los síntomas propios de este período. Los síntomas aparecen cíclicamente, pudiendo agruparse por sistemas.

Síntomas inter y premenstruales de los distintos sistemas

1) Respiratorios.— Ronquera. Dificultad respiratoria, que sugiere espasmo bronquial. En ocasiones, hemoptisis coincidente con la regla (hemorragia vicariante?), que motivó al-

guna vez diagnóstico de tuberculosis pulmonar. La radiografía pulmonar fué negativa.

2) Circulatorios.— Inestabilidad del pulso, que va desde la taquicardia moderada a lá bradicardia—Disminuye la tensión arterial. Palpitaciones, cansancio fácil.

Vasomotores.— Fogajes.— Calofríos. Alternativas de criestesia y calor en extremidades; calor y dolor en espalda y nuca, a veces causalgia en ambas plantas de los pies.

3) Digestivos.— Síndrome de litiasis del conducto de Stenon.— Dispepsia con o sin relación con la ingestión de alimentos: eructos, náuseas, acedias, distensión gástrica; apetito caprichoso, aerofagia, estreñimiento o diarrea. En diversas oportunidades cuadros abdominales distintos; así, se le diagnosticó litiasis vesicular, apendicitis aguda, enterocolitis, por la sintomatología correspondiente. Otras, hubo hematemesis que sugería úlcera duodenal. Los exámenes complementarios, corroboraron en dos oportunidades el diagnóstico de apendicitis aguda, pues hubo contractura de la fosa iliaca derecha, fiebre, vómitos, estreñimiento y leucocitosis absoluta, que la pusieron en trance de ser operada de urgencia por distintos cirujanos.— Otras, el tenesmo, deposiciones mucosanguinolentas, estado subfebril, dolor abdominal, hizo investigar amebas.

Los exámenes radiográficos de estómago, vesícula, intestinos y examen de heces fueron negativos. La curva de acidez libre y total estaba ligeramente aumentada.

Síntomas urinarios.— Los más frecuentes fueron polaquiria y disuria, asociadas a intenso dolor lumbar. En la orina hubo discreta albuminuria, piocitos y gran cantidad de células de descamación de epitelios vesical y renal. Se diagnosticó síndrome enterorenal de Heitz Boyer, pues también hubo síntomas gastro intestinales.

Genitales.— En el período pre menstrual hay tumefacción de genitales, que aparecen viscosos y húmedos; dispareunia, vaginismo; ingurgitación mamaria, con gran sensibilidad de los senos. Dolor acentuado en ovario derecho.

Piel.— Hipersensibilidad. Tendencia al prurito generalizado y particularmente a la urticaria. Exageración del reflejo pilo-motor, dermatografismo acentuado.

Sistema nervioso.— Distintos cuadros neurológicos: jaquecas intermenstruales.— Síndrome de neuralgia de trigémino que abarca toda la dentadura; parálisis facial periférica transitoria; parestesias: algias diversas y emigrantes; artralgias; el dolor a la espalda y región lumbar son de los más constantes.— Tortícolis.— Las distintas sensibilidades de la piel están exageradas.— Relajamiento del tono muscular. Tendencia al vértigo y lipotimias.

El Medicamento

DE LOS

Nerviosos

GARDENAL



SPECIA
PARIS

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Biblioteca de América

GARDENAL

FENIL - ETIL - MALONILUREA

INDICACIONES PRINCIPALES:

- 1) EPILEPSIA: acción sobre las crisis comiciales.
— — los equivalentes psíquicos.
— — las formas epileptoides degradadas.
- 2) CONVULSIONES DE LA PRIMERA INFANCIA.
- 3) COREA.
- 4) COCAINISMO AGUDO.
- 5) INSOMNIOS REBELDES.
- 6) ESPERMATORREA.
- 7) PSICOPATIAS.
- 8) VOMITOS (Tan activo como el Fenegan sobre los vómitos del embarazo).
- 9) JAQUECAS CATAMENIALES.
- 10) INCONTINENCIA NOCTURNA DE ORINA.

PRESENTACIONES:

GARDENAL INYECTABLE

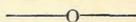
Ampollas de 1 c.c. a 0.20 g. para adultos.

Ampollas de 1 c.c. a 0.04 g. para niños.

