

ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA PROVINCIAL

REFERATAS

N.º 3 - CURSO 56-57

Sesiones del 25 de Enero y 8 de Febrero de 1957

DOMICILIO SOCIAL:
PRINCIPE, 41 - VIGO

Sesión del día 25-1-57

" MESA REDONDA "

SOBRE DIABETES

Comienza el moderador, doctor Adrio, resaltando la importancia social y actual del tema, deteniéndose en un breve boceto histórico de su conocimiento. Dice que es significativo de la importancia que en todo tiempo le dió la humanidad, que aún tratándose de una enfermedad que tiene no grandes signos externos como pudiera ser el bocio, las varices, cualquier dermatopatía, etc. se conoció desde tan antiguo como 1.150 años antes de J. C. en el papiro de EBERS; también en la III dinastía egipcia; en Atharva Veda... todo esto que se pierde en los siglos y constituye su protohistoria.

Ya en el siglo X, Avicena, refiere el sabor dulce de las orinas; en el s. XVII J. C. Bruner, hace incisiones en el páncreas de perros y ve que presentan poliuria y sed; Tomás Willis insiste en el sabor dulce de la orina; en el siglo XVIII, Pool y Dobson, caracterizan analíticamente la glucosa; siglo XIX Langerhans describe los islotes del páncreas del conejo, siendo estudiante; Laguesse vincula la substancia antidiabética, a tales islotes y Lanceraux por estudios anatómopatológicos, habla de diabetes pancreática; v. Mehring y Minkowski, hacen diabéticos a perros extirpándoles sus páncreas, y Hedon descubre que si a una perra embarazada se le extirpa el páncreas, no se hace diabética hasta que haya parido; también demuestra que la ligadura del conducto de Windsor, produce atrofia glandular exocrina y Capparelli de Toronto, inyectando extractos acuosos de páncreas en peritoneo de perros pancreopriivos, consigue desaparecer su glucosuria.

El siglo XX, fué decisivo en el conocimiento de esta enfermedad; Scoot demues-

tra que extractos de páncreas a los que se ligó el Windson a la manera de Hedon, mejoran al diabético y en 1921 Sir Frederik G. Banting y Best, con estos páncreas preparados, consiguen la insulina, simplificando su obtención Collip; Scheffer en 1916, había llamado Insulina al principio antidiabético de los islotes.

Hagerdorn y Scoot, consiguen insulinas retardadas (protamina y zinc). Por último se hablará por la "mesa" de las substancias orales hipoglucemiantes, tan recientes.

Shaw Dunn, Sheehan y Mc. Letchie, descubren los efectos de la aloxana. Correlaciones endocrinas de la diabetes, se las debemos a C. Bernard con su descubrimiento del almacenamiento de glucógeno en el hígado y su célebre picadura del núcleo dorsal del vago produciendo glucosuria. Housay observa que la extirpación del lóbulo anterior de la hipófisis, mejora al perro diabético y Young observa la acción diabética de los extractos hipofisarios. Long y Lukens mejora a diabéticos con suprarrenalectomía y Jiménez Díaz, habla del factor tóxico renal en el diabético.

Distintas clases de células son descritas en los islotes por Sbolew y bien estudiadas por H. Ferner.

Murlin y Bürger, descubren el Glucagón en la misma insulina y esta substancia con el nombre de "factor glucogenolítico hiperglucemiante" es estudiada por De Duve y Sutherland.

Estas son, en resumen, las preciosas piedras del colosal edificio que constituye hoy nuestro conocimiento sobre la diabetes.



¿Qué problemas sociales plantea el diabético?

DR. CASTAÑER RUE:

Antes de concretar la pregunta, afirma que el diabético se beneficia de un ejercicio moderado, basándose en los trabajos de Cacht que demuestra que durante el trabajo se utiliza azúcar; Collazo y Barbudo afirman que la tolerancia a los H. de C. en el diabético, es mayor después del ejercicio y la lipemia desciende al igual que los depósitos de grasas musculares, con la insulina. En consecuencia no le está proscrito un moderado ejercicio muscular ni una vida relativamente activa, por tanto es útil a la sociedad, si su diabetes está controlada. Conoce incluso casos de insulino-resistencia, que desarrollan trabajos de gran actividad.

Se detiene relatando varios centros estatales y sobre todo las Colonias Infantiles modelo, de Nueva York.

