

that the results obtained with similar technique may be very different even though they present a similar clinical aspect.

The biopsy should be performed every time it is feasible in order to confirm the diagnosis and base the technique of the irradiation upon the histological examination.

We must dismiss the caryocinetic index as being exclusive indicator of the technique to be followed. On the other hand, the microscopical study of new growths as a whole enables the histological investigator to form a sufficiently accurate idea with regard to its radiosensitivity.

The introduction of a numerical index to determine this is intended to render the laboratory findings easily understandable to the clinician.

ZUSAMMENFASSUNG

Nachdem die grosse Variabilität der Faktoren gegeben ist, welche sich bei der Bestimmung der Radiosensibilität zeigen, versteht man leicht, dass die mit analogen Techniken erreichten Resultate sehr unterschiedlich in den verschiedenen Fällen sein können obgleich sie ähnliche klinische Aspekte darstellen. Man muss so oft als sich die Gelegenheit dazu bietet, die Biopsie praktizieren, um die Diagnostik festzustellen und auf die histologische Untersuchung die Technik der Irradiation aufzubauen. Man muss den Karyozinetischen Index abweisen als einzigen Anzeiger der zu befolgenden Technik. Andererseits erlaubt das mikroskopische Studium der Gesamtheit der Neoplasien dem Histologen eine genügend exakte Vorstellung hinsichtlich ihrer Radiosensibilität zu haben. Die Einführung eines numerischen Indexes, sie zu bestimmen, hat zum Zweck, dem Kliniker die im Laboratorium erlangten Gegebenheiten leicht verständlich zu machen.

LA FRECUENCIA DEL SINDROME HIPOSFIXIA EN PATOLOGÍA

por el doctor

J. TRAGANT Y CARLES

Médico del Hospital Clínico, de Barcelona

Con el nombre de hiposfixia se conoce un síndrome bien estudiado por MARTINET y que descrito esquemáticamente consiste "en una debilidad habitual o a lo menos relativa de la impulsión cardíaca, de donde resulta una circulación más lenta, una menor energía arterial y una tendencia manifiesta a la plétora venosa local o general, en ausencia de otros síntomas que demuestren afección cardíaca o pulmonar.

"El síndrome hiposfíxico está compuesto por los dos síntomas siguientes:

"1.º Hipotensión arterial absoluta o relativa tanto máxim acomo diferencial, y

"2.º Hiperviscosidad sanguínea a lo menos relativamente a la tensión arterial."

Para su busca hemos explorado la presión arterial con el esfigmomanómetro de Pachon y la viscosidad sanguínea con el viscosímetro de Hess, aceptando como máximas normales entre 13 y 17 centímetros de Hg., como término medio, considerando como francamente hipotenso a quien esté por debajo de 12, y en cuanto a la viscosidad una media de 4'5 pudiendo admitirse desde 3'8 hasta 4'5 en la mujer y de 3'8 a 3'9 en el hombre.

Y dice MARTINET "En estado normal, con un sistema circulatorio indemne y en perfecto estado de equi-

librio existe una relación constante entre la tensión sanguínea (máxima radial) y la viscosidad sanguínea y esta relación es cercana a 4 (3'8 a 4'5)

Cuando se eleva por encima de esta cifra (superior a 4'5) hay que pensar en la hipersistolia, hipertensión arterial con trastorno renal, en cambio cuando la relación esfignoviscosimétrica $\frac{P_{Mx}}{V_s}$ baja notablemente por debajo de la normal (inferior a 3'7) debemos aceptar un trastorno temporal o permanente, funcional o anatómico de la circulación caracterizado por la hiposistolia absoluta o relativa, la tendencia a la lentitud circulatoria, al éxtasis, a la hipertensión venosa con todas sus consecuencias (asfixia progresiva, asistolia, lentitud en las oxidaciones, trastornos del metabolismo nutritivo etc.) existiendo la causa en el sistema cardioflebo-pulmonar, sin que sea esto absoluto, pudiendo existir algunos casos en los que la relación esfignoviscosimétrica sea la normal y existan lesiones cardiopulmonares y vasculo-renales."

Buscamos primeramente la máxima o sea la potencia sistólica, e inmediatamente la mínima o sea el diástole.