Para emplear en los casos que reclaman una intervención de vigencia como:

—*Delirium tremens.*

—*Convulsiones de la primera infancia.*



GARDENAL COMPRIMIDOS

Tubos de 20 comprimidos de 0.10 g.

— — 30 — — 0.05 g.

— — 40 — — 0.01 g.

Esta presentación permite al médico administrar el Gardenal conforme las necesidades de cada caso.

DISTRIBUIDORES:

Laboratorios



Avenida Wilson 1550

Apartado 3118

LIMA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Imp. EL CONDOR — 1925

Síntomas psíquicos.— Inestabilidad del carácter. Crisis emotivas. Alternativas de excitación y depresión. Respuestas un tanto incongruentes a los estímulos externos.

Endocrinos.— Es apreciable el aumento de tamaño de la glándula tiroides.

Metabólicos.— Anorexia absoluta y mucha sed. El adelgazamiento es notable, pero a los pocos días recupera peso y apetito en forma notoria.

Estos complejos síntomas se alternan e intrican en distintos períodos, pero tienen como carácter constante aparecer en estado de salud, coincidiendo con el intermenstruo o una semana antes de la regla. El comienzo es paroxístico y cede ruidosamente con la terminación de la regla. El período post-menstrual es normal.

Examen clínico.—Tipo constitucional: variedad de pasaje de las formas braquitépicas de Viola Barbara (el tronco normal predomina ligeramente sobre extremidades ligeramente deficientes a expensas del fémur). Peso 56 kg.

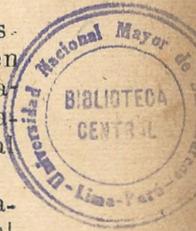
El examen de los distintos órganos es normal. Solo se aprecia amigdalitis críptica y tendencia periódica a las caries, que aumentan en el período de gestación (consignamos el dato, pues los estudios modernos apuntan las relaciones del metabolismo cálcico con hormonas sexuales).

Apuntaremos también, los datos del aparato genital: los genitales externos tienen contextura normal; las vellosidades de Monte de Venus y axilar son normales. Conformación de vagina, normal. Fondos de sacos sin anormalidades. Ovario derecho doloroso durante el período premenstrual, clínicamente no se aprecia formaciones quísticas. Utero en ligera anteflexión, tamaño normal; cuello normal, sin secreciones anormales.— Libido y reacciones sexuales normales. Fecundación y concepción normales. Todos los partos prolongados, apreciándose la tendencia a ligera inercia uterina. Es de notar que la dilatación del cuello una vez comenzada, suele prolongarse varios días, a tal punto que llega el agotamiento. Mas de una vez, obstetras quisieron terminar el parto artificialmente y en alguna ocasión se planteó cesárea. No obstante, todos los niños salieron normales y con buen peso. La conformación y fisiologismo de las glándulas mamarias es normal. Por períodos han aparecido nudosidades mamarias dolorosas, que desaparecieron espontáneamente después de algún tiempo. Lactó a sus hijos hasta cerca de un año.

Los exámenes complementarios abarcaron los de rutina, incluyendo radiografías de pulmón, estómago, vesícula, intestinos, que acusan caracteres normales.

Fórmulas hemáticas normales, excepto cuando se diagnosticó apendicitis aguda, que arrojó leucocitosis absoluta.

Velocidad de sedimentación, aumento hasta 20 m.m. hora en período pre-menstrual.



Orina con ligera albuminuria, algunos pirocitos, células de descamación vesical y vaginal. En otros períodos es normal.

El metabolismo basal tomado en una oportunidad arrojó + 10.

No se determinaron hormonas en sangre circulante, ni de excreción urinaria, ni ha sido posible examen de frotis vaginal.

Comentario clínico.—El caso relatado tiene gran interés diagnóstico y terapéutico. Caracterízase por la presentación periódica y paroxística de síntomas variados en distintos órganos, que coinciden exactamente con los períodos de tensión premenstrual. Ceden en forma absoluta en la post-regla y en el período gestacional. Se trata, además de persona sana, con caracteres orgánicos normales, dedicada intensamente a su trabajo escolar, a su vida de hogar y con relaciones maritales, normales, lo que indica que está en período sexual.

