

6.3

La Crónica Médica

APARTADO POSTAL 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 AVENDANO HUBNER
 LUIS QUIROGA QUINONES — HUMBERTO PORTILLO
 JOSE B. JIMENEZ CAMACHO
 GUILLERMO KUON CABELLO

Año 71.- Núm. 1093

Julio 1954

SUMARIO

Histidinuria en mujer supuesta sana y variaciones por acción de estrógenos por la Q. F. Srta. Aurea Manucci del Río.

Urohistidinometría y embarazo, pág. 118
 Técnicas para determinar histidinuria, pág. 122
 Investigaciones efectuadas e interpretación de los resultados, pág. 124
 Conclusiones, pág. 128

Educación antivenérea o sexual? por el Dr. Lázaro Sirlin, pág. 130

Prensa médica.— Peritoneoscopia por el Dr. Malaquias Ferreira.— Nuevas pruebas de la función cardiaca por el Dr. C. Malagoni.— Tratamiento del hipertiroidismo por el Dr. A. Gilbert.— La indicación quirúrgica de la diverticulitis del colon por los Drs. D. H. White y J. D. Conway.— Mononucleosis infecciosa y cortisona por los Drs. J. Janbon y R. Bertrand, pág. 133

Para acelerar
la reparación... una
nueva aplicación tópica de la

Varidasa* Estreptocinasa — estreptodornasa
y JALEA de CARBOXIMETILCELULOSA
Lederle



La Lederle ofrece ahora jalea de carboximetilcelulosa que se puede mezclar con VARIDASA para aplicación tópica cuando convenga que los enzimas se mantengan en contacto más prolongado que el que se logra mediante la solución.

En presencia de sangre coagulada y acumulaciones fibrinosas o purulentas que resulten nocivas, a raíz de traumatismos o inflamaciones, la VARIDASA es el instrumento fisiológico que sirve para eliminar los coágulos y exudados purulentos porque facilita la acción de las fuerzas antimicrobiales y activa la

marcha normal de los procesos reparadores.

La VARIDASA se indica para el tratamiento del hemotórax y hematoma; empiema, supuraciones crónicas, y como coadyuvante para las intervenciones quirúrgicas.

Envases:

Frasco de
estrepocinasa .. 100,000 unidades
estreptodornasa .. 25,000 unidades
Frasco de
estrepocinasa ... 20,000 unidades
estreptodornasa ... 5,000 unidades
Pomo de jalea de
carboximetilcelulosa 15 cc.



... apoyo del médico

*Marca registrada

Lederle Laboratories Division, Cyanamid INTER-AMERICAN Corporation, 49 West 49th St., New York 20, N. Y.

DISTRIBUIDORES EN EL PERU

LA QUIMICA SUIZA S. A. — Avda. Uruguay 172

G. BERCKEMEYER Y Cia. — Avda. Argentina 232

J. A. BENAVIDES Y Cia. — Chota 1160

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

Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima
Catedrático Dr. Carlos A. Bambarén.

Histidinuria en mujer supuesta sana y variaciones por acción de estrogénos

Por la Q. F. AUREA MANUCCI DEL RÍO

Problema siempre renovado en su interés es el que se refiere al diagnóstico del embarazo en sus primeros períodos, así como también el que versa sobre el momento de la ovulación, porque aunque ambos forman parte de las funciones de reproducción, sin embargo, se estudian independientemente y tanto las reacciones bioquímicas, como las exclusivamente biológicas, que se han propuesto para diagnosticar estos momentos cruciales de la vida femenina, proporcionan resultados que generalmente se refieren a uno u otro aspecto.

No hay duda que las modificaciones histofisiológicas e histoquímicas que se producen en el organismo femenino, durante la ovulación y después de la fecundación, son particulares y específicas y como ellas determinan variaciones cuali y cuantitativas en el medio interior y consecuentemente en la eliminación por la orina de los elementos químicos que el organismo excreta, como testigo fiel de los cambios producidos o como resultado de un proceso de mantenimiento de las constantes humorales, necesarias para conservar la vida, la salud y los diversos procesos de adaptación, en el incesante e inestable trabajo celular, para amoldar al ser vivo a los perennes cambios que se suceden en el curso de su existencia, es posible por el estudio de las eliminaciones urinarias, darse cuenta de las modificaciones producidas.

Las variaciones de la eliminación de histidina por la orina, ha suscitado la atención de los investigadores, que trataron de puntualizar su valor semiológico, en su afán de encontrar signos específicos de la ovulación y el embarazo. La histidinomefría urinaria iniciada por Voge, en 1929, como una prueba química de embarazo, es, evidentemente, una reacción interesante, que conviene practicar dada su sencillez y compararla con otra u otras que propusieron después Aschheim-Zondek o Galli-Mainini, de Buenos Aires, con el mismo objeto. No es mi propó-

Este trabajo terminó de redactarse en noviembre de 1951.

sito intervenir en la discusión del valor diagnóstico que esta reacción tiene, respecto del embarazo. Mi objetivo, más modesto, es contribuir a que se difunda en el Perú, esta investigación y que otros, con más experiencia y capacidad científica, la justiprecien en sus alcances semiológicos.

Este trabajo, que estudia la histidinuria en la mujer y sus variaciones por influjo de los estrógenos, consta de las siguientes partes: En la primera, refiero, en forma compendiada, las investigaciones que se han efectuado sobre histidinometría urinaria en seres humanos; en la segunda, señalo las técnicas que se han propuesto para el análisis cuali y cuantitativo de la histidinuria, estudiando con todo detalle la de F. W. Chattaway, que es la que he seguido; en la tercera parte expongo los resultados obtenidos investigando histidinuria en mujeres aparentemente sanas con período catamenial regular, con menstruación irregular y después de recibir inyecciones subcutáneas de estrógenos, interpretando los resultados obtenidos a la luz de los conocimientos actuales sobre la materia; por último, resumo en conclusiones el contenido del trabajo, que es el primero que se ha realizado en el Perú.

El tema fué propuesto por el Catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de Lima Dr. Carlos A. Bambarén, quien con gran cultura y poseyendo abundante bibliografía, trata de incrementar el bagaje cultural del país, haciendo que se estudien temas novedosos, que antes no se enjuiciaban por carecerse de la correspondiente información necesaria para llevarlos a cabo; le presento con este motivo mi gratitud, así como al Q. F. Sr. Serbio Salazar que me ofreció facilidades para realizarlo en el laboratorio de Control Químico del Servicio Central de Sanidad Militar, y al Dr. César Iglesias, del Consultorio de la Maternidad de Lima, quien me hizo proporcionar muestras de orina de mujeres que concurren a ese Establecimiento de asistencia.

