

simplista creen algunos, de elevar el fondo gástrico mediante el desarrollo muscular. Es perfectamente compatible una musculatura abdominal atlética con un estómago cuyo fondo esté cerca del pubis.

La hidroterapia es muy útil, si se saben evitar los estímulos exagerados y se procura que el paciente no tenga las extremidades frías al someterse a su acción. También son coadyuvantes útiles el masaje y los baños de sol cuidadosamente dosificados.

A las múltiples orientaciones terapéuticas que sumariamente hemos mencionado se añade la necesidad de una comprensión del enfermo que permita valorar y tratar los factores psíquicos. Es también indispensable diagnosticar desde el principio a los hipocondríacos, los afectos de neurosis de angustia y los casos rudimentarios de depresión cíclica endógena.

En el tratamiento de los enfermos con "ptosis y astenia" se pone de manifiesto la necesidad de la individualización y del oportunismo terapéuticos, y se demuestra que al lado de los modernos progresos farmacológicos conserva su importancia el viejo "arte médico".

25-3-1950

EL SÍNDROME FEBRICULAR EN LA HIPERTERMIA

Dr. A. Amatller Trías

DEL confuso y vasto campo etiológico de los febrículos, haremos la diferenciación de un grupo que tiene como característica fundamental el no ser debida a infecciones.

Desde el punto de vista clínico conceptuamos la fiebre como la elevación térmica de origen infectivo y como hipertermia a la elevación térmica fruto de una disregulación del centro termorregulador, motivada por agentes no infecciosos.

La fiebre viene regida por dos hechos fundamentales:

1.º *Aumento del metabolismo basal*, sin esfuerzo muscular ni aumento de la temperatura ambiente.

2.º *Descenso relativo de la termolisis*, que motiva la sensación de frío del enfermo.

La hipertermia tiene otras dos características diferenciales de la fiebre:

1.º La elevación térmica originada por el *aporte de calor debido a las condiciones impuestas* (trabajo muscular, elevación de la temperatura ambiente).

2.º *La termolisis está al máximo.*

En la hipertermia fisiológica, colocando al sujeto en reposo y ambiente adecuado, la temperatura revierte a la normalidad.

El estudio de los mecanismos del proceso de termorregulación, *termogénesis y termolisis*, nos demuestra la gran importancia que cobra el sistema

nervioso, no sólo en la producción de calor, sino en los medios de eliminación, y especialmente en la regulación de los mismos.

Desde las conexiones cortico-talamo-hipotalámicas corroborativas de la importancia del cerebro en la termorregulación, a las picaduras productoras de elevación térmica y a los experimentos de RAUSON y MAGONE, demostrativos de que en el diencefalo hay unos centros cuya excitación adecuada desencadena los fenómenos propios de la termolisis (núcleos anteriores del hipotálamo) o bien aquellos otros fenómenos íntimamente relacionados con la producción de calor y con el fenómeno del escalofrío (núcleos posteriores) son pruebas demostrativas de que el sistema nervioso central desempeña una misión de trascendencia en el proceso de la termorregulación.

No faltan tampoco los estudios experimentales demostrativos de la gran importancia del sistema neurovegetativo en el mecanismo de la regulación térmica central (núcleos anteriores del hipotálamo que obedecen a impulsos colinérgicos y los núcleos posteriores que lo hacen a impulsos solinérgicos) sino también en la regulación periférica en virtud de los fenómenos vasculares constrictores o dilatadores.

No obstante, no se habla hoy ya de un centro nervioso controlador de la termorregulación, sino, como RAUSON y MAGONE dicen, de zonas *sensibles*, siendo las más las diencefálicas, aunque no las únicas.

Además, experimentos recientes con la destrucción del diencefalo y aun la total del simpático en el gato, no sólo lograban la reposición de la homeotermia, sino la producción de fiebre mediante sustancias pirogénicas o infecciones, junto con la existencia de sustancias causantes de elevación térmica por acción directa sobre los recambios, aumentándolos, o bien por acción físicoquímica sobre la termolisis (tiroxina, dinitrofenol, azul de metileno), demostración todo ello de que en la elevación térmica el sistema nervioso no es imprescindible.

Sin embargo, el concepto actual es de que es necesaria la presencia del sistema nervioso para la fiebre y su regulación.

Este concepto viene confirmado porque la inyección de pirifer en animales con narcosis no produce fiebre y por los experimentos de TARDIEU, que pone en contacto antígeno tífico diluido en el diencefalo, produciendo fiebre junto con un trastorno de la conciencia; en el mismo animal, a las tres semanas repite el experimento, apareciendo fiebre en grado mucho más elevado que la primera vez pero sin pérdida de la conciencia.

Esto explicaría la apirexia de los ancianos frente a determinadas enfermedades infecciosas, apirexia que sería el equivalente de la indiferencia afectiva.

Para LEFEVRE y LIEBERMEISTER, en la fiebre, *los reflejos reguladores fijan simplemente la temperatura a un nivel más elevado de lo normal*, lo que no existe en las hiperpirexias e hipertermias por la disregulación de los centros termorreguladores.

Pruebas clínicas de la fiebre nerviosa. — Según:

REILLY: En la amigdalitis y gingivitis, regularmente hay una gran reacción febril hasta de 40º; la *novocainización local* de las amígdalas y encías hace descender la temperatura a la normalidad.

LERICHE: en la flebitis de comienzo, la infiltración lumbar hace descender la temperatura a la normalidad.

S. GASSET: La anestesia estelar hace descender la fiebre postoperatoria.

En los dolores del miembro fantasma del amputado, consecutivos al neuroma del ciático en que cada crisis se acompaña de una elevación térmica de 40º. La defervescencia térmica va acompañada de la cesación de la crisis dolorosa.

Afecciones orgánicas acompañadas de hipertermia. — Las hay propias del sistema nervioso (tumores, hemorragias meníngeas y cerebrales, fracturas de cráneo, gran mal epiléptico, etc.); de las glándulas endocrinas (tiroides: especialmente en la intoxicación yódica y la hipertemia posttireoidectomía); sexuales: la premenstrual; los locales (eritromelalgia y aneurisma arteriovenoso, etc.).

15-4-1950

DIFICULTADES EN LA INTERPRETACIÓN PLANIGRÁFICA DEL TÓRAX

Dr. F. Manchón

LA exploración radiográfica de cortes de tejido, llamada planigrafía, ha venido a resolver, en forma preciosa, muchos problemas de diagnóstico; pero por encima de todos se encuentra el portador de bacilos con imagen radiográfica de tórax normal o poco alterada. Es en estos casos donde la planigrafía ha encontrado su indicación más celebrada al visualizar claramente cavernas. Es evidente la trascendencia terapéutica que se deriva de tal visualización.

Corrientemente la caverna, sea del tipo que fuere, es tan clara en la planigrafía que su interpretación no ofrece duda alguna. Sin embargo, a veces no ocurre así, y la situación es azarosa. La imagen cavitaria es mal dibujada o aparece en un solo plano, o no se vé totalmente cerrada. Ante la duda se practican nuevas series planigráficas y, a pesar de todo, la incertidumbre puede subsistir.

Hay escuelas que han adoptado posturas prácticas ante este problema, que pueden ser resumidas en la siguiente frase: "La caverna que no es evidente en la planigrafía, no es caverna". Pero el enfermo tiene bacilo y un confuso campo indurativo. Se habla entonces de la tuberculosis bronquial y todo resuelto. En realidad puede existir una caverna que en la planigrafía no fué fácil de interpretar. Demostrado lo anterior por la experiencia, adoptar aquella actitud simplista no es aconsejable.