Los distintos cuadros, presenciados por clínicos de Lima y provincias, han motivado muchos diagnósticos al parecer errados, pero que coinciden perfectamente en similitud. Así, se diagnosticó tuberculosis pulmonar; apendicitis aguda; coleditis; úlcera duodenal; síndrome entero renal de Heitz Boyer; neuralgia del trigémino; jaqueca; parálisis facial periférica; litiasis del conducto de Stenon; quiste ovárico; reumatismo, etc., que sugieren la hiperergia de casi todo el organismo.

El diagnóstico causal, solo pudo hacerse después de largo y sistemático período de observación, fundándose en: 1) la coincidencia de su presentación con el ciclo menstrual, particularmente con el llamado período de tensión premenstrual; 2) En los distintos efectos terapéuticos obtenidos con distintas hormonas, folicular, luteínica y testosterona.

Clínica y terapéuticamente, se puede pensar que se trata de desequilibrio hormonal acentuado, que sensibiliza distintos sistemas por acción de los estrógenos, o sea que hay una hiperestrina absoluta o relativa.

En efecto, el cuadro coincide con la fase en que la foliculo-estimulina de la hipófisis, estimula el ovario para la maduración del folículo de Graaf y la producción de alfa-estradiol. La curva de estrógenos aumenta en el intermenstruo y período premenstrual, y disminuye en la fase secretoria en que se hace presente la hormona luteínica. Así se explica la absoluta cesación de los síntomas en la segunda quincena que sigue a la menstruación y durante el embarazo, en que la progesterona predomina.

Observando esta cronología y ante la dificultad de determinar qué hormona era predominante, desde 1940, estuvo sometida a tratamiento por hormona folicular (Profoliol Schering y Ovocielina Ciba), hasta 3 inyecciones de 2 a 5 mgr. en la primera quincena; pero, lo que se conseguía era agravar notablemente los síntomas. Posteriormente se eligió progeste-

rona, que favorece el metabolismo de los estrógenos y su transformación hasta estrona y estriol, que se excretan por la orina. Se usó "Pranone Schering" y "Lutociclina Ciba", 2 a 5 mgr. intramuscular, hacia el 12º o 14º día antes de la regla, hasta 2 o 3 amp. interdiarias, que se repetían en una dosis en la semana pre-menstrual. Se conseguía notable atenuación de los síntomas sin lograr remisión absoluta. En cambio, se registraban retrasos menstruales, y en dos oportunidades amenorrea hasta de dos meses, que hizo sospechar estado de embarazo. Esto motivó que se interrumpiese este tratamiento, puesto que la enferma aquejaba algunos síntomas durante el período de amenorrea. Decididos por el propionato de testosterona, vía intramuscular, que suministramos con mucha cautela, en una vez, dosis de 5 milig. en pleno período de tensión pre-menstrual, interrumpiendo la medicación hasta otro ciclo en que habían trastornos. Los síntomas cedieron espectacularmente. En esa oportunidad estaba haciendo una jaqueca terrible que abarcaba toda la hemicara, y que no cedía ante los analgésicos y sedantes conocidos.

Por 1941, en que empleamos por primera vez esta medicación hormonal, no estábamos bien enterados de su uso. Apenas si teníamos presente, que los andrógenos no son productos extraños en la mujer que los secreta normalmente, y además que la hormonoterapia cruzada se estaba usando con éxito en muchas afecciones de ambos sexos.

Experiencias clínicas y experimentales, aceptan hoy el uso de la hormona masculina en muchos trastornos ginecológicos. Está indicada en las siguientes afecciones femeninas: meno-metrorragias funcionales; dismenorreas rebeldes a la foliculina o luteína; dolores puerperales o entuertos, aplicándose inmediatamente después del parto; supresión de lactancia; mastalgias o mastopatías pre-menstruales; en mesoplasia y mastopatía quística crónica, trastornos estos tres últimos que se incriminan a hiperactividad estrogénica; en cánceres mamarios operados o inoperables; en el síndrome menopáusico, etc., para no citar sino algunos de los usos cada vez más crecientes de esta hormona.