UROHISTIDINOMETRIA Y EMBARAZO

Voge (21) fué el primero que aplicó, en 1929, el método químico de investigación de histidina en la orina, por medio del agua de bromo, descrito por Knoop, para diagnosticar el embarazo, pues encontró que la histidinuria aumenta durante la gestación.

Cladys H. Dodds (9), en 1930, estudió el valor de este test para diagnosticar el embarazo, afirmando que tiene la ventaja de ser simple, barato y proporcionar resultados inmediatos. Lo aplicó a 380 embarazadas, con un error de 25.7%. El test fué positivo en un caso de mola hidatidiforme, resultado que estaría de acuerdo con la teoría que sostiene que la histidina se forma en la placenta activa y en 13.4% de mujeres no embaraza-

das, pero que padecían de pielitis crónica, fibroma, peritonitis pélvica crónica, etc.

Arthur R. Armstrong y E. Walker (2), en 1932, comprobaron que la única sustancia de la orina de las embarazadas que reacciona con el bromo es la histidina por lo que consideraron que este test es específico para la histidina que se elimina por la orina.

A. M. Young (22), en 1933-34, realizó la investigación en orina de mujeres embarazadas y no embarazadas, encontrando que era positivo de 54% a 63% en embarazadas y de 12% a 16% en no embarazadas.

Roberto Ferrari y D. J. Francis (11), de Buenos Aires, en 1935, demostraron que la histidina sólo se presenta en la orina de mujer embarazada, salvo el carcinoma genital.

E. Racker (16), en 1940, hizo la histidinometría en más de 400 muestras de orina de 180 personas; en la orina de mujeres no embarazadas encontró 20 mg. de histidina por ciento, con cifras que fluctúan entre 2 mg. % y 80 mg. por ciento. El test fué positivo para personas no embarazadas y para personas con desórdenes mentales. En embarazadas las cifras fueron mayores. No comprobó que los pacientes con melancolía eliminasen histidina, por la orina.

Wilson D. Langley (13), en 1941, determinó histidina en la orina, ya sea en mujeres embarazadas o nó. En vista de los resultados variables, no asignó mucho valor a la investigación. Encontró que además de la histidina, hay otras sustancias que se colorean con el agua de bromo, como la histamina y la metil histidina y como estas sustancias rara vez se encuentran en apreciables cantidades en orinas que contienen histidina, sostuvo que el test del bromo es específico para la histidina y que la urea sólo influye en el color de la reacción.

Regina Kapeller-Adler (13), en 1941, afirmó que la excreción de histidina varía con el individuo y que depende también de la clase de alimentación. Afirmó que hay relación entre la excreción de histidina y la actividad de la hormona gonadotrópica durante el embarazo. Estudió 58 casos de toxemia del embarazo y en vista de los resultados, sostuvo que cuando la toxemia grávidica es benigna, la histidinuria no es apreciablemente afectada; en cambio, en casos de síntomas de pre-eclampsia toxémica, sólo se encuentran pequeñas cantidades o nada de histidina en la orina.

E. Racker (17), en 1941, estudió la histidinuria, afirmando que a la histidina la destruye la histidinasas hepática. Aplicando para la determinación de la histidinuria, el método de precipitación por el ácido nitranílico, obtuvo resultados que corresponden al del test colorimétrico con bromo.

J. Dawson (8), en 1944, usando el reactivo de bromo encontró que 89% de sujetos aparentemente sanos, ofrecían excreción de histidina de 0 a 15 mg. por ciento y que por influen-

cia de tiamina (administrando 140 mg. diarios) la excreción de histidina desaparece y que cesando la administración de esa vitamina, la excreción de histidina retorna. En casos de toxemia, de pre-eclampsia, etc. la administración de tiamina reduce la excreción de histidina.

H. B. Vickery y J. K. Winternitz (19), en 1944, separaron cuantitativamente la histidina de los demás amino-ácidos, que se eliminan por la orina.

A. Albanese, A. Frankston y V. Yrby (1), en 1945, analizaron muestras de orina de 24 horas a 50 sujetos normales, hombres, con dieta normal y encontraron que la eliminación diaria de histidina varía de 180 mg. a 760 mg. o sea de 0.09 a 0.58 mg. de histidina por c.c. de orina y que la histidina se excreta por la orina de los seres humanos en mayor cantidad que otros amino-ácidos.

F. W. Chattaway (4), en 1947, siguiendo el procedimiento del test de bromo, ligeramente modificado, determinó histidinuria en 38 mujeres aparentemente sanas y en 2 embarazadas. En el primer grupo se utilizó orina de 24 horas, de 7 días y 5 semanas a fin de seguir la eliminación durante un ciclo menstrual completo. La excreción que acepta como normal es de 0 a 400 mg. diarios, con 2 excepciones que dieron de 400 a 600 mg. Determinó histidinuria en 2 mujeres embarazadas, una aparentemente sana y otra complicada con anemia. En el primer caso los resultados fueron en aumento hasta el quinto mes, para luego disminuir paulatinamente; en cambio, en el segundo caso, las cifras fueron menores. Chattaway no observó ninguna relación entre la excreción de histidina por la orina y la actividad de la hormona gonadotrófica.

Ricketts, Carson y Seaks (18), en 1948, estudiaron el diagnóstico del embarazo por medio de la histidinometría en más de 400 casos. Encontraron que el método es rápido y simple y que es positivo en 95.1% de casos.

Adriana Villagrán Galindo (20), de Santiago, en 1948, realizó 140 determinaciones de histidinuria, en 14 ciclos menstruales normales y encontró que la histidina en el ciclo menstrual variaba de 0 a 1000 mg. en 24 horas.

Max Cheval y María José Hans (5), de Bruselas, en 1949, empleando la técnica recomendada por Ricketts, Carson y Seaks, estudiaron la histidinometría en 23 embarazadas de 2 a 6 meses, siendo la reacción positiva en todas. Enseguida propusieron una técnica propia y en vista de los resultados que obtuvieron, sostienen que cuando en una embarazada disminuye la cantidad de histidina eliminada por la orina, debe temerse la aparición de toxemia gravídica. Parece que en el desarrollo de ciertos fibromas, puede producirse en la orina una eliminación exagerada de histidina.

Juan Bencomo García (3), de la Habana, en 1949, realizó el dosaje de histidina en la orina de 12 personas: 1 hombre, 2

mujeres no embarazadas bien regladas, 1 embarazo de mola y 8 mujeres embarazadas. La prueba fué negativa en el hombre, 2 mujeres no embarazadas y embarazo molar. Las 8 mujeres embarazadas dieron resultado positivo. El test dió 100% de especificidad.