En España hace años que Carrasco Cadenas había fundado comedores para diabéticos en Barcelona y hoy día son modelo en este tipo los comedores de Auxilio Social que funcionan en algunas poblaciones y es de desear que se extiendan a la totalidad.

Si tiene importancia social la diabetes, lo demuestra que en E. U. A. el número de muertes por diabetes es igual al de tuberculosis, entre los 25 y 26 años, y el subsidio pagado por los cajas aseguradoras entre los 25 y 27 años en 1927, ha sido igual el de diabéticos al de cancerosos.

Resalta la importancia que tiene el perfeccionamiento de estos centros de lucha—comedores, colonias, etc.— y lo imprescindible de unar los esfuerzos que en tal sentido se hagan, para conseguir un mayor beneficio. Por último, trata del aspecto del diabético en esta provincia de matiz marinerro, donde son muchos los que se embarcan para trabajos de pesca, durante largas temporadas y tienen ellos mismos necesidad de controlarse su comida y suministrarse insulina. Destaca la importancia de un detenido previo estudio de su enfermedad, ilustración suficiente del enfermo y suministro de insulina para su ausencia. Son problemas apasionantes, que es obligación de todos nosotros resolverlos a la mayor perfección.

En resumen, el diabético, es hombre útil socialmente y rinde un trabajo eficiente.

DR. ALVAREZ BLAZQUEZ:

Abunda en el criterio del problema del diabético pescador en esta provincia, planteado por el doctor Castañer y espera de las nuevas dorgas orales, que según parece tienen más unisona dosificación y naturalmente, más fácil manejo, grandes beneficios para esta clase de trabajadores; máxime, teniendo en cuenta lo frecuente que es la diabetes, entre las gentes de mar y las dificultades para un régimen idóneo.

CARACTERISTICAS DE LOS DISTINTOS MEDIOS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO

DR. HUIDOBRO:

El diagnóstico generalmente es esporádico y casual, debido al hallazgo de glucosa en la orina, por el médico de cabecera; en sus comienzos la diabetes, es pobre en síntomas. Sin embargo debe tenerse en cuenta, que el dintel renal para la glucosa es variable y existen personas que con una glucemia elevada, no presentan glucosuria.

Para la determinación de la glucemia, considera los métodos de Hagedorn y Folin como más exactos, pero sin embargo los basados en los citratos alcalinos son de una gran simplicidad, por ejemplo, el Crecelius, y de inapreciable utilidad en ciertos momentos, a la cabecera del enfermo. Insiste en la importancia de las soluciones recientes y exactas. En las pruebas de sobrecarga de glucosa, él acostumbra a propinar por vía oral 25 gramos y determinar la glucemia, además de la basal, a la $\frac{1}{2}$ hora, a la hora y a las 2 horas. Nunca debe sobrepasar los 1'3 gramos p. mil y la última determinación tener el valor inicial por lo menos. En caso contrario, se trata de un diabético, más o menos intenso. En ciertos casos la lipemia, ácidos grasos y sobre todo la reserva alcalina, tienen particular importancia.

DR. ANTONIO PEREZ:

Hace resaltar la importancia de la lipemia, que considera que hasta el momento se tiene un tanto olvidada.

HISTOPATOLOGÍA DE LA DIABETES

DR. HUIDOBRO:

El páncreas, que contiene un 20 por ciento de células alfa y un 80 por ciento de células beta, se altera en la diabetes infantil en el sentido hacia la izquierda (más alfa que beta) así como en los procesos inflamatorios. Existen también alteraciones en el hígado, como son degeneración grasa, pérdida por parte del protoplasma del glucógeno y aumento en el núcleo de la célula hepática; esclerosis; hemocromatosis, etc.

En el riñón, puede presentarse glomerulonefritis y predominio de alteraciones glomerulares.

En las arterias, esclerosis, aterosclerosis con depósitos de lípidos circulantes en exceso, que se depositan en la íntima.

El sistema nervioso se afecta por lesiones vasculares de orden capilar y en la piel se aprecia pérdida de glucógeno, con aumento de glucosa en el dermis y ocasionalmente depósitos pigmentarios.

DR. FERNANDEZ RUBIO:

Considera además lesiones en el tramo genital, órganos de los sentidos, respiratorios y digestivo. Se ha descrito mayor número de células en el páncreas, que las alfa y beta.