Steinach, Kun y Peczenik, demostraron, y otros corroboran, que la hormona masculina es un antagonico de la hormona folicular. Moore y Price, creen que este antagonismo se debe a una acción inhibidora sobre la hipófisis, lo que daría como resultado la disminución o cesación completa de la producción de estrógenos en el ovario. Otras investigaciones, demuestran que la composición química de la testosterona es semejante a la de la progesterona, que en la mujer, sería su complemento y antagonista natural, inactivando los estrógenos. Observaciones clínicas hacen admitir el uso de la testosterona en casos en que hay hiperactividad de estrógenos. Marcos

Los síntomas que describimos, de presentación expon-tánea, coinciden en todo, con los que Anita Saurer, de la Clínica Ginecológica de Zurich, observa en castradas o menopáusicas, a las que administra estrógenos en exceso. Dice Saurer "que la hiperdosificación de foliculina, parece alterar el tono normal de distintos órganos y sistemas; que muchas mujeres que padecen de trastornos pre-menstruales e hiper-menstruales de etiología espasmódica, son particularmente predis-puestas a sufrir trastornos secundarios cuando se les admi-nistra estrógenos". Usa, para atenuar estos síntomas de hiper-estrimia el uretano en dosis de 40 a 60 milig. endovenoso, y en cambio, señala para las molestias hipo-foliculínicas, la metil-testosterona (testosterona en linguetas de Ciba). Ha creado un test para el reconocimiento práctico de las hiper o hipo-foliculinias.

En la práctica resulta bastante difícil prescribir correc-tamente las hormonas sexuales. Esto deriva de la similitud de síntomas con patogenias distintas. Y es que en el caso de las hormonas, distintos desequilibrios pueden dar como resultan-te síntomas parecidos o iguales. Puede ocurrir que el tenor hormonal de estrógenos sea normal, y que sean los tejidos re-ceptores hipersensibles; que haya exceso de estrógenos o dé-ficit de luteína; exceso o defecto de ambos, aparte de las re-percusiones o alteraciones originales de los distintos órganos endocrinos.

Lo que parece cierto, es que, distintos desequilibrios son capaces de originar sintomatología común, y la noción prác-tica que deducimos de todo lo dicho, es que el uso indiscrimi-nado de la foliculina, de las hormonas sexuales, la más usada, puede traer la agravación de los síntomas funcionales en vez de mejoría.

En el caso comentado, está probado: a) que la foliculina agrava los trastornos; b) la luteína, alivia el cuadro, pero qui-zás si origina otro desequilibrio, pues se presentan amenorreas indeseables; c) el "Perandren Ciba", propionato de testoste-rona, intramuscular, 2 a 5 milig., hasta dos dosis interdiarias en pleno intermenstruo y una en la semana pre-menstrual, hace ceder espectacularmente los síntomas rebeldes a las me-dicaciones sintomáticas usuales. En ocasiones ha sido persis-tente su desaparición hasta varios meses. Se interrumpe la medicación en los períodos de calma. No se han presentado hasta hoy, a través de varios años, los síntomas atribuibles a la hiperdosificación hormonal masculina, (hirsutismo, virilismo, cambios de voz), ni se ha alterado la función sexual.

Conclusiones.— 1) Se describe un caso en plena acti-vidad (trabajo, vida sexual), que presenta clínica y terapéutica-mente, cuadros variados de presentación paroxística y desapa-rición brusca en relación a la cronología menstrual, que sugie-

ren hiperactividad estrogénica, responsable del **desequilibrio hormonal** que hiperergiza distintos sistemas y órganos alterna o simultáneamente.

2) La testosterona **contrarresta** los síntomas tóxicos de la hiper-estrinia, a la que reduce muchas veces en forma espectacular.

3) La testosterona parece comportarse como ambivalente en muchos trastornos femeninos, pues se indica en muchos casos en que los estrógenos están en exceso como en defecto (ej.: menopausia, especialmente con menorragias). En unos casos predomina la neutralización directa de los estrógenos, y en otros la acción inhibidora sobre la hipófisis, que en el caso de la menopausia exalta su función.

4) Se ha recurrido exclusivamente a la vía intramuscular, empleando el "Perandrén Ciba", dosis de 5 milig., hasta dos dosis en el intermenstruo, y una ampolla en la semana de tensión pre-menstrual. Se interrumpió la administración en períodos normales, registrándose mejorías prolongadas con pequeñas dosis.