P. Maureau, C. Heusghem, A. Collard, P. Xhenseval y L. Quinet (15), en 1949, aplicaron la histidinometría a 102 casos. Observaron 8 reacciones negativas en personas embarazadas; en cambio, no observaron reacción positiva en mujeres no embarazadas. Aplicaron también el test de histidina para el diagnóstico retrospectivo del embarazo, en 11 partos y 24 abortos; 9 partos dieron resultado positivo hasta después de 5 días, los 2 negativos fueron: un parto a los 8 meses de embarazo y un parto por cesárea vaginal. Entre los abortos 23 casos dieron reacción positiva y 1 dió resultado negativo; este caso respondía a aborto de 2 meses.

Max Cheval y María José Hans (6), 1950, describen con pormenores un método para determinar histidina en la orina, que es una modificación del usado por ellos anteriormente, asegurando que este nuevo método es fácil de ejecutar y que permite descubrir la presencia o ausencia de histidina con toda exactitud.

Max Cheval (7), en 1950, afirma que la presencia de histidina en la orina de una mujer que no ha reglado, es signo de embarazo; que la cantidad de histidina en la gestante normal permanece estable durante toda la gestación y que si disminuye, se debe prever una intoxicación gravídica inminente o una infección del tracto urinario (Coli-bacilo).

Martial Dumont y Andrés Ricard (10), en 1950, investigaron histidinuria en 60 casos: 14 mujeres no embarazadas, que dieron reacción negativa; 24 mujeres embarazadas de 1 a 3 meses, dieron reacción positiva en 22 casos y 2 negativos; 9 mujeres embarazadas de 4 a 6 meses de gestación, dieron 6 casos positivos, 2 negativos y 1 dudoso; 13 mujeres embarazadas de 7 a 8 meses, fueron positivas en 7 casos y en 6 dudosas. Concluyen diciendo que la investigación de histidinuria es casi exacta para el diagnóstico del embarazo, si se considera únicamente gestaciones de 1 a 3 meses, pues hacia el fin del embarazo las reacciones dudosas son frecuentes.

R. Gandolfo Herrera y G. Rahidai (12), de Buenos Aires, en 1951, efectuaron determinaciones por el método de Knoop en 126 mujeres embarazadas, siendo sólo negativas en 1%; en cambio, en las no gestantes, fueron negativas en 94.3%. En los casos de embarazo ectópico la reacción fué negativa. La cantidad de 15 a 50 mg. por ciento de histidina en la orina de gestante normal, disminuye en caso de toxicosis y es tan característica que puede servir como pronóstico.

Para ilustrar sobre el interés que ha suscitado la investigación de histidina, en la orina de mujer grávida, reproduzco a

continuación el cuadro resumen que insertan Moureau, Collard, Xhenseval y Quinet, en trabajo presentado al 25º Congreso francés de Medicina legal celebrado en Burdeos, del 11 al 14 de mayo de 1949.

**VALOR DE LA REACCION DE KAPPELLER-ADLER SEGUN
DIVERSOS AUTORES**

Autores	Casos de embarazo			Casos de no embarazo		
	Cifras absolutas	Por ciento Exacto	Por ciento Erróneo	Cifras absolutas	Por ciento Exacto	Por ciento Erróneo
Albers	233	99	1	267	93	7
Neuweiler-Guin	172	99	1	121	85	15
Wien Universitat	444	98	2	177	89.8	19.2
Tash	621	97.8	2.2	—	81.4	18.6
Kapeller-Adler	110	97	3	200	87	3
Hurda-Truskowska	113	96.9	3.1	86	83.1	16.9
Plotz	110	96	4	119	92.7	7.3
Asitaka	gran No.	95	5	—	—	—
Rosenblat	110	95	5	50	96	4
Carson Saeks	412	94.7	5.3	—	94.4	5.6
Bode	126	94	6	26	87	13
Stein	120	94	6	54	94	6
Frankl	51	94	6	75	84	16
Westberg	680	93.5	6.5	318	98.5	1.5
Romianello	103	93.2	6.8	—	—	—
Brodcorp	43	88	12	28	79	21
Blaufuss	119	88	12	165	95	5
Klimert	139	87	13	31	87	13
Heeksteden	75	85	15	26	81	19
Brandsch	177	84	16	120	99	1
Romianello	113	78	22	—	—	—
Bolaffi	195	72	28	71	62	38
Lourcs	100	69	31	100	62	38
Roselli	211	63	37	—	—	—
Marchese	40	63	37	35	89	11
Chlignacher	76	57.9	42.1	145	90	10
Verro	¿	50	50	¿	78	22

TECNICAS PARA DETERMINAR HISTIDINURIA.

Para determinar histidina en la orina, se han propuesto dos testi colorimétricos:

1º.— El de la diazo-reacción de Pauly, que la propuso en 1904 y que modificó Koessler y Hanke en 1919-1942. Esta reacción sin embargo, no se considera específica, porque, como ma-

nifestó Koessler y Hanke en 1919, Hunter en 1925 y otros, los imidazoles, ciertas purinas, fenoles, pigmentos de la orina y tirosina, dan la reacción como la histidina.

2º.— El test del reactivo bromado, descrito por Knoop en 1908 y que emplea el agua de bromo. Este método lo han aplicado Armstrong y Walker en 1932 y por Kapeller-Adler en 1934, Racker en 1940 y Langley en 1941, sostienen que la urea, uratos, fosfatos y pigmentos de la orina interfieren en la coloración. Es por eso, que para vencer estas dificultades F. W. Chataway ha ideado una modificación a la técnica y los errores debidos a otras causas, se han vencido; Cheval y Hans, de Bruselas, han introducido modificaciones al test bromado para hacer más sensible la reacción.

Block, en 1940, ha empleado un método de precipitación por el ácido nitranílico para la determinación de la histidina.

Técnica de Chataway.— Requiere los reactivos siguientes:

1º.— Ácido sulfúrico 10% v/v.

2º.— Permanganato de Potasio normal y déci-normal.

3º.— Reactivo de Bromo preparado de la siguiente manera: A 100 c.c. de ácido acético glacial se adiciona 1 c.c. de bromo y se completa el volumen a 200 cc. con agua destilada (Este reactivo debe guardarse en frasco obscuro).

4º.— Solución de fenol al 0.5%.

5º.— Solución fresca de clorhidrato de histidina que contenga 1 mg. por c.c.

