

estancados en nuestros trabajos, hemos ideado una hipótesis que nos resultó de gran utilidad. Puesto que toda la energía de que va a disponer la célula va contenida en los enlaces químicos de los HC y de las Pr (los lípidos constituyen un problema aparte), hemos supuesto que estas moléculas no pueden entrar en la célula si no llevan aquel potencial energético enmascarado por el K, que funcionaría a modo de catión de aquéllas. Si, una vez dentro, el K abandona a la molécula y sale de la célula, el potencial de aquélla quedará al descubierto y surgirá la acción, cuyo tipo va a depender de la especial estructura físico-química que rodee a la molécula. El K ha actuado a modo de "caballo de Troya".

Consecuencia lógica de tal hipótesis es que toda acción celular que curse con incremento en la energía libre irá acompañada de liberación de K. Ya hemos visto cómo tanto en la glucolisis como en la proteolisis el K abandona la célula. Esto es fundamental porque ambos procesos constituyen la principal fuente energética de cualquier función celular.

Hoy está fuera de duda que el paso de una corriente de acción por un nervio va acompañado de una salida de K. Lo mismo ocurre con la contracción de la fibra muscular, siendo de señalar que la capacidad funcional de ésta aumenta con su contenido en K (13,14) y que la intensidad de la salida del catión es proporcional a la magnitud de las contracciones<sup>13</sup>. También se encuentra en perfecto acuerdo con esta hipótesis nuestro trabajo<sup>1</sup> sobre la liberación de energía en condiciones basales y bajo la acción de la adrenalina.

#### RESUMEN.

Se hace un estudio estadístico de las relaciones cuantitativas entre los iones K y Na de los alimentos vegetales y su riqueza en calorías, glucidos y proteínas, hallándose diversos grados de correlación lineal y comentándose su posible significación.

#### BIBLIOGRAFIA

1. CEREJO SANTALÓ, R.—Rev. Clin. Esp.,
2. WILLSTÄTTER, R. y ROHDEWOLD.—Enzymologia, 8, 1, 1940.
3. PULVER, R. y F. VERZAR.—Nature (Londres), 145, 823, 1940.
4. ORIOL ONGUERA, A.—Conf. en la cátedra de Endocrinología del prof. MARAÑÓN, 24 y 25 de feb. de 1955.
5. ALONSO SAMANIEGO, J. M.—Pub. Cient. Alter, núm. 2, 1951.
6. KAMINGA, CHR. E., A. F. WILLEBRANDS, J. GROEN y J. R. ELLICKMAN.—Science, 111, 30, 1950.
7. BATT, A. A., L. L. BENNETT, J. GARCÍA y J. STEIN.—Endocrinology, 55, 456, 1954.
8. STEIN, J. D., L. L. BENNETT, A. A. BATT y C. H. LI.—Am. J. Physiol., 171, 587, 1952.
9. ELMAN, R., A. SHATZ BURTON, R. E. KEATING y T. E. WEICHSELBAUM.—Ann. Surg., 136, 111, 1952.
10. RANDALL, H. T., D. V. HABIF, J. S. LOCKWOOD y S. C. WERNER.—Surgery, 26, 341, 1949.
11. C. por WEISBERG, H. F.—"Metabolismo del agua y de los electrolitos". Artística. Buenos Aires, 1954.
12. GAMBLE, J. L., G. S. ROSS y F. F. TISDALE.—J. Biol. Chem., 57, 633, 1923.
13. LEULIER, A. y B. POMMÉ.—Presse Méd., 69, 1.353, 1934.
14. MILLARD, A.—C. R. Soc. Biol., 112, 1.415, 1933.
15. FENN, W. O.—Am. J. Physiol., 124, 213, 1938.

#### SUMMARY

A statistical study was carried out on the quantitative relationships between K and Na ions of vegetable food and its richness in calories, glucides and proteins. Various degrees of linear correlation were found; their possible meaning is commented upon.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Man stellte eine Statistik auf über die quantitativen Beziehungen zwischen den K und Na-Ionen der Pflanzenprodukte und ihren Reichtum an Kalorien, Zucker und Proteinen; man fand gewisse Grade einer linearen Korrelation und bespricht die etwaige Bedeutung derselben.

#### RÉSUMÉ

On fait une étude statistique des relations quantitatives entre les ions K et Na des aliments végétaux et leur richesse en calories, glucides et protéines, trouvant différents degrés de corrélation linéaire. On commente leur possible signification.

#### LA PREVENCION DE LA MENINGITIS POSTRAQUIANESTESICA CON MONOSMICARBAZONA DEL ADRENOCROMO

A. TELLO ORTIZ.

Comandante Médico del Hospital Militar.