SHOCK VITAMINICO

"A"

"D2"

Epiteliol (100.000 U. I.) Raquiferol (600.000 U. I.)

(Fascos-ampollas bebibles)

VITAMINOTERAPIA COMBINADA CON SALES DE CALCIO

Calci - Ribol

Calcivifer

Supracortex

(Acetato de desoxicórticoesterona)

5 y 10 mgms.

Muestras y literatura:

Spedrog peruana S. A.

Edificio Cía. Seguros Rimac.— Núñez 221.— Oficinas 501-502

L I M A



Prensa médica.

G. MARAÑON y V. POZUELO. — Nuestra experiencia en el tratamiento de la acromegalia.— “Boletín del Instituto de Patología Médica”.— Vol. 5.— Pág. 1.— Madrid, 1950.

Los autores han revisado 70 historias clínicas de acromegálicos típicos. De estos 70 casos, 41 son del Hospital y 29, de consulta privada. Nótese la mayor frecuencia de esta enfermedad (56 por 100) en las clases populares. No han encontrado esta observación en otros autores. Casi exactamente la mitad de estos pacientes eran hombre (37), y la mitad mujeres (33). La enfermedad ha comenzado al final de la juventud o en plena edad adulta, alguna vez tardíamente, en el climaterio, pero absolutamente en todos los casos se ha podido demostrar la existencia de una predisposición constitucional, algunas veces familiar, iniciada desde los años prepuberales.

En estos 70 casos, y aparte indicaciones terapéuticas de orden sintomático, se ha hecho el siguiente tratamiento: en 51 se ha recomendado la radioterapia. En 16 se ha recomendado el tratamiento genital, a la vez que el radioterápico. Sólo en 3 casos se ha indicado el tratamiento quirúrgico.

De 70 casos sólo en 25 se supo el resultado del tratamiento. Esta falta de información es muy expresiva de la poca eficacia de los remedios aconsejados. Hay que contar también la violencia con que vienen tales pacientes a las consultas, deprimidos como están por su monstruosidad.

Un problema previo es la dificultad de juzgar a fondo el resultado del tratamiento. Los síntomas de hipertensión craneal, principalmente la cefalea y los trastornos visuales, éstos medibles por el oculista, son datos accesibles. Pero los típicos cambios esqueléticos y viscerales se escapan. En ningún caso se ha podido confirmar con rigor científico, la mejoría; lo prueba el que en ningún libro hay documentos gráficos demostrativos de las supuestas involuciones de la enfermedad.

He aquí ahora algunos detalles que han podido observar:

La opoterapia genital se funda en el hecho probadísimo de que la hormona genital inhibe la secreción de la hormona del crecimiento de la hipófisis, es decir, el paso de la hormona a la sangre; y debe entenderse en este sentido estricto, porque la elaboración de la hormona por las células cosinófilas de la hipófisis es posible que no se altere. Grumbrecht y sus co-

laboradores han demostrado, en efecto, que después de un fuerte tratamiento radioterápico de la hipófisis, en el animal, la cantidad de hormona de crecimiento de la glándula persiste inalterada, aun cuando sus efectos fisiológicos desaparezcan. Es probable que ocurra lo mismo con la hormonoterapia, es decir, que se trate no de una inhibición de la elaboración de la hormona, sino de una inhibición en su paso al torrente circulatorio. Pero el hecho es que, cualquiera que sea su mecanismo, la disminución o la anulación de la acción de la hormona del crecimiento existe. De aquí que el crecimiento del adolescente cese normalmente cuando la actividad genital se instala, y que persista en edades extemporáneas, cuando la pubertad se retrasa; de aquí también el que haya casos evidentes de acromegalia iniciada después de la castración.

Kirlin, Goldberg, Zondex, Marx y otros muchos autores son relativamente entusiastas de esta medicación. Generalmente se emplea foliculina natural o los estrógenos sintéticos, a dosis distintas. Suelen ser precisas cantidades grandes. Han usado de 3 a 20 miligramos diarios, casi siempre de Sintetrol, hormona sintética, en semanas alternas o durante dos semanas si y una no, ya en comprimidos, ya en inyecciones.