Modus operandi.— En una serie de 4 tubos de ensayo de 10 c.c., graduados, se colocan diferentes cantidades de solución standard de clorhidrato de histidina, e igual volumen de orina a cada tubo. Este volumen debe ser tal, que las cantidades finales de histidina estén comprendidas entre 0.8 a 1.6 mg. Se agrega 0.5 c.c. de ácido sulfúrico al 10% v/v y se diluye aproximadamente a 5 c.c. con agua destilada; enseguida se agrega permanganato de Potasio, gota a gota a cada tubo, hasta coloración rosada permanente por 30 segundos (con orinas concentradas el permanganato normal debe agregarse inicialmente hasta conseguir un color rosa permanente por 20 segundos y enseguida se completa con permanganato decinormal). Para las orinas diluidas sólo es necesario usar este último.

Se agrega a continuación a cada tubo 0.5 c.c. del reactivo de bromo y se mantiene así por 5 minutos. Para la mayoría de las orinas esta cantidad se considera suficiente, pero el tubo que contiene la mayor concentración de histidina, debe ser examinado cada 2 minutos, para poner en evidencia el bromo en exceso, por medio de un papel de yoduro de almidón y si este no reacciona, se agregará nuevamente 0.5 de reactivo de bromo a todos los tubos. El exceso de bromo se elimina después de 5 minutos, agregando 0.5 c.c. de fenol al 0.5%. Los volúmenes se llevan a 10 c.c. en cada uno de los tubos y se procede

a calentarlos en baño de agua hirviendo y a la oscuridad por 5 minutos. Una vez fríos se completa la cantidad a 10 c.c.

La cifra de histidina la dá el color que se forma y se determina con el absorbímetro fotoeléctrico de Hilger-Speker, usando filtro de espectro azul Ilford, calibrado previamente, o por comparación directa con el color dado por cantidades conocidas de histidina con el fotocolorímetro de Klett-Summerson.

Cuando se usa el absorbímetro fotoeléctrico de Speker, se debe incluir una orina pura que recibe tratamiento idéntico, excepto que en lugar del reactivo de bromo, se usa ácido acético al 50% y que sirve de blanco.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La correlación entre la eliminación de estrógenos e histidina por la orina, se plantea desde el momento que se sabe que las sustancias de poder estrogénico, que se eliminan por la orina, aumentan durante la menstruación y el embarazo y la histidinuria también varía en esos dos momentos fisiológicos de la mujer.

Ricketts, Carson y Seaks (18), observaron que la histidinuria se presenta frecuentemente en la menstruación, dos o tres días antes del flujo catamenial.

F. W. Chattaway (4) dice que la excreción máxima de histidina por la orina, se produce 10 a 20 días después del período menstrual.

Adriana Villagrán Galindo (20), de Santiago de Chile, ha comprobado que la histidinuria aumenta en medio del período menstrual y días antes del catamenio.

He investigado histidina en orina de 40 mujeres aparentemente sanas, de menstruación regular; en 20 mujeres aparentemente sanas, de período catamenial irregular y finalmente las variaciones de histidinuria por influjo de los estrógenos, en 20 mujeres.

En todos los casos realicé la determinación siguiendo la técnica preconizada por F. W. Chattaway (4). Todas las muestras fueron recogidas en ayunas y la determinación se hizo sobre la primera orina emitida por la mañana. El cromógeno obtenido se determinó en el foto-colorímetro de Klett-Summerson, con filtro de 420 m μ . (azul). Las lecturas se convirtieron en densidad óptica para calcular las cifras de las concentraciones.

Prueba en blanco.— Con 1 c.c. de orina problema y siguiendo la técnica de Chattaway (4), a excepción de la adición de bromo y con 0.5 c.c. de ácido acético glacial al 50%, se preparó el blanco que corresponde al color residual.

Standard.— Se tomó 0.8 c.c., 1 c.c., 1.2 c.c., 1.4 c.c. y 1.6 c.c. de solución fresca de clorhidrato de histidina, que

corresponde a 0.8; 1; 1.2; 1.4 y 1.6 mg. respectivamente. Se siguió la técnica preconizada por Chattaway (4). Luego se procedió a la lectura de los tubos en el fotocolorímetro y se obtuvo como factor de calibración: 2.035.

Ejem.:

Orina 1 c.c.

Lectura 210

$2.035 \times 0.42 = 0.85$ mg.

Conc. sol. X = Conc. X — Conc. histidina añadida.

$0.85 - 0.7 = 0.15$ mg.

1 c.c. ————— 0.15
100 c.c. ————— X = 15 mg. %

HISTIDINOMETRIA EN MUJERES APARENTEMENTE SANAS CON MENSTRUACION REGULAR

No.	Nombre	Edad	Ritmo	Histidinuria
1	E.O.	25 años	28/3	17 mg. %
2	I.F.	25	28/3	11 "
3	A.M.	25	30/3	13 "
4	E.M.	19	30/5	10 "
5	C.D.	22	30/3	21 "
6	I.V.	23	29/4	23 "
7	G.M.	14	28/3	19 "
8	A.R.	23	30/3	7 "
9	B.R.	25	30/4	32 "
10	C.M.	24	28/5	10 "
11	C.R.	25	28/3	5 "
12	L.R.	24	28/3	25 "
13	T.S.	24	29/3	10 "
14	B.R.	25	28/4	11 "
15	E.M.	26	28/3	30 "
16	S.Ch.	23	25/8	23 "
17	M.R.	24	30/4	12 "
18	L.M.	26	28/3	12 "
19	E.P.	20	28/4	11 "
20	D.S.	24	27/6	19 "
21	E.R.	26	28/3	10 "
22	E.G.	23	30/3	10 "
23	M.V.	24	28/3	32 "
24	M.A.	26	28/4	16 "
25	M.H.	28	29/4	15 "
26	N.H.	26	30/3	16 "
27	I.R.	22	30/3	18 "
28	F.R.	29	28/3	8 "
29	L.H.	22	28/6	7 "
30	L.C.	22	28/4	14 "

No.	Nombre	Edad	Ritmo	Histidinuria
31	E.E.	27	30/3	15 "
32	B.R.	23	30/4	14 "
33	C.A.	21	30/6	15 "
34	I.M.	23	30/3	18 "
35	E.B.	22	28/3	17 "
36	S.M.	25	30/3	16 "
37	A.I.	22	28/7	11 "
38	I.M.	24	30/4	11 "
39	A.P.	23	30/5	8 "
40	O.G.	23	30/6	6 "

El análisis matemático-estadístico, dió los resultados que van enseguida:

Media \pm E. stand	Desv. st. \pm E. stand	Coef. variac.	Cifras extremas.
16.11 \pm 1.87	7.73 \pm 1.32	47%	5—32