Restando de la máxima la mínima, tendremos la diferencial a la que se ha considerado como "proporcional a la potencia cardíaca, a la fuerza del sístole, al tamaño de la onda sanguínea."

Importantísima es pues la diferencial y en ella se apoya MARTINET para obtener un factor en la investigación del síndrome hiposfíxico.

En estado normal su valor medio está comprendido entre 5 y 7 centímetros de Hg. del Pachon.

El otro factor nos lo proporciona la viscosidad. Puede esta considerarse como una constante fisiológica que oscila poco en el día sin embargo en estado patológico sufre variaciones considerables. Conocido este segundo factor nos queda solo establecer la relación entre la presión diferencial P. D. y la viscosidad V_s dividiendo la primera por la segunda $\frac{P.D.}{V_s} = 1'50$ o sea que el cociente 1'50 nos señala la media normal.

Y este número es el que nos sirve de guía, considerando como hiposfíxicos los que se hallan por debajo de él.

Para mejor claridad pondremos un ejemplo (véase caso 52) Se trata de una enferma que tiene una máxima de 10, la mínima de 7 su diferencial será $10 - 7 = 3$ y la viscosidad es de 4'5. El coeficiente esfignoviscosimétrico o sea el resultado de dividir la diferencial por la viscosidad nos dirá si está o no en hiposfixia según sea su resultado menor o mayor de 1'50. $3 : 4'5 = 0'66$ evidentemente muy por debajo de la normal y por lo tanto en acentuada hiposfixia.

Expuesto ya, en que consiste la hiposfixia y como se investiga, diremos algunas palabras acerca de la hipotensión que siempre la precede, acompaña y condiciona.

Señalaremos primero que la debilidad del miocardio es un fenómeno frecuentísimo en clínica el cual tiene por efecto reducir la circulación favoreciendo las congestiones venosas.

La cantidad de sangre normal contenida en el torrente circulatorio, puede estar mal repartida, siendo

el territorio abdominal el gran reservorio del organismo..

Un trastorno cualquiera que favorezca la congestión abdominal producirá un déficit en la tensión arterial y por lo tanto hipotensión.

Pero esta misma hipotensión se ha comprobado al parecer, que es a su vez un excitante de la vaso constricción normal teniendo con ello a corregir la vaso dilatación abdominal primitiva y por lo tanto la vuelta al equilibrio.

Pero esta misma hipotensión se ha comprobado al sano y no está fatigado, ni ha perdido la energía, siendo entonces su potencia suficiente para vencer, y poner la circulación al estado normal a condición de que el estado de hipotensión haya durado poco. Si esta hubiese durado algún tiempo disminuiría la nutrición del corazón que parece depender en gran parte de la presión arterial, y con ella la debilidad del miocardio hace su aparición.

“Los trastornos en la inervación vagosimpática son con gran frecuencia resultado de la hipotensión y las glándulas de secreción interna que tanta relación tienen con este sistema nervioso, mal irrigadas y mal nutridas entran en hipofunción, por esto todos los enfermos con hiposfíxia presentan también síntomas de insuficiencia pluriglandular y conduce siempre al fracaso la terapéutica opoterápica, si no se trata convenientemente, con la misma, el estado de hipotensión y de hiposfíxia que el enfermo presenta”.

El funcionamiento anormal de los centros superiores (bulbo) puede conducir a la hipotensión, así como también puede conducir a ella la acción de ciertas sustancias al actuar sobre la inervación de la musculatura lisa de los vasos, tal ocurre por ejemplo en el curso de las infecciones.

Expuesto ya algunos de los mecanismos de hipotensión, diremos que el síndrome hipofísxico comprende muchos tuberculosos, la mayor parte de los neurasténicos, las insuficiencias glandulares, la insuficiencia cardio-vascular, la pulmonar, los intoxicados crónicamente y múltiples afecciones crónicas.

La comprobación de este síndrome nos dá una buena orientación terapéutica y nos permite tener éxitos donde lo más corriente es fracasar.

Nos explicamos así, el porque las opoterapias aun bien indicadas no producen efecto y el porque los diversos tratamientos no conducen a la curación o a lo menos a la mejoría de los pacientes si preocupados en la sintomatología clínica olvidamos el estudio de la hipotensión y con ella la hiposfíxia.