DR. HUIDIBRO:

No habló de la totalidad de las lesiones, en gracia a la brevedad impuesta, pues le llevaría muy lejos. Lo mismo dice de la histología.

EVOLUCION Y VARIEDADES DE LA DIABETES**DR. ANTONIO PEREZ :**

A parte de los síntomas evolutivos de comienzo —glucosuria, poliuria, hiperglucemia, sed, prurito, piodermis, hipoclorhidria, diarrea pancreatogena, depósitos de lípidos en los tejidos, etc.— el final de todo diabético no tratado es, la cetoacidosis cuya primera perturbación afecta a lípidos, grasas e h. de c. y por otra parte al agua y los electrolitos, abocando al coma, de todos conocido y cuyas manifestaciones a parte de las psíquicas, son la respiración de Kusmaul en un principio a la que le sigue el tipo Scheine-Stokes, hipotonía de globos oculares, hipotermia, etc.

Suele suceder que una diabetes latente, se revele con ocasión de un incidente infeccioso, quizá por una antihormona procedente de los leucocitos degenerados que actúa inhibiendo la acción de la insulina. Así en un sano aparente, con déficit de tipo prediabético, con ocasión de una infección, puede desarrollarse una diabetes genuina.

No hay duda de la existencia del estado prediabético, gradual. Téngase en cuenta que es muy interesante que después del ayuno, el adiposo aumenta su almacenamiento en glucógeno.

Varietades de la diabetes, pueden considerarse los diabéticos infantiles y los prepúberales. Suele presentarse de comienzo brusco y no es raro que sobrevengan después de una infección virásica. Tienen curso muy inestable y generalmente presentan hepatomegalia.

Al presentar estos enfermos signos abdominales agudos, se tendrá en cuenta que puede tratarse de un precoma, antes de decidirse a una intervención.

COMPLICACIONES Y PSICOSOMÁTICA DE LA DIABETES**DR. F. FERNANDEZ RUBIO:**

Es difícil deslindar las variedades de las complicaciones y considero como tales, según el sistema afectado, las siguientes:

Piel; la xantomatosis o rubeosis de v. Noorden, debido a xantomatosis por alfa tocoferoles con depósitos de colesterolina en la capa media. El prurito frecuente por hiperglu-

cosa intracelular y los trastornos tróficos de la perionixis.

Digestivo; piorrea alveolar con anormal movilidad de las piezas dentarias; diarreas, ya por alteración de la flora intestinal, ya por trastornos pancreáticos de su secreción externa; litiasis biliar por colesteroles etc.

Respiratorio; faringo y laringoxerosis de Leichtenstern, aspecto lacado; tuberculosis de forma rápida que aboca al coma; gangrena pulmonar con sus secuelas.

Circulatorio; "el diabético vive y muere con su arterioesclerosis" (Loslín).

Corazón diabético, muy sensible a los cambios de glucosa que provocan alteraciones de la hormona circulatoria por inducción sobre el ciclo de Krebs y la fosforilización de la aneurina (co-carboxilasa).

Diversas parestesias periféricas, cianosis, claudicación, esclerosis en distintos órganos y hasta gangrenas periféricas.

Riñón; Nefrosclerosis; glomeruloesclerosis intercelular.

Genitales; balanitis por glucosuria; impotencia; concepción difícil; abortos; fetos muertos, grandes, hidrocefalia, hiperinsulares...

Nerviosos; esclerosis cerebral, mielosis funicular por carencia en B₁; polineuritis sensitivas por alteraciones de la co-carboxilasa y de los vasa vasorum.

Sentidos; Xantelasma colesterínico; arco senil en cornea; rubeosis irídica de Palus; catarata diabética; Iperemia retiniana; retinopatía hipertensiva y alteraciones de refracción reversibles por tratamiento apropiado; por último, hipotono globular.

Metabolismo; cetosis e hiperlipemia.

Spíquicos; innumerables y difíciles de catalogar, citando la depresión por concepto de enfermedad incurable; negativismo muy significativo; manía análisis con deducciones disparatadas; en niños, inteligencia precoz (Marañón, Joslin).

DR. CASTAÑER RUE:

No debemos olvidar los trabajos del moderador Dr. Adrio, sobre "Corazón visceral" publicados en la revista "Española de Cardiología", muy relacionados con los fenómenos químicos de la contracción cardíaca y en consecuencia con el metabolismo de los diabéticos.