HISTIDINOMETRIA EN MUJERES APARENTEMENTE SANAS CON MENSTRUACION IRREGULAR

No.	Nombre	Edad	Ritmo	Histidinuria
1	I.M.	23 años	/4	16 mg. %
2	A.C.	26	/5	9 "
3	C.M.	21	/2	16 "
4	O.E.	22	/5	19 "
5	A.R.	16	/3	21 "
6	A.V.	23	/8	26 "
7	O.L.	17	/4	32 "
8	J.R.	18	/6	7 "
9	I.P.	26	/3	16 "
10	M.H.	27	/3	14 "
11	M.N.	27	/3	17 "
12	E.R.	24	/6	14 "
13	E.E.	22	/3	.7 "
14	I.C.	25	/4	15 "
15	L.D.	23	/3	19 "
16	I.B.	22	/8	16 "
17	C.M.	22	/3	9 "
18	I.C.	25	/4	14 "
19	S.M.	24	/3	19 "
20	R.A.	23	/3	7 "

El análisis matemático estadístico de los resultados, se resume así:

Media \pm E. stand	Desv. st. \pm E. stand	Coef. variac.	Cifras extremas.
15.94 \pm 1.48	6.12 \pm 1.04	38%	7—32

La variación de la histidinometría por influjo de los estrógenos, va enseguida. Se determinó histidina antes y después de la inyección de estrógenos, en mujeres aparentemente sanas.

No.	Nombre	Edad	Ritmo	Histidinuria	Estrógeno	Histidinuria
10,000 U. Folicu-						
1	M.G.	22	29/3	14 mg. %	lina "Sanitas"	21 mg. %
2	L.C.	39	30/3	8 "	"	14 "
3	B.P.	45	27/3	18 "	"	22 "
4	M.R.	39	30/3	13 "	"	24 "
5	A.R.	17	/3	12 "	"	19 "
6	I.B.	19	28/4	15 "	"	21 "
1,000 U. Estro-						
7	E.G.	21	/5	18 mg. %	glán "Krinos"	20 mg. %
8	V.M.	23	/3	37 "	"	50 "
9	E.O.	22	/5	24 "	"	27 "
10	G.M.	15	28/3	14 "	"	19 "
11	A.A.	37	30/3	9 "	"	17 "
12	E.E.	19	/4	16 "	"	21 "
13	J.C.	23	30/4	54 "	"	24 "
2,000 U. Teles-						
14	R.T.	40	/3	25 mg. %	trina "Carnrick"	26 mg. %
15	L.M.	17	/4	22 "	"	33 "
10,000 U. Profo						
16	O.B.	21	/6	38 mg. %	liol "Eschering"	39 mg. %
17	G.A.	23	/8	26 "	"	32 "
18	B.R.	17	/4	34 "	"	45 "
19	R.J.	18	/6	30 "	"	39 "
20	F.A.	22	/3	18 "	"	26 "

Para interpretar los resultados obtenidos, es necesario tener presente que la presencia de histidina en la orina parece ligada a la función catamenial y al embarazo; sin embargo, como existe un porcentaje de mujeres embarazadas en las que no hay histidina en la orina (1 a 15%), hay que considerar estos casos como hechos que atestiguan anormalidad, debido a la perturbación del órgano u órganos que intervienen en la producción y metabolismo de este amino-ácido.

La correlación entre histidina y estrógenos urinarios, parece evidente, porque ambos aumentan en el catamenio y embarazo; pero mientras en el primero esta correlación es constante, en el embarazo, la histidinuria comienza a disminuir desde el quinto mes, según Chattaway y según Cheval y otros, cuando disminuye mucho y rápidamente, presagia toxemia de la gravidez.

La cantidad de histidina que elimina la orina de 40 mujeres aparentemente sanas, con menstruación regular, es, según mis observaciones, de 16.11 mg. por ciento, que puede considerarse como una cifra normal de eliminación.

La cantidad de histidina por ciento en la orina de 20 mujeres con menstruación irregular es de 15.94, como cifra promedio, que está dentro del límite de las cifras normales, según los trabajos de F. W. Chattaway (4).

Las variaciones de histidinuria por influjo de los estrógenos se apreciaron, determinando, primero, en ayunas, la cantidad de histidina contenida en la primera orina emitida por la mañana; luego se inyectaron estrógenos y a las 24 horas, siempre en ayunas, se determinó la histidinuria. En 19 casos la histidinuria aumentó, en algunos casos más que en otros pero en 1 caso, en el N° 13, la histidinuria disminuyó; se trataba de una mujer embarazada de 9 meses, que se encontraba próxima al parto, momentos en los cuales la histidinuria disminuye, pues según F. W. Chattaway (4) la histidinuria en la mujer embarazada comienza a disminuir rápidamente a partir de los 5 meses de gestación hasta después del parto.

CONCLUSIONES

1.— Se ha estudiado por primera vez en el Perú la histidinuria de 40 mujeres con menstruación regular, 20 con catamenio irregular y 20 en las que se apreció la variación que determinan los estrógenos sobre la histidinuria.

2.— Se ha seguido la técnica de F. W. Chattaway para determinar histidina en la orina.

3.— La cantidad de histidina en la orina de 40 mujeres aparentemente sanas con menstruación regular dió un promedio de 16.11 mg. %.

4.— La cantidad de histidina en la orina de 20 mujeres aparentemente sanas con menstruación irregular, dió un promedio de 15.94 mg. %.

5.— La histidinuria experimenta variaciones por influjo de los estrógenos. En 20 mujeres, 19 mostraron aumento y 1, por el contrario, disminución, encontrándose en el noveno mes de gestación.

BIBLIOGRAFIA

1.— Albanese A., Frankston A. and Yrby V.— The utilization of amino acids by man. V. Histidine.— "Journal Biological Chemistry".— Vol. 160.— Pág. 444.— Baltimore 1945.

2.— Armstrong A. R. and Walker E.— The Bromine reaction of pregnancy urine.— "Biochemical Journal".— Vol. 26.— Pág. 143.— London 1932.

3.— Bencomo García Juan.— A propósito de una prueba química para

el diagnóstico precoz del embarazo.— "Revista Cubana de Laboratorio Clínico".— Vol. 3.— Pág. 155.— La Habana 1949.

4.— Chattaway P. W.— The estimation of histidine in urine and its excretion by normal and pregnant women.— "Biochemical Journal".— Vol. 41.— Pág. 226.— London 1947.

5.— Cheval et Hans Marie-Jose.— Diagnostic clinique de la grossesse par la mise en évidence de l'histidine dans les urines.— "Bruxelles Médical".— Vol. 29.— Pág. 715.— Bruxelles 1949.