De 16 casos sólo se han podido recoger el resultado en 5 mujeres y 2 hombres. En 4 de estas 5 mujeres y en los 2 hombres se apreció una mejoría subjetiva, al parecer evidente; en algunos casos, ciertamente apreciable; y, desde luego, referida a los síntomas de hipertensión craneal, sobre todo la cefalea. El campo visual mejoró también en estos pacientes. Desde luego las deformidades acromegálicas no se modificaron. Hay algunos casos, por ejemplo, uno de los publicados por Kirlin, en el que los zapatos le quedaron grandes al enfermo, y lo mismo le ocurrió con una pieza de prótesis que llevaba en la boca, la cual evidencia la reducción de tamaño del esqueleto; pero se trata de observaciones excepcionales.

El tratamiento produce a veces molestias; han visto aumento transitorio de la cefalea, sensación de vértigo y angustia, náuseas, excitación nerviosa, malestar indefinible. Algunas veces, ginecomastia, incluso en 2 pacientes varones; y en 3 mujeres, secreción láctea persistente. Todos estos síntomas cesan cuando se suspende la medicación. Las más resistentes son las alteraciones mamarias.

Sin duda es esta medicación un recurso apreciable. Pero no resuelve, naturalmente, el problema del tratamiento. La hormona genital inhibe, en efecto, la secreción de la hormona del crecimiento. Pero excita la secreción de la hormona suprarrenal y, a través de ésta, excita el desarrollo de los fenómenos hipergenitales, tan típicos de la acromegalia.

Al examinar las glándulas genitales durante la época de actividad de la enfermedad acromegálica, encontraron signos evidentes de hiperactividad, por lo menos en el sexo femenino.

Las indicaciones y eficacia del tratamiento opoterápico-ovárico está por resolver. Algunos autores aconsejan hacer a la vez el tratamiento con foliculina y con hormona masculina.

La radioterapia profunda, preconizada por Beclere, se hace hoy con arreglo a una técnica más enérgica que la del precursor y desde luego más eficaz, sin que esto disminuya el mérito del gran radiólogo y patólogo francés. Las dosis empleadas a través de los cuatro campos clásicos, varían con cada enfermo. Dependen en su reacción y deben encomendarse a la experiencia del operador. La fijación previa de las dosis por el internista es actitud pedante y no recomendable.

Se trata seguramente de un recurso útil. Aun cuando no resuelve la situación, es evidente que muchos de los síntomas se alivian, principalmente la cefalea y la disminución del campo visual. Han visto 2 casos de indudable alivio de la glucosuria. El proceso menstrual retardado o interrumpido se equilibró. No han visto la recuperación de la potencia viril, en el hombre, que algunos clínicos señalan.

Creer que la radioterapia profunda produce un efectivo descenso de la actividad del adenoma acromegálico. La prueba es que hay algunos casos, como el de Bell, en los que, tras una intensa radiación, el síndrome acromegálico se transformó en hipopituitarismo, análogamente a como radioterapias excesivas del tiroides pueden transformar un hipertiroidismo en un mixedema.

Se ha probado que los adenomas eosinófilos, responsables de la acromegalia, son bastante sensibles a la radioterapia; desde luego más sensibles que los adenomas cromóforos y algo menos que los adenomas basófilos, responsables del síndrome de Cushing. Las diferencias de respuestas a la radioterapia de unos casos a otros, tal vez se deben a la constitución histológica del adenoma, que no siempre es eosinófilo puro, sino que puede ser mixto, ya de células eosinófilas y basófilas, ya de células eosinófilas y cromóforas. Estos últimos serían los más resistentes.

Parece evidente que la radioterapia sea el tratamiento de elección de la acromegalia, sola o combinada con el tratamiento opoterápico y en algunos casos con el tratamiento quirúrgico.

Respecto a la cirugía, se reduce la indicación operatoria a aquellos casos en los que la intensidad de los síntomas locales y, sobre todo, la rapidez en la pérdida de la visión obligan a la extirpación descompresora. Es una intervención que, a pesar de los progresos de la técnica quirúrgica, sigue siendo muy peligrosa.

Sólo en enfermos con notoria inminencia en la pérdida de la visión, o con otras intensísimas manifestaciones de hipertensión craneal, debe, pues, acudir a la hipofisectomía.