En cuanto a la psicósomática, no se hizo resaltar la indiferencia general con que el diabético vé su enfermedad, precisamente por que no tiene molestias en un principio, perjudicando esta actitud de abandono, notablemente su curación.

DR. FERNANDEZ RUBIO:

No cité la publicación u observaciones del Dr. Adrio, porque actualmente, han sido superadas por otros estudios y en cuanto a la psicósomática, nos llevaría muy lejos tratar la cuestión con mayor amplitud.

REGIMEN Y APLICACION DE INSULINA

DR. ARRIBAS:

Recomienda un régimen basado en la fórmula de que el peso de proteínas y grasas, será dos veces y media el de los H. de C. y considera imprescindible la determinación del metabolismo basal, para un justo cálculo de las necesidades del enfermo, aumentándolo según la índole de vida del diabético a tratar.

La dosis de insulina se prescribirá según la tolerancia para los H. de C. y las necesidades metabólicas. Cualquier insulina podrá emplearse, si bien las del tipo NPH son quizá las más cómodas.

DR. ALVAREZ BLAZQUEZ:

Considera en la práctica clínica que puede la mayoría de las veces prescindirse de la determinación del metabolismo basal y aún de un régimen dietético muy controlado, siendo preferible hacer la acomodación, mediante las dosis de insulina.

DR. CASTAÑER RUE:

Se manifiesta partidario de un cambio en la insulina, pues a veces el enfermo llega al hábito con una misma procedencia comercial de la droga, lo que retrasa su efectividad.

DR. ARRIBAS:

Dice que en cuanto al régimen libre o el controlado, no hay nada estatuido con criterio riguroso habiendo partidarios de lo uno y de lo otro. En relación al cambio de insulina, lo considera muy atinado.

OPINION SOBRE LAS SULFONILCARBAMIDAS, METANTELINA Y OTRAS DROGAS ORALES

DR. ALVAREZ BLAZQUEZ:

Se excusa de no haber traído a esta Academia Provincial sus observaciones, ya publicadas sobre el efecto hipoglucemiante de la metantelina, lo que no hizo, por estar todavía en período de estudio. Dice que en medicina e investigación, es clásica la frase del maestro: "Tened el valor de equivocaros", porque así es como pueden progresar las ciencias experimentales. Hoy han surgido estas nuevas drogas que parece han superado el período de experiencia; pero sin embargo debemos todavía ser muy comedidos en sus efectos. Relata un triste caso de un

éxito a los pocos días de haber comenzado a tomar sulfonilcarbamidas, habiendo presentado súbitamente un cuadro de abdomen agudo típico y que muy bien pudiera tratarse de una necrosis aguda de pancreas. ¿Qué papel jugó en esto la droga ingerida? Esto es a lo que no puede responder y pone a consideración de los oyentes.

¿Puede una diabetes latente y desconocida, ser causa de abortos, fetos muertos y embrazos prolongados?

DR. ARRIBAS:

Sí, evidentemente, aunque también pueden existir otras causas.

¿Cuál es la causa más común en las diabéticas de muerte del feto?

DR. ALVAREZ BLAZQUEZ:

El agotamiento pancreático del feto.

¿Se conocen casos de conseguir embarazos normales en diabéticas latentes, al ser tratadas con insulina, después de haber tenido abortos y fetos muertos?

DR. ANTONIO PEREZ:

Evidentemente sí.

¿Existe algún test con Cortisona, para el diagnóstico precoz de la diabetes?

DR. FERNANDEZ RUBIO:

Las variedades de diabetes, son muchas y la hiperglucemia está acondicionada a una constelación de factores endocrinos; se conocen las diabetes extrapancreáticas y las de tipo Young. Así pudieran ser los enfermos más sensibles a la Cortisona que es hiperglucemiante; pero esto tan solo tiene un interés especulativo.

¿Qué factores intervienen en la baja de metabolismo del diabético?

DR. FERNANDEZ RUBIO:

Como se dijo en la anterior pregunta, una constelación de factores difíciles de ponderar en cada caso.

¿Cuál es el cociente respiratorio en caso de falta de oxidación casi completamente de los H. de C.?

DR. ANTONIO PEREZ:

Está muy disminuido y las necesidades energéticas son a expensa de la neoglucogénesis.

Sesión del 8-11-57

BUZON DE PREGUNTAS

1.ª ¿Qué lecturas son convenientes a los niños?

Contesta el Dr. CARRO.