6.— Cheval Max et Hans Marie-Jose.— Diagnostic chimique de la grossesse par la mise en évidence de l'histidine dans les urines. Deuxième communication.— "Bruxelles Médical".— Vol. 30.— Pág. 1677.— Bruxelles 1949.

7.— Cheval Max.— Résultats cliniques obtenus par la recherche de l'histidine dans les urines.— "Bruxelles Médical".— Vol. 30.— Pág. 1680.— Bruxelles 1950.

8.— Dawson J.— Effect of vitamin B1 on histidine excretion in urine.— "Biochemical Journal".— Vol. 38.— Pág. 244.— London 1944.

9.— Dodds Gladys H.— Value of the bromine test for diagnosis of pregnancy.— "British Medical Journal".— Vol. 1.— Pág. 948.— London 1930.

10.— Dumont Martial et Ricard Andree.— Diagnostic de la grossesse par la présence d'histidine dans les urines.— "La Presse Médicale".— Vol. 58.— Pág. 535.— Paris 1950.

11.— Ferrari Roberto y Francis D. J.— Experiencias con una reacción química para el diagnóstico del embarazo.— "La Semana Médica".— Vol. 42.— Pág. 2.— Buenos Aires 1935.

12.— Gandolfo Herrera R. y Keidaj G.— La reacción de Kapeller-Adler para el diagnóstico del embarazo.— "La Semana Médica".— Vol. 98.— Pág. 109.— Buenos Aires 1951.

13.— Kapeller-Adler Regine.— Histidine metabolism in toxemia of pregnancy. Isolation of histamine from the urine of patients with toxemia of pregnancy.— "Biochemical Journal".— Vol. 35.— Pág. 213.— London 1941.

14.— Langley Wilson D.— Urinary histidine. Determination of histidine in urine, histidine in normal and in pregnancy urines.— "Journal of Biological Chemistry".— Vol. 137.— Pág. 255.— Baltimore 1941.

15.— Moureau P. Heusghem C., Collard A., Xhenseval P. et Quinet L.— Médecine légale et modifications biologiques et chimiques liées a la grossesse.— "Annales de Médecine Légale".— Vol. 29.— Pág. 101.— Paris 1949.

16.— Racker E.— Histidine detection in urine.— "Biochemical Journal".— Vol. 34.— Pág. 89.— London 1940.

17.— Racker E.— Histidine in urine.— "Biochemical Journal".— Vol. 35.— Pág. 687.— London 1941.

18.— Ricketts W. A., Carson R. M., Seaks R. R.— A Chemical test for pregnancy.— "American Journal Obstetrics and Gynecology".— Vol. 55.— Pág. 955.— St. Louis 1948.

19.— Vickery H. Bradford and Winternitz J. K.— The determination of histidine with the Aid of 3,4-dichlorobenzenesulfonic acid.— "Journal of Biological Chemistry".— Vol. 156.— Pág. 227.— Baltimore 1944.

20.— Villagran Galindo Adriana.— Estudio sobre eliminación de histidina en los ciclos menstruales normales.— Tesis de Bachiller en la Facultad de Medicina.— Santiago de Chile 1948.

21.— Voge C. I.— A simple chemical test for pregnancy.— “British Medical Journal”.— Vol. 2.— Pág. 829.— London 1929.

22.— Young A. M.— Five hundred and nineteen Voge test of urine for pregnancy.— “Journal of Laboratory and clinical Medicine”.— Vol. 19.— Pág. 153.— St. Louis 1933-34.

¿Educación antivenérea o sexual?

Por el Dr. LAZARO SIRLIN

(La Plata, Argentina)

Es indiscutiblemente necesaria una educación o conciencia sanitaria popular antivenérea, para el buen éxito de la lucha contra las enfermedades venéreas, a que están abocados médicos e higienistas de todo el mundo; pero ella debe ser subsidiaria, resultado o consecuencia de la educación sexual que debe inculcarse y extender entre el pueblo. Confundir ambas, como lo hacen algunos, o dar preminencia a la educación antivenérea, es y será controproducente a sus presuntos beneficiarios; los perjuicios y daños que produzca serán superiores a sus presuntos beneficios.

La educación o enseñanza estrictamente antivenérea cuya modalidad más común es la conferencia ilustrativa, sólo puede tener dos finalidades concretas: a) preventiva y b) curativa de los males venéreos; modalidades que están intrínsecamente ligadas entre sí, pero que es necesario deslindar adecuadamente. Es fundamental declarar que la pretendida educación antivenérea, no es tal; conferencias, cartillas, cintas cinematográficas documentales, etc. de o sobre las enfermedades intersexuales, solo tratan y consiguen esclarecer, aclarar, divulgar algunas nociones básicas, que no pueden considerarse como educación, por no ser capaces de formar determinados hábitos de morigeración conciente. No hay que confundir ilustración con educación.

Si se le encara primordialmente desde el punto de vista preventivo y profiláctico, pese a que pretenda formar hábitos para evitar el contagio intersexual, sólo servirá para hacer la propaganda o incitación al uso de los medios que se creen más eficaces y seguros para impedir la infección, le falta a esa dirección una base normativa para otra finalidad superior, como sería la continencia sexual. No discutimos la importancia ni la utilidad real de esos medios preventivos, pero lo que se conseguirá

con ello es dar una sensación de seguridad al individuo para que siga su vida sexual promiscua, encaminarlo a la vida sexual "sin peligro", activa, que de hecho, repetimos, será promiscua y sin necesidad; sin una base normativa ética, no podría entenderse que capacidad sexual no significa necesidad y menos obligatoriedad de la función sexual.

Actividad sexual que por la forma como se realiza entraña el desdoblamiento, tantas veces mencionado, de la efectividad amorosa y de la satisfacción carnal. La división de las mujeres en dos categorías dispares: mujeres "malas" o "livianas" a las que se puede gozar y debe gozar sexualmente, pero no amarlas y las mujeres "puras" a las que se debe amar, pero que no se puede gozar sexualmente sino bajo especialísimas circunstancias, la mayoría de las veces inasequible al joven. Problema de honda significación ética y de conducta que no debo ahondar aquí y que sólo señalo.