C. VAN DER HOFSTADT ALBEROLA.

Cirujano del Hospital Provincial.

Alicante.

En toda raquianestesia se producen fenómenos inflamatorios meníngeos, verdaderas meningitis desde el punto de vista anatomo-patológico, que llegan a la fase de la diapedesis polinuclear, con lo que el líquido cefalorraquídeo se torna turbio por contener centenares de neutrófilos por milímetro cúbico; este fenómeno, que DEMME<sup>1</sup> acepta como constante en toda raqui, fué estudiado experimentalmente en perros por TELLO<sup>2</sup>, y confirmado en el hombre por TELLO y CARRERA<sup>3</sup>, que demostraron que a las veinticuatro horas de la inyección del anestésico<sup>4</sup> es cuando la hipercitosis es más elevada. Son las "meningitis asépticas" o "irritaciones meníngeas" de muchos autores (TERRIEN<sup>5</sup>, MARTÍN LAGOS<sup>6</sup>, LIVINGSTONE y cols.<sup>7</sup>, NUNCIATA y cols.<sup>8</sup>, WILSON y cols.<sup>9</sup>, etc.), que

si muchas veces presentan cuadros clínicos meningíticos (que pueden ir desde la cefalea moderada hasta la intensa y acompañada de rigidez de nuca, Körnig positivo, etc.), constantemente toda raquianestesia da una pleocitosis neutrófila como prueba de la inflamación desencadenada en el espacio subaracnoideo.

Estos fenómenos inflamatorios no son específicos, sino que se producen por la inyección de cualquier sustancia aséptica o inofensiva intraraquídea (DEMME<sup>10</sup>), hasta el mismo aire empleado en la ventriculografía (LÜTHY<sup>11</sup>); los resultados son en todos los casos casi idénticos, como experimentalmente ha demostrado TELLO<sup>12</sup> para el agua bidestilada o las soluciones salinas isotónicas, las soluciones de estreptomicina<sup>13</sup>, sulfamidas<sup>14</sup> o penicilina<sup>15</sup> o los sueros heterólogos<sup>16</sup>.

En anteriores trabajos hemos visto que el efecto antiinflamatorio de los llamados "antihistamínicos" puede inhibir la meningitis postraquianestésica<sup>17</sup> en la mayoría de los casos y que con la hormona adrenocorticotropa (ACTH) se obtenía también un efecto similar<sup>18</sup> desde el punto de vista anatomo-patológico, que tenía su repercusión clara en la frecuencia, intensidad y duración de la temida cefalea<sup>19</sup>.

La semicarbazona del adrenocromo (SCA)\* tiene una acción sobre la hipófisis que determina la liberación de ACTH en el sentir de PERRAULT, VIGNALON, POINSARD y BRIEU<sup>20</sup>, que la emplean para efectuar el test de Thorn con

(\*) Hemos empleado el preparado español Cromoxin, de los laboratorios Rius Garriga, que han tenido la gentileza de enviarnos muestras suficientes para el trabajo. Viene presentado en ampollas de 2 c. c. que contienen un milígramo de semicarbazona del adrenocromo.

excelente resultado, como comprueban después FERROIR<sup>21</sup>, ARTIGAS, VIDAL-RIVAS, RÍUS, RIBERA y PUIG<sup>22</sup>. La acción de este compuesto pudiera utilizarse en la prevención de las meningitis consecutivas a todas las raquianestesias.

#### MATERIAL Y MÉTODOS.

A los raquianestesiados por distintas intervenciones se inyecta después de la anestesia dosis distintas de SCA y se les interroga posteriormente sobre posibles cefaleas, independiente de observarles la presencia de algún otro síntoma meníngeo. La punción que se emplea para la inyección del anestésico, que en todos los casos fué 2 c. c. de solución de Percaina al 5 por 100, da unas gotas de líquido cefalorraquídeo que se usa para ver la citología normal de cada caso; a las veinticuatro horas se hace una nueva punción y en el líquido obtenido se estudia la citología.

Prescindimos de las cifras del líquido cefalorraquídeo antes de la inyección del anestésico, pues en todos los casos la citología fué normal: de 0 a 2 células por milímetro cúbico y todas ellas linfocitos. Para el recuento de las células empleamos siempre la cámara de Fuchs-Rosenthal y el resultado se da por milímetro cúbico.

La intensidad de la cefalea se indica por signos más (+) en la forma siguiente:

±. Cuando al interrogarles señalan ligera molestia, que seguramente no hubiese sido manifestada