2.ª Tratamientos actuales del glaucoma y su efectividad.

Contestan los Drs. MANUEL PADIN, BEIRAS y FRANCISCO G. GARRA.

3.ª Inconvenientes y peligros del empleo de los cationes de recambio

Contestan los Drs. FERNANDEZ RUBIO y ADRIO.

COMUNICACIONES

BLOQUEO DE RAMA DERECHA DE TAWARA

Dr. César Abellás Justo

Hombre de 23 años, dedicado al comercio. Ant. fam. padre recluido en frenocomio; madre, muerta del corazón. Tres hermanos, uno murio de TP. Ant. per. Enfermó de TP hace tres años y fué dado de alta clínica, hace año y medio. Estado actual: Desde hace cuatro meses, laxitud y disnea; alguna parestesia en la garganta; ocasionalmente, dolores precordiales.

Exploración: Tipo delgado; ojos brillantes, pero no exoftalmos; 100 puls. p. minuto; ligero bocio; leve temblor en manos; amígdalas crípticas supuradas; laringe muy enrojecida; adenitis en región submaxilar y cuello.

Auscultación: Ruído de galope en base; p. art. 13-8; capacidad respiratoria, 2,800 c.c. metabolismo basal, más 41%; glucemia, 1,8 por litro; no hay glucosuria y densidad 1,021, sin cilindros y algún leucocito. En radioscopia, corazón globuloso e hipertrofiado.

El electro, presenta un bloqueo característico de rama derecha de Tawara, tipo Wilson (se proyecta).

Indudablemente presenta un hipertiroidismo y una infección faringo amigdalina. En consecuencia, se le hace un tratamiento mixto con antibióticos, sedantes, propiltiouracilo y tónicos cardíacos, a más de Lugol. Al mes, mejoró, desapareciendo la disnea y laxitud, la capacidad resp. pasa a 3,000 c.c., persiste el temblor; mejoró el foco séptico de garganta, pero se observan todavía criptas supuradas; el electro, semejante al anterior. Se le suprimen los tónicos cardíacos y se continúa con lo demás. Días después se le hace un recuento de blancos (=6,500) y hemograma (Linf. 30%; neutrófilos 67%).

Es de suponer que existe en este enfermo un estado disendocrino y neurodistónico, condicionados por sus factores genotípicos y por su hipertiroidismo. Sabemos que la tiroidina, influye sobre el sistema cardiovascular, provocando no solo extrasístoles, sino incluso bloqueos de rama; en consecuencia, podríamos suponer que el bloqueo de este caso, sea debido a la acción tóxica de la tiroxina, pero después de tantos meses que sufre de taquicardia persistente entre 90 y 100 pulsaciones y habiendo presentado una insuficiencia de miocardio, es extraño que el electro no acuse signos de fatiga e isquemia coronaria, tales

como descenso de ST y aplanamiento o inversión de la onda T en I y IID. Parece innegable pues, que las noxas microbianas en la faringe, hayan podido alterar la rama derecha de Tawara, bloqueando la excitación sinusal aún cuando es de admitir que el sistema muscular específico está sensibilizado por la acción tóxica de la tiroidina, desempeñando ésta un papel predisponente y la acción microbiana, papel desencadenante.

DISCUSION

DR. ADRIO:

No comenta la interpretación eléctrica, porque le llevaría tiempo en exceso, como tampoco proyecta electros que recogió al azar de su archivo, con bloqueo de rama, igualmente, por lo avanzado de la hora. No obstante, afirma que considera bastante frecuente el bloqueo de rama, aunque autores de la categoría de M. Vela le asignen un 1'6%. El mismo autor, en su ponencia al primer Congreso de Cardiología Nacional, sobre el pronóstico del electrocardiograma, habla de la mayor gravedad de los bloqueos de rama, cuando asientan en hipertiroideos. Según este autor, la mortalidad alcanzó del 60 al 70 por ciento antes de los dos años de diagnosticado.

Considera incompleta la fórmula y nada significativa la cifra de blancos; y se extraña de no haber sido hechas al principio, antes de todo tratamiento. Sin embargo, concuerda plenamente con el origen focal de la cardiopatía.

Su opinión concretamente, es que asentando un diagnóstico tan preciso desde el principio, debió no esperarse más tiempo a extirpar las amígdalas sospechosas en lugar de recurrir a otra terapéutica.