Si la aclaración o enseñanza antivenérea no inclina al individuo al uso y abuso de su instinto sexual, es porque la pretendida educación ha tomado la forma prohibitiva, ha esgrimido lo más espectacular y sombrío de las enfermedades venéreas, es decir, ha puesto en juego el temor y la angustia. Pero nunca el temor, en cualquier forma, puede ser una base sólida y racional o legítima de cualquier tipo de educación, y menos la sexual; sólo se conseguirá por este medio provocar o aumentar la angustia, y la desazón propia del estado tensional sexual y que lo llevará al apartamiento del sexo. Si los deseos sexuales pueden desaparecer de la conciencia, permanecen en el inconsciente y pueden dar origen a las múltiples variedades o extravagancias del "simbolismo sexual". La sexualidad, más en el angustiado, debe tener una salida, las tensiones eróticas buscan su abrogación y las únicas posibles en esas condiciones son las formas desviadas o auto-eróticas —masturbación solitaria o acompañada, homosexualismo, etc — venereofobia, etc. No se olvide que esa pretendida educación, mejor dicho ilustración, antivenérea debe hacerse en jóvenes de 15 a 22 años los más expuestos al contagio intersexual — gente inmadura psicológicamente, con el instinto sexual en plena maduración, indecisos por ello, que solo necesitan un pequeño empujoncito para adquirir cualquier anomalía. La "represión policial" de los instintos, que así debe llamarse la que se realiza a base de temores y prohibiciones irracionales, no es formativa de la personalidad, como lo sería una verdadera educación racional y comprensiva.

Si se considera la frecuencia de las enfermedades venéreas y sobre todo las recaídas y reincidencias en la misma, se vé que no son debidas a la falta de conocimientos sobre las mismas, sino, primordialmente, a la irresponsabilidad del comportamiento sexual ligado o dependiente de algún trastorno psico-biológico en la conducta; de otro modo no se observaría jóvenes de 20 años con dos o tres blenorragias y un chanero sifilítico... todo

ello adquirido en tres o cuatro años de vida sexual activa. En estos jóvenes pretender formarles o inculcarles hábitos preventivos es ilusorio, sino se modifica el fondo anímico de irresponsabilidad sexual, que solo puede modificarlo una auténtica educación normativa que les fortalezca el carácter y la voluntad, dándoles la conciencia de su responsabilidad.

Si la enseñanza antivenérea quiere propender a obtener una mejor y radical curación de la enfermedad, nuestras objeciones disminuyen algo, siempre que el espectro alucinante de las posibles consecuencias de la enfermedad no sea el elemento principal; el temor así provocado no ha inducido a nadie a curarse definitivamente, sólo ha producido un estado angustioso sobregregado, que al final ha complicado y obstaculizado la cura definitiva del mismo, o le ha impedido formar una familia por el temor de no estar curado. . .

Sólo puede aceptarse la educación o enseñanza sanitaria antivenérea, como complemento, perfeccionamiento de la educación sexual integral, es decir, darla al final y nunca al principio de la misma. La educación sexual tiende a valorar el sexo, no en el sentido del goce voluptuoso sin responsabilidad para el individuo ante sí y ante la Sociedad, sino en el sentido de la armonía y de la superación; su finalidad no es la continencia o la castidad en sí, como un deporte, por así calificarla, sino forjar la responsabilidad del individuo frente al sexo y a la generación, integrando la sexualidad en la personalidad y no hacer de ella una entidad separada. Los resultados de estos sistemas formativos se desprenden de los resultados que proporcionan las encuestas realizadas sobre la vida sexual: los hombres mejor educados y de nivel cultural superior son menos promiscuos y tienen menos relaciones sexuales indeseables (Kinsey, Pomeroy, etc.).

Pero en la Argentina y en otros países de igual formación cultural, más del 90% de los varones y 20% de los mujeres tienen una vida sexual prematura promiscua o no, y mientras llegue a todos los ámbitos la cultura sexual necesaria que insistentemente propiciamos y que no es aquí el lugar para extendernos al respecto, es necesario contemplar la lucha antivenérea, sus modalidades y realidades, las que forman insensiblemente la conciencia sanitaria de la población cuando es bien llevada y conducida con altura.

Toda campaña antivenérea debe tener en consideración cuatro puntos cardinales, sino está destinada al fracaso o ser contraproducente:

a) Es necesario destruir el concepto que la enfermedad venérea es un signo de virilidad u hombría, como se considera en ciertos ambientes incultos, pero tampoco es un estigma y una maldición "divina" por una vida desarreglada y viciosa. Es necesario considerarla como una simple enfermedad, un accidente que hoy rápidamente se cura; no es necesario angustiar al

paciente con el espectro de males incurables, demencia, ceguera, etc. pues la angustia que provoca en los sujetos predispuestos es peor que la enfermedad en sí y las estadísticas norteamericanas (Kinsey, Pomeroy, etc.) no prueban en modo alguno que los angustiados y atemorizados no reincidan en la enfermedad o sean los que mejor siguen la cura de la misma.

b) Curar la enfermedad en el menor tiempo posible, que es la mejor forma de tratarla, pues así se evitan las complicaciones; para hacerla factible es necesario que además de la abundancia de dispensarios, se encuentren éstos bien provistos de elementos curativos.

c) Evitar la propagación de las enfermedades venéreas con la pesquisa y denuncia de los focos infecciosos y contagiosos. Hay que luchar contra la prostitución y buscar las posibilidades de regenerar a las prostitutas. Temas vastos e inquietantes que no deben confundirse y tratarse conjuntamente, sino paralelamente para el buen éxito de la campaña antivérea.

d) Evitar la recidiva y reiteración en la enfermedad, que es lo esencial, y para ello debe instaurarse cuanto antes la educación sexual de la juventud, la única que puede proporcionarles conciencia de la generación.



Prensa médica

PERITONEOSCOPIA por el Doctor Ferreira Malaquias.— “Clínica Contemporánea”.— Vol. 7.— Pág. 2.— Lisboa 1953.

La peritoneoscopia es un procedimiento de mínimo riesgo, y se debe utilizar en aquellos casos en que la laparotomía exploradora sea una necesidad como medio de establecer un diagnóstico en casos de duda.

Es posible, por este procedimiento, obtener biopsias, pero es necesario tener en cuenta que nunca se deben de hacer de las vísceras huecas o de procesos quísticos o vasculares, ya que podría resultar peligroso por la posibilidad de una perforación en cavidad peritoneal o bien una hemorragia copiosa, y también el que un proceso morboso pueda diseminarse rápidamente.

Es un procedimiento que permite hacer un diagnóstico bastante exacto, ya que en las estadísticas de Ruddock (más de 2,500 casos), el tanto por ciento de diagnósticos exactos se elevó al 93.6, siendo solamente de 61.4 por 100 la frecuencia del diagnóstico clínico verdadero.

En la dificultad de diagnóstico clínico entre tumores de ovario y mioma uterino, la peritoneoscopia permite visualizar los pequeños tumores de ovario. Solo así se puede hacer el diagnóstico correcto de cistoadenoma de los ligamentos, de endometriosis, de tumores fibrosos uterinos, de tumores malignos del ovario, quistes, salpingitis tuberculosa, hidrosalpinx, malformaciones o ausencia de vísceras pélvicas, sin necesidad de recurrir a laparotomía.