Desde luego es lógico admitir que cuando haya una deficiente circulación arterial habrá una mala ventilación pulmonar y la sangre no se oxigenará como sería conveniente y esta sangre deficientemente oxigenada al llegar a la intimidad de los tejidos no los nutrirá ni efectuará las combinaciones como lo haría si estuviese en normales condiciones, las oxidaciones serán menores, los productos de desasimilación incompletamente quemados y el organismo cargado de venenos irá enfermando más y más ya que las toximas circulantes

contribuirán a la vaso dilatación arterial, esta aumentará la hipertensión la que a su vez actuará sobre la oxidación sanguínea disminuyéndola.

El cuerpo en general está afecto de un sin número de síntomas diversos cuya agrupación para formar una entidad clínica morbosa no podrá hacerse con facilidad, sino que se tendrán síntomas comunes a variadas afecciones que demostrarán lesión en diferentes órganos y todos en hipofunción.

Resumiendo estas ideas, diremos que se empieza por hipotensión, sigue la menor oxidación sanguínea; como consecuencia de ambas, mala nutrición de los tejidos y por lo tanto defectuoso funcionamiento endocrino, mayor cantidad circulante de productos de desasimilación incompletamente quemados y como último resultado enfermedad.

No pretendemos estar en lo cierto pero el estudio de los casos que a continuación siguen nos dan luz suficiente para inclinarnos a aceptar como buenas estas ideas.

Los enfermos estudiados no son escogidos con el intento de querer demostrar nuestra manera de pensar, sino que son todos los que he podido disponer, comprendiendo 55 casos de afecciones diversas: con el objeto de no alargar extraordinariamente este trabajo no haré la historia clínica detallada de cada uno sino que solamente indicaré el diagnóstico clínico.

Tampoco hablaré con detalles de la terapéutica seguida, pues el tema no es el tratamiento del estado hipofísxico, sino investigación de la frecuencia con que la hiposfíxia se presenta en clínica.

Los enfermos son los siguientes:

Caso n.º 1.—Martín R., 35 años Sifilis secundaria (papulosa, algias, cefalalgias, sordera)

Mx. 10; Mn. 6'5; Diferencial 5'5; Viscosidad 4'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{3'5}{4'5} = 0'77$.

Hiposfíxia.

Caso n.º 2.—Salvador A., 18 años, afecto de Prurigo de Hebra.

Mx. 12; Mn. 6'5; Diferencial 5'5; Viscosidad 5'4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5'5}{4'4} = 1'62$.

Normal.

Caso n.º 3.—José E. 45 años. Eczema crónico generalizado desde hace 28 años, con períodos de recaída y de aparente curación.

Mx. 15; Mn. 6'5; Diferencial 6'5; Viscosidad 5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6'5}{5} = 1'30$.

Normal.

Caso n.º 4.—Pedro M. 71 años. Eczema generalizado.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 6'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{6'5} = 0'61$.

Hiposfíxia.

Caso n.º 5.—Joaquina M. 19 años. Eritema pernio-ulcero (sabañones).

Mx. 14; Mn. 8; Diferencial 6; Viscosidad 6'8.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{5'8} = 1'0$.

Hiposfíxia.

Caso n.º 6.—Julían S. 37 años. Eritromelalgia? Raynaud?
Mx. 13; Mn. 9; Diferencial 4; Viscosidad 5'4.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'4} = 0'76$.
Hiposfixia muy marcada.

Caso n.º 7.—José C. 62 años, albañil. Afecto de dermatitis profesional en las manos con trastornos ungueales (onicogriposis).

Mx. 13; Mn. 8; Diferencial 5; Viscosidad 6'5.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{6'6} = 0'74$.

Hiposfixia acentuada.

Sometido a tratamiento mediante inyecciones subcutáneas de oxígeno, después de haber recibido seis de ellas, de algo más de un litro cada una, la curación local de la piel es evidente y las uñas acusan gran mejoría, tomando un aspecto de sanas.

Explorando nuevamente presentó:

Mx. 12; Mn. 5; Diferencial 7; Viscosidad 5'8.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{7}{5'8} = 1'20$.

Ha mejorado notablemente este coeficiente, correspondiendo al estado general, más energías, más fuerza, más disposición para el trabajo, habiendo sido este motivo el que ha hecho abandonar el tratamiento, No es considerado aún como curado.