DR. FERNANDEZ RUBIO:

Expone el valor de la electrocardiografía endoesofágica, para precisar mejor las alteraciones cardíacas.

Para realizar este sondaje, se mide la dis-

tancia, xifoides cricoides y esta distancia en centímetros se divide por tres. Tal medida, nos hará llegar el electrodo intraesofágico, a la parte media cardíaca.

Hace notar el interés de la prueba de la gemituria provocada de Calmette, para determinar la existencia y evolución de procesos por "foco séptico" que cursan con depolimeración de los polisacáridos del organismo. Esto se realiza dando ácido homogentisínico "per os" (Gentatol p. ej.) que se desdobra con la hialuronidasa bacteriana y en caso de haber foco séptico, su eliminación por orina, disminuye.

DR. REBOREDA, FERNANDO:

A título de curiosidad, pues se trata de otro tipo de bloqueo, cita el caso de un enfermo que en el curso de un cólico hepático, presentó una bradicardia de quince pulsaciones al minuto, con crisis de Stokes-Adams. Se interpretó como un bloque funcional por

la hipervagotonía del cólico hepático, desapareciendo con grandes dosis de atropina.

R E P L I C A

DR. ABELLAS:

Refiriéndose a la intervención del doctor Adrio, dice que la fórmula no tenía desviación a la izquierda y presentaba cosinófilos. En cuanto a la intervención sobre sus amígdalas, que ya se había decidido últimamente la misma.

Al Dr. Fernández Rubio, toma nota de las sugerencias y que la falta de medios, hace imposible muchas veces mayor precisión en el estudio.

Al Dr. Reboreda, que se asombra de la gran bradicardia de tal enfermo y supone que la vuelta a la normalidad, no ha sido por la atropina, sino más bien por evolución espontánea de la lesión funcional.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CIATICAS REVISION DE 380 CASOS DE LUMBOCIATICA

Dr. Troncoso Rozas

No incluimos en esta revisión, los lumbagos agudos, que pasan en dos o tres días con cualquier tratamiento y a veces sin ninguno, pero hay que vigilar, pues pueden ser el punto de partida de una ciática.

Una causa frecuente de lumbociáticas, en personas de mediana edad, es la "degeneración primitiva del disco intervertebral" y en personas de más edad, el síndrome doloroso producido por osteomalacia senil, secundaria a una alteración nutritiva.

Para nosotros, no existen más que dos tipos de isquialgia, la esencial, cuya causa hay que buscarla en la propia columna, y la secundaria, por múltiples enfermedades o estados metabólicos que actúan sobre el nervio o sus ramas (tumorações, estados carenciales, infecciosos, etc).

La esencial, es debida, en el 90% de los casos, a hernia del menisco intervertebral. De los 290 casos de esta clase recogidos por nosotros, 192 corresponden a hombres y 98 a mujeres. Tienen historia de

trauma, un 60% y un 6% cuenta el embrazo, explicable según Conell por el reblandecimiento que la hormona del cuerpo luteo produce sobre el aparato ligamentoso lumbar. La localización periférica de la irradiación del dolor, es de interés para la localización del disco herniado. Así, dolor en talón, planta y borde externo, hacen pensar en hernia del menisco lumbosacro; dorso y borde interno y dedo gordo del pie, afectación del IV menisco; cara anterior de rodilla y cara anteroexterna de muslo, III menisco; dolor lumboinguinal II espacio. Sin embargo nunca podemos asegurar ciertamente esta localización de la lesión, tan solo por la irradiación del dolor.

No suelen existir signos neurológicos motores. Alteraciones de la sensibilidad, se presentaron en el 75% de nuestros casos, tales como zonas de anestesia o diversas parastesias. Igualmente alteraciones de los reflejos tendinosos; así la ausencia de rf. Aquiliano combinada con hipoestesia de la planta

y borde externo del pie, abogan por lesión en el menisco lumbosacro. Parestesias del dorso, con ausencia de Aquillano, lesión en IV menisco. Disminución del rotuliano e hipostesia en la cara anterointerna de pierna, hace sospechar lesión en II menisco.

Rigidez y limitación de movimientos, se comprobó en un 75% de los casos. La desviación escoliótica del tronco, fué más frecuente en la posición antálgica, con la convexidad hacia el lado afectado y no pudimos comprobar el aserto de Petit-Dutais, quien afirma que la actitud del paciente, depende de la situación del disco afectado. Por orden decreciente, fueron positivos los signos de Lassegue, Neri y Nafziger.