El examen laparoscópico es susceptible de demostrar el verdadero sexo de un hermafrodita, cuando la observación de los genitales externos no es suficiente para ello.

Tiene valor diagnóstico este método en los embarazos extra-uterinos, ya que en muchos casos será verdaderamente difícil decidir, desde el punto de vista clínico, si un embarazo es intra-uterino o está fuera de la matriz.

NUEVAS PRUEBAS DE LA FUNCION CARDIACA por C. Malagoni.— "Giornale di Clínica Médica".— Fase. 1.— Pág. 76.— Torino 1953.

Las pruebas de la función cardíaca tienen por objeto valorar la capacidad de reserva del miocardio, las reacciones del aparato circulatorio bajo esfuerzo y la reactividad del sistema neurovegetativo.

Prueba de Moots.— Consiste en la relación porcentual entre la presión diferencial y la mínima, conforme a la siguiente

$$\text{fórmula: } \frac{\text{Mx} - \text{Mn}}{\text{Mn}} \times 100.$$

El resultado normal es igual a 0,50, con oscilaciones entre 0,40 a 0,60.

Prueba de Barach.— Se obtiene multiplicando la presión máxima por el pulso, a cuyo valor se suma el resultado de la mínima por el pulso: $(\text{Mx.} \times \text{P.}) + (\text{Mn.} \times \text{P.})$. Los límites fijados en los casos favorables varían de 13.000 a 20.000.

Prueba de Cardarelli - Katzenstein.— Consiste en determinar la modificación de la presión máxima y mínima, antes y después de la compresión digital de las arterias femorales, durante cuatro minutos.

Prueba de Mortensen - Fasiani.— Se realiza midiendo las cifras de la presión máxima, de la mínima y la frecuencia del pulso estando el paciente en clinostatismo; se repite el control en ortostatismo calculando la diferencia entre ambas cifras.

Índice de Crampton.— Considera la diferencia de las cifras presoras medidas en clinostatismo y luego de dos minutos de ortostatismo.

De todas las pruebas, sólo la de Moots y la de Barach, han resultado útiles para juzgar la capacidad del miocardio y el pronóstico de la afección cardíaca.

TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO.— Gilberti aconseja, en base a una serie de razones derivadas de la fisiopatología de la función tiroidea, el empleo de altas dosis de vitamina C, o sea ácido ascórbico, como recurso preparatorio a la intervención en el hipertiroidismo.

Por ello, además de la terapia con yodo y tiouracilo agrega, por vía venosa, durante el período que precede a la intervención, la cantidad de 0,50 a 1 g. diario y la continúa durante la semana que sigue. Ello independientemente de los recursos ya conocidos y aplicables en esta situación.— "Minerva Médica".— Vol. 44.— Pág. 551.— Torino 1953.

LA INDICACION QUIRURGICA EN LA DIVERTICULITIS DEL COLON por D. H. White, D. W. Oviatt y J. D. Conway.— "Journal International College of Surgeons".— Vol. 19.— Pág. 87.— Chicago 1953.

La incidencia de la diverticulosis y de su más común complicación, la diverticulitis, se halla en aumento; ello puede atribuirse al crecimiento del promedio de vida de la población, siendo que esta afección se desarrolla habitualmente en la quinta y sexta décadas de la vida.

El mayor interés quirúrgico de la diverticulosis del colon no reside en ella misma, sino en sus complicaciones, derivadas de trastornos inflamatorios en un divertículo preexistente. Tales complicaciones varían desde la simple diverticulitis aguda hasta la diverticulitis crónica (con o sin obstrucción asociada), la formación de fistulas, hemorragias, perforaciones, o pyleflebitis y abscesos del hígado. Estas lesiones son capaces de producir una prolongada invalidez y hasta la muerte.

El tratamiento de la diverticulitis aguda en su forma no complicada es médico y no quirúrgico. La administración de antibióticos, con reposo intestinal completo asegurado por la aspiración gástrica, controlará la gran mayoría de los casos.

La perforación del divertículo con peritonitis difusa es afortunadamente rara, puesto que muchos de estos divertículos inflamados son emparedados antes de que se perforen. Con la descompresión y los antibióticos, estas perforaciones sólo formarán un absceso local que podrá ser tratado con una simple incisión y drenaje.

La diverticulosis del colon ha sido siempre considerada como un proceso benigno que puede ser adecuadamente tratado con un régimen de dieta blanda, aceite mineral y antiespasmódicos.

Cuando la diverticulosis se complica ya entra en la esfera del cirujano. El más común error que se efectúa con respecto a la diverticulitis consiste en extender a ella las características benignas de la diverticulosis. Naturalmente, unos pocos ata-

ques aislados de diverticulitis aguda no ofrecen una excusa suficiente para someter al paciente a la resección de la parte afectada del colon; pero, si se producen ataques repetidos de diverticulitis aguda, particularmente si hay evidencia de trastornos inflamatorios iniciales en los tejidos pericolónicos, demostrados por el estrechamiento de la luz y la fijación del examen radiológico, entonces sí debe urgirse la intervención quirúrgica, antes de que se instalen las complicaciones como la obstrucción, la fístula interna, la pyleflebitis, la invalidez crónica y la hemorragia masiva. Los progresos en la cirugía del colon han alcanzado tal desarrollo, que permiten una segura resección con anastomosis primaria en estos pacientes, con un muy escasa mortalidad.

Se recomienda resección primaria en los pacientes con obstrucción y fístulas internas, con excelentes resultados inmediatos y alejados. Es innecesario ejecutar previamente una desfuncionalización mediante una colostomía, excepto en los rarísimos casos en que existe obstrucción completa. Cuando se hace indispensable realizar la colostomía, es innecesario esperar meses para efectuar la resección: ésta debe ejecutarse una o dos semanas después; lo mismo, para cerrar la colostomía, ello se hará una o dos semanas después de la resección.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y CORTISONA.— Janbon y Bertrand destacan que si bien lo corriente es que esta enfermedad adopte formas benignas, que evolucionan favorablemente sin necesidad siquiera de tratamiento, existen modalidades peligrosas como las anginas sofocantes o hepatitis icterígenas en las cuales resulta indispensable un tratamiento riguroso que creen haber encontrado en la cortisona.

Aconsejan dar en las primeras veinticuatro horas 200 mg. seguidos por 100 mg. diarios durante uno o dos días. La mejoría suele instalarse prontamente acompañada de sudores profusos, con caída térmica y sensación de bienestar.— *Le Sang.*— Vol. 24.— Pág. 378.— París 1953.