Las mejorías del proceso acromegálico propiamente dicho, después de la extirpación de la hipófisis, son muy poco convincentes.

En la actualidad se restringen cada vez más las intervenciones quirúrgicas en la acromegalia.

En resumen, la terapéutica de la acromegalia queda reducida prácticamente a la radioterapia en todos los casos. En la mayoría de ellos puede ensayarse a la vez la medicación opoterápica con estrógenos, puros o combinados, con la hormona masculina; y en un cortísimo número de enfermos, en los que la inminencia de graves fenómenos de compresión local, sobre todo visuales, lo justifique, la intervención quirúrgica.

El tratamiento fisiológico, es decir, el etiológico, de la acromegalia está aún en la región inaccesible de las malformaciones congénitas; de las que, en el fondo, este proceso es un caso particular.

M. TAUBENHAUS y W. A. BRAMS.— **Tratamiento de la Pericarditis aguda no específica con Aureomicina.**— "The Journal of the American Medical Association".— Vol. 109.— Pág. 973.— Chicago 1950.

Comienzan los autores dando un preciso concepto de lo que ellos entienden por pericarditis aguda no específica, que coincide en todo con las descripciones de Burchel, Lodge y Wendkos, y que, en esquema, es un proceso de comienzo brusco y repentino, con fiebre, malestar y dolor retroesternal o precordial, que fué precedido de una infección de vías respiratorias o garganta, y en el que están francamente ausentes el reumatismo, la tuberculosis, el infarto del miocardio y la uremia.

Dicen que antes de las ideas que en este trabajo exponen, el tratamiento de esta afección se hacía con reposo en cama y tratamiento sintomático, durante las cuatro semanas largas que suele durar el proceso. Y que habían sido ensayadas sin resultado las sulfamidas, la estreptomicina y similares, y también la penicilina.

A continuación exponen sus ideas sobre la enfermedad, que consideran de etiología variásica, y dicen que los brillantes resultados que la aureomicina obtiene en el tratamiento de la neumonía atípica, cuyo etiología viriásica nadie pone ya en duda, les llevaron a ensayar este poderoso agente en los casos de pericarditis aguda no específica, y que los resultados obtenidos son tan extraordinarios que, a pesar del **exiguo número de los casos** tratados, se atreven a lanzar la idea a la publicidad, para que por los especialistas, sea tratado el mayor número posible de casos que sirvan para valorar el método.

Los casos tratados fueron solo tres, dos de ellos rebeldes a todos los restantes tratamientos, y en los que se comprobó, sin ningún género de duda, que no existían gérmenes ni en la sangre ni en el pericardio, ni vestigios o estigmas de reumatismo o de uremia, y un tercero, que fué tratado en faz precoz del proceso morbosos. En todos la curación clínica se obtuvo rápidamente.

Por último, dicen que, al parecer, la mejoría anatómica es mucho más lenta que la clínica, como lo evidencian los cambios progresivos del trazado del electrocardiograma, que, en el caso tratado en fase precoz, fué presentando las alteraciones correspondientes al proceso, pese a la evidente euforia clínica del paciente. Lo cual consideran debido a que los fenómenos tóxicos sufren la influencia de la aureomicina más precozmente que el proceso anatómico, a semejanza de lo que ocurre en la neumonía atípica y en tantos otros procesos que hoy se someten a la acción de los poderosos agentes antibióticos y quimioterápicos.

Hepadrenol

"Tonex"

COMPOSICION QUIMICA

| | |
|-----------------------|-----------|
| Peptona Witte | 10.00 gr. |
| Sal de Carlsbad | 34.00 » |
| Lactosa | 100.00 » |

INDICACIONES

Medicación colerética y colecistoquinética, combinada para provocar el drenaje de las vías biliares, en ictericia catarral, colangitis infecciosa, hidropesía de la vesícula biliar, arenillas, cálculos, urticaria, jaqueca, elevación térmica post prandial, estreñimiento, etc.

DOSIS

1 a 3 cucharaditas, media hora antes del desayuno, en un vaso de agua tibia.

LABORATORIOS
TONEX

REY BASADRE 385.
MAGDALENA DEL MAR.
LIMA - PERU