Descartadas otras lesiones radiográficas, en la hernia del menisco se aprecia disminución del espacio intervertebral afectado. Nosotros lo encontramos en un 50% de los casos estrechado, el V; un 25% el IV; y un 10% el III. En tres casos de estrechamiento evidente radiográfico del V, la hernia estaba en el IV y en 6 casos operados de hernia del V, no se apreciaba estrechamiento de este espacio. De antiguo sostengo que la sacralización de la 5.^a lumbar o las lumbalizaciones no tienen valor semiológico de ciáticas y en esta opinión abunda muy recientemente Stinchfield y Sinton, en una revisión de sus casos.

Poca importancia concedo a la punción lumbar, ya que raras veces el bloqueo es suficiente, en la hernia discal, para producir alteraciones.

La mielografía con sustancias yodadas, tiene sus inconvenientes ulteriores, debido a irritabilidad del producto. Últimamente en algunos casos necesarios, empleamos preparados del tipo del Pantopaque o de la Diodona, por ser menos irritantes. Actualmente nos decidimos por el Umbradil, previa raquíanestesia, habiendo obtenido inmejorables resultados y tan solo un caso de cierta intolerancia; fué descrito este procedimiento por Knutsson. En algunas clínicas, como la de Lahey, prohibido el yodo como contraste, se recurre al oxígeno. La discografía, aún en manos tan expertas como las de nuestro compatriota Hernández Ros, tiene sus grandes dificultades técnicas y está expuesta a errores de importancia.

Tratamiento incurrente.—De los 380 casos revisados, en 85 nos bastó reposo en cama plana, con las rodillas semiflexionadas, calor local, analgésicos etc. En 65 casos más agudos y recidivantes, se procedió a inmovilizar con escayola cuidando de conservar la posición antálgica. En doce casos, tuvimos que recurrir a tracción continua desde extremidades o mejor aún desde pelvis, con brillantes resultados, excepto en cuatro, que ulteriormente hubo que operar.

Igualmente el tratamiento electroterápico (ultrasonidos, ondas cortas, radioterapia) se empleó en una serie de 36 casos, con resultados satisfactorios en el 60% de los casos. Todos estos casos se combinó su tratamiento con fenilbutazonas, ACTH, Prednisona, etcétera. También se han obtenido beneficios de la fisioterapia.

Las infiltraciones paravertebrales, son de éxito temporal tan solo.

De dos casos que empleamos la "vertebroterapia" hemos obtenido resultado sorprendente en uno y fracaso en el otro. Como se sabe, consiste en movilizar a ciegas la cádera, bajo anestesia y relajadores (Musculax, curare, etc.) Según Nensor, se obtiene un 75% de éxitos, con este procedimiento.

Tratamiento cruento.—De los 380 casos revisados, hemos tenido que operar a 59, dando una cifra porcentual del 13%. Los resultados entre un mínimo de seis meses y un máximo de 10 años, fueron los siguientes: curados, 40; mejorados, 6, que precisan emplear corsé y se resienten cuando tienen que realizar esfuerzos; empeorados, 1 (por aracnoiditis postlipiodol); fallecidos, 1, de trombosis coronaria, al mes de la intervención; desconocidos, 11, si bien los resultados inmediatos, fueron satisfactorios en todos ellos.

A continuación se proyecta una numerosa serie de radiografías muy demostrativas todas ellas, muchas de las cuales han sido obtenidas con medios de contraste y gran número de fotografías en color de los distintos momentos de diversas operaciones.

Tan interesante comunicación, despertó vivo interés en el público durante su exposición. No hubo intervenciones.

Se recuerda a los Sres. Académicos, que la Junta de Gobierno, tendrá la mayor satisfacción en proporcionarles las obras de medicina o revistas que le sean solicitadas, y estén al alcance de su capacidad económica.



INSULINA

"Zeltia"

LA HORMONA PANCREATICA
EN FORMA PURA CRISTALIZADA,
SOMETIDA A RIGUROSO CONTROL

- Alta estabilidad.
- Exacta titulación.

Incluido en el petitorio del S. O. E.

Frascos de 5 c.c. con 100 u.i.

Frascos de 5 c.c. con 200 u.i.

LABORATORIOS "ZELTIA", S. A.

PORRIÑO (PONTEVEDRA)