Caso n.º 8. Juan P. 54 años, Tabes dorsal.
Mx. 14. Mn. 8'5; Diferencial 5'5; Viscosidad 4'7.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5'5}{4'7} = 1'17$.
Hiposfixia.

Caso n.º 9.—Juan S. Hemorragia crónica, astenia, fatiga fácil, potencia sexual muy disminuída

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 5'2.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'2} = 0'76$.

Hiposfixia acentuada.

Caso n.º 10.—Teresa B. Psoriasis.

Mx. 10; Mn. 5; Diferencial 5; Viscosidad 6.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{6} = 0'83$.
Hiposfixia.

Caso n.º 11. Emilia S. Endoarteritis cerebral por lues, hemiparesia.

Mx. 10; Mn. 3; Diferencial 5; Viscosidad 5'5.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{5'5} = 0'90$.

Hiposfixia.

Después de cuatro inyecciones de 914 en total 1'80 grs. y 10 intramusculares de hidróxido de bismuto señala la exploración.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 5'5.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{5'5} = 0'99$, sigue en hiposfixia.

Caso n.º 12.—Ramón M. 52 años. Lues latente. Wassermann positivo. Prurigo localizado en las piernas con puntos de liquenificación.

Mx. 11; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 6'8.
Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{6'8} = 0'73$.

Hiposfixia.

Empieza un tratamiento con neosalvarsan tomando en total 2'25 grs. y 10 inyecciones de bismuto.

Desaparece el prurigo y la liquenificación y se procede a nuevo examen.

Mx. 12; Mn. 6; Diferencial 6; Viscosidad 4'5.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{4'5} = 1'33$.

Se le aconseja un descanso de dos meses en el tratamiento; durante él se acatarró y aparece una bronquitis aguda que le tiene en cama con fiebre. Se presenta a la consulta en plena convalecencia, aquejando otra vez picores, astenia y algias. W. +.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 4'5.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'5} = 0'88$.

Reaparición de la Hiposfixia.

Reemprende el tratamiento con 4 grs. 914 y 10 inyecciones de bismuto, presentando al terminarlo.

Mx. 12; Mn. 6'5; Diferencial 6'5; Viscosidad 4.

Coeficiente esfigmo viscosimétrico $\frac{5'5}{4} = 1'30$.

Se tratará ahora la hipotensión.

Caso n.º 13.—Florencia Ll. 30 años. Placas esclerodermias.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 4'8.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'8} = 0'83$.

Hiposfixia.

Caso n.º 14.—Martín M. 34 años. Urticaria.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 4'5.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'5} = 0'88$.

Hiposfixia.

Caso n.º 15.—Alejandro A. 36 años. Sífilide tuberculosa.

Mx. 11; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 4'5.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4'5} = 1'08$.

Presenta este enfermo esfigmolabilidad o sea variaciones en la máxima de un día a otro habiendo llegado a encontrar 15, después de 5 análisis en días sucesivos y todos a 11 Hiposfixia.

Caso n.º 16.—Insto P. 20 años. Esclerosis inicial de 15 días fecha.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 4'6.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'6} = 0'86$.

Hiposfixia.

Caso n.º 17.—Antonio S. 30 años. Impotencia viril, neurastenia.

Mx. 12; Mn. 7; Diferencial 5; Viscosidad 4'4.

Coeficiente esfigmo viscosimétrico $\frac{5}{4'4} = 1'13$.

Hiposfixia

Caso n.º 18.—Alfredo M. 25 años. Lues latente.

Mx. 12; Mn. 5; Diferencial 7; Viscosidad 4'3.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrica $\frac{7}{4'3} = 1'62$ algo por encima de la normal.

Caso n.º 19.—Francisco M. 73 años. Prurigo senil.

Mx. 13; Mn. 7; Diferencial 6; Viscosidad 5'5.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{5'5} = 1'09$.

Hiposfixia.

Caso n.º 20.—Adelina N. 50 años. Tuberculosis verrugosa pierna y pie izquierdos.

Mx. 12; Mn. 7; Diferencial 5; Viscosidad 5'90.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{5'9} = 0'90$.

Hiposfixia.

Caso n.º 21.—Leonor C. 39 años. Eritema nudoso.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 4'6.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'6} = 0'86$.

Hiposfixia.

Caso n.º 22.—Rosa A. 50 años. Gomas muñeca.

Mx. 13; Mn. 7; Diferencial 6; Viscosidad 8.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{8} = 0'75$.

Hiposfixia.

Caso n.º 23.—Arturo V. 29 años. Impotencia sexual.

Mx. 11'5; Mn. 6; Diferencial 3'5; Viscosidad 5'2.

Coeficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5'5}{5'2} = 1'05$.

Hiposfixia.

Caso n.º 24.—Vicenta P. 35 años. Queratosis folicular Extirpados sus ovarios.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5} = 0'80$.

Hiposfixia.

Caso n.º 25.—Juán V. 11 años. Ictiosis generalizada desde los cuatro años.

Mx. 9; Mn. 5'5; Diferencial 3'5; Viscosidad 3'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{3'5}{3'5} = 1$.

Hiposfixia.

Caso n.º 26.—Gloria P. 21 años. Lupus cara y cuello.

Mx. 13; Mn. 8; Diferencial 5; Viscosidad 4'7.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4'7} = 1'06$.

Hiposfixia.

Caso n.º 27.—María M. 16 años. Lupus cara desde 8 años.

Mx. 10'3; Mn. 7; Diferencial 5'5; Viscosidad 3'4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{3'5}{3'4} = 1'03$.

Hiposfixia.

Caso n.º 28.—Consuelo M. 37 años. Tabes, mal perforante plantar.

Mx. 12; Mn. 7; Diferencial 5; Viscosidad 4'9.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4'9} = 1'02$.

Hiposfixia.

Caso n.º 29.—Clotilde M. 46 años. Prurigo.

Mx. 12; Mn. 7; Diferencial 5; Viscosidad 6.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{6} = 0'83$.

Hiposfixia.

Caso n.º 30.—José A. 41 años. Lues latente,

Mx. 12; Mn. 6'5; Diferencial 5'5; Viscosidad 4'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5'5}{5'5} = 1'27$.

Casi normal.

Caso n.º 31.—Gaspar R. 36 años. Raynaud.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 4'8.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'8} = 0'83$.

Hiposfixia.

Caso n.º 32.—Juan D. 43 años. Hemiplegía por endoarteritis sífilítica.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 5'2.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'2} = 0'76$.

Hiposfixia.

Caso n.º 33.—Carmen A. 29 años. Desde la edad de 15 años que viene sufriendo de eczema actualmente generalizado.

Mx. 13; Mn. 7; Diferencial 6; Viscosidad 4'30.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{4'5} = 1'33$

Normal.

Caso n.º 34.—Mercedes G. 6 1/2 años. Prurigo desde hace 6 meses.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 3'4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{3'4} = 1'18$

Normal? dada su edad.

Caso n.º 35.—Carmen P. 38 años. Eczema dorso manos.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 5'7

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'7} = 0'70$.

Hiposfixia.

Caso n.º 36.—Joaquín A. 13 años. Ictiosis generalizada.

Mx. 9; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4} = 0'75$.

Hiposfixia.

Caso n.º 37.—Josefa F. 31 años. Vitiligo.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 5'7.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'7} = 0'70$.

Hiposfixia.

Caso n.º 38.—Francisca C. 53 años. Eczema piernas

Mx. 12; Mn. 6; Diferencial 6; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{4} = 1'50$.

Normal.

Caso n.º 39.—Pilar S. 22 años. Dos placas esclerodermia cuello.

Mx. 12; Mn. 7; Diferencial 5; Viscosidad 4'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4'5} = 1'11$.

Hiposfixia.

Caso n.º 40.—Pantaleón C. 35 años. Placas, pelada cabeza y cara.

Mx. 13; Mn. 8; Diferencial 5; Viscosidad 3'3.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{3'3} = 0'94$.

Hiposfixia.

Caso n.º 41.—Josefa M. 31 años. Lencemia prurigogena.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 5'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'5} = 0'72$.

Hiposfixia.

Caso n.º 42.—Joaquín A. 13 años. Ictiosis generalizada.

Mx. 9; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4} = 0'75$.

Hiposfixia.

Caso n.º 43.—Magdalena G. 13 años. Onicogriposis pies.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 3'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{3'5} = 1'14$.

Hiposfixia.

Caso n.º 44.—Concepción S. 10 años. Psoriasis.

Mx. 10; Mn. 6; Diferencial 4; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4} = 1$.

Hiposfixia.

Caso n.º 45.—Mlle. Madell. A. 20 años. Tuberculosis, ganglios mesentéricos, comprobado por laparotomía.

Mx. 14; Mn. 8; Diferencial 6; Viscosidad 5'4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{5'4} = 1'11$.

Hiposfixia.

Caso n.º 46.—María J. 29 años. Eczema manos.

Mx. 11; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 3.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{3} = 1'56$.

Normal.

Caso n.º 47.—Bautista T. 17 años. Hansen.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 4'3

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4'3} = 0'93$.

Hiposfixia.

Caso n.º 48.—Matilde T. 29 años. Hansen tuberosa.

Mx. 11; Mn. 7; Diferencial 4; Viscosidad 5'5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{5'5} = 0'72$.

Hiposfixia.

Caso n.º 49.—Juan R. 23 años. Lues papulosa.

Mx. 11; Mn. 6; Diferencial 5; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{9} = 0.85$.

Hiposfixia.

Caso n.º 50. Modesta A. 25 años. Eczema cuello y orejas. Mx. 9; Mn. 5.3; Diferencial 3.5; Viscosidad 3.5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{3.5}{3.5} = 1$.

Hiposfixia.

Caso n.º 51. —Rafaela D. 40 años. Hansen tuberosa, Mx. 14; Mn. 8; Diferencial 6; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{4} = 1.50$.

Normal.

Caso n.º 52. —Adela M. 29 años. Anexitis por blenorragia. Astenia. Neurastenia.

Mx. 10; Mn. 7; Diferencial 3; Viscosidad 4.5

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{3}{4.5} = 0.66$.

Hiposfixia.

Tratada con inyecciones subcutáneas de oxígeno, la mejoría de la neurastenia es extraordinaria y su estado general excelente. Repetida la exploración da resultado.

Mx. 12; Mn. 8; Diferencial 4; Viscosidad 4.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{4}{4} = 1$.

Sigue aún la hiposfixia pero el estado general ha mejorado extraordinariamente.

Caso n.º 53. —José A. 17 años. Ictiosis generalizada. Mx. 12; Mn. 7; Diferencial 5; Viscosidad 4.7.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{4.7} = 1.06$.

Hiposfixia.

Caso n.º 54. José M. 24 años. Impotencia viril, neurastenia, espermatorrea.

Mx. 11; Mn. 8; Diferencial 3; Viscosidad 3.5.

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{5}{3.5} = 0.85$.

Hiposfixia.

Caso n.º 55. —Joaquín M. 21 años. Esclerosis inicial, adenitis, astenia, algias.

Mx. 13; Mn. 7; Diferencial 6; Viscosidad 5.6

Coefficiente esfigmo-viscosimétrico $\frac{6}{5.7} = 1.06$.

Hiposfixia.

Entre los 55 pacientes acabados de exponer hay 46 de hiposfixias, y solamente 9 que pueden ser considerados normales, o sea algo más de un 83 por 100 que presentan el síndrome hiposfixia, y solamente un 16 por 100 como normales.

Creemos con esto haber demostrado la frecuencia con que se presenta este síndrome en la práctica diaria y la importancia que tiene su conocimiento.

Suponemos que entre los casos estudiados habrá algunos mitrales y algún tuberculoso, cosa que no hemos averiguado, pues nuestro interés era saber la frecuencia con que se presentaba este síndrome y por lo tanto tenía que abarcar todos los casos.

Estos enfermos corresponden casi todos a afecciones dermosifilográficas, diversas y atribuibles a diversas causas observado en los que con regularidad seguían el tratamiento que su curación clínica coincidía con la normalidad o al aproximarse a la normalidad del coeficiente esfignoviscosimétrico, aumentando la presión sanguínea y la diferencial y disminuyendo la

viscosidad, para volver a caer en el síndrome hiposfísico si la afección sufría una recaída. El ejemplo más claro nos lo da el caso señalado con el número 12.

También nos ha llamado grandemente la atención el que entre los nuevos considerados como normales haya seis efectos de enfermedades crónicas, sin que de momento sepamos a que causa atribuirlo, pues juntamente con ellos hay otros con las mismas afecciones y son hiposfísicos, lo que nos hace creer que la lesión que sufren no está directamente influenciada por la hiposfixia.

El haber empleado como uno de los tratamientos de la hiposfixia las inyecciones subcutáneas de oxígeno, por la recomendación que de las mismas hace MARTINET, fundamentándolas en el conocimiento de la viscosidad elevada o sea en la mayor cantidad de ácido carbónico contenido en la sangre del que normalmente debería existir, supliendo con la inyección lo que la sangre no absorbe en el pulmón, lo que es muy lógico admitir, hace que las hayamos usado con preferencia a toda otra terapéutica.

Conclusiones

El estado de hiposfixia es sumamente frecuente en clínica.

Siendo este síndrome común a múltiples afecciones nos es de gran utilidad su conocimiento por facilitar-nos el diagnóstico de las mismas.

Es de fácil exploración y se busca rápidamente. Cuando se ha obtenido un poco de habilidad en pocos minutos puede conocerse.

Es al mismo tiempo una buena guía terapéutica, cuando se investiga en el curso del tratamiento.

Sería conveniente se vulgarizase su estudio con la seguridad de que el médico que se guie por los datos que la hiposfixia le señale obtendrá más éxitos de los que sin su conocimiento corrientemente se obtienen.

RESUMÉ

MARTINET fit connaître le syndrome qu'il appela Hyposphixie et qui consiste en une diminution de la valeur numérique du rapport entre la différentielle obtenue en retranchant de la pression maximum la pression minimum et en divisant ce nombre par la viscosité hématique.

Pour obtenir la première donnée nous employons le sphygmomanomètre de Pachon et pour la viscosité l'appareil de Hess. A l'état normal le quotient obtenu en divisant ces deux facteurs est égal ou presque à 1.50 considérant comme hypersphixies les supérieurs à ce chiffre et comme hyposphixies les inférieurs.

De 55 malades ainsi explorés, l'Auteur en a trouvé 46 qui étaient en hyposphixie (83 %) et rien que 9 qui pouvaient être considérés normaux, ce qui démontre la fréquence du syndrome hyposphixie en pathologie.

Il a été constaté qu'en traitant les affections de ces malades, l'amélioration clinique et celle de leur hyposphixie suivaient un cours parallèle, et que dans le cas où n'était traitée que l'hyposphixie si celle-ci s'améliorait il en était de même pour la lésion que présentait le malade.

Il est donc d'une grande utilité de connaître cette exploration, très facile à réaliser, non seulement pour le diagnostic mais encore comme orientation et guide du traitement à suivre.

SUMMARY

MARTINET made known the syndrome which he called hyposphixia consisting in a decrease of the numerical value of the relation between the differential obtained deducting the minimum pressure from the maximum one and then dividing this number by the hematic viscosity.

To secure the first finding we use Pachon's sphygmomanometer and for the viscosity Hess Apparatus. The coefficient obtained by dividing these two factors is the same or nearly 150 in the normal state, considering as hypersphixia those above this figure and hyposphixia those below it.

Of a group of 55 patients thus explored, the writer has found 46 with hyposphixia (83 %) and not more than 9 that could be considered normal. This shows the frequency of the hyposphixia syndrome in pathology. It has been ascertained that when treating the affections of these patients the clinical improvement and also that of their hyposphixia followed a parallel course and that in those instances it was not the same for the lesion which the patient showed.

It is therefore of great use to know this exploration which is very easy to perform, not only on account of the diagnosis but also as a guide for the treatment to be followed.

ZUSAMMENFASSUNG

MARTINET machte mit einem Syndroma bekannt, welches er Hyposphixie nannte und welches in einer Verminderung des numerischen Wertes besteht der Beziehung zwischen der Differentiellen, welche man erlangt indem man von, den maximalen Pression die minimale Pression abzieht, und indem man diese Zahl durch die hematische Viskosität dividiert.

Um die 1. Gegebenheit zu erlangen, gebrauchen wir das Sphygmomanometer, von Pachon und für die Viskosität den Hess'schen Apparat. Im normalen Zustand ist der erlangte Quotient, indem man diese beiden Faktoren dividiert, gleich oder beinahe auf 150 indem man als Hypersphixien die Oberen dieser Zahl betrachtet, und als Hyposphixien die Unteren.

Von 55 so untersuchten Kranken hat der Autor 46 gefunden, welchen in Hyposphixien waren (83 %) und nur 9, welche als normals betrachtet werden konnten, welches die Frequenz dartut, mit welcher das hypersphixie Syndrom auftritt.

Es ist constatiert worden, indem man die Affektionen der Kranken behandelte, dass die klinische Besserung und diejenige ihrer Hypersphixie einem parallelen Laufe folgten, und das in dem Falle wo nur die Hypersphixie behandelt wurde wenn diese sich besserte die Wunde die der Kranke aufwies dies in gleicher Weise tat.

Es ist also von grossem Nutzen diese sehr leicht zu realisierende Untersuchung zu kennen, nicht nur für die Diagnostik aber auch als Orientierung und Führer der Behandlung der man folgen sollte.

LAS VARIACIONES DE LA TASA DE COLESTERINA Y DEL NITRÓGENO RESIDUAL, INDICADORAS DEL VALOR FUNCIONAL DEL HÍGADO

por

A. RÉMOND

Catedrático de la Facultad de Medicina de Toulouse

H. COLOMBIÉS

Jefe de Clínica

El hígado, glándula de funciones múltiples y órgano el más activo en la defensa del organismo, puede lesionarse en el curso de gran número de infecciones y de intoxicaciones y múltiples son los elementos que nos permitirán juzgar su valor funcional, así como la gravedad de lesión.

No tienen todos el mismo valor, y estudiando sucesivamente las distintas funciones es cuando nos daremos cuenta de si el hígado está lesionado.

Un solo examen no es suficiente; una función puede estar alterada, permaneciendo las restantes intactas. Debemos revisar todos los elementos que constituyen la función hepática: sólo un análisis completo de la sangre, de nuestros enfermos, nos permitirá un diagnóstico y un pronóstico exacto.

Nos proponemos exponer en algunas líneas las enseñanzas que se desprenden de los trabajos efectuados en la clínica médica de l'Hotel Dieu, en estos últimos años y que se refieren al estudio de la colessterina y del nitrógeno residual.

El metabolismo de la colessterina se halla regulado por una serie de órganos: bazo, pulmón, tiroides, paratiroides, suprarrenales, etc. pero sobre todo, es el hígado el que ocupa el lugar preeminente y los datos dados por FLINT se han hecho clásicos. Se debe pues atribuir a la glándula hepática un papel fundamental en el equilibrio colessterinémico.

Hemos podido comprobar experimentalmente en el perro, que lesionando ligeramente el hígado, se eleva la cantidad de colessterina sanguínea: la célula hepática puede todavía reaccionar. Sabemos, en efecto, que el hígado posee la propiedad de destruir y formar colessterina. Desempeña, pues, un importante papel en la eliminación de este producto, y el proceso que permite esta eliminación no es nada sencillo. El hígado recibe más colessterina de la que elimina por la bilis, destruye una gran cantidad de ella. Se comprende, pues, que el hígado insuficiente elimine más colessterina que un hígado normal y que un hígado excesivamente cargado de colessterina se encuentre incapaz de transformar una cantidad equivalente a su carga.

Pero a medida que la lesión hepática se prolonga, acentuándose poco a poco, la cantidad de colessterina descende y en el período terminal, cuando la lesión celular alcanza un grado máximo, la célula no puede subvenir a las necesidades de colessterina del organismo y se comprueba hipocolessterinemia acentuada. El estado general se halla profundamente alterado y la retención es hasta cierto punto compensada por la insuficiencia del producto circulante.

Los hechos experimentales, enseñan que la ablación del bazo y de las suprarrenales traen como consecuencia una hipocolessterinemia acentuada. Estas operaciones practicadas en animales con el hígado lesionado intensamente no produce efecto alguno.

Estos resultados, que hemos obtenido, pueden compararse a los observados por el autor italiano DUCSHI; parecen asimismo semejantes a los resultados obtenidos por MANN y MAGATH estudiando la glucemia en perros hepatectomizados. La hipocolessterinemia es pues el último peldaño de la insuficiencia hepática; es un signo de lesión grave del hígado.

Hemos intentado encontrar en la clínica los resultados obtenidos experimentalmente, y hemos podido verificar en numerosos enfermos las cifras que habíamos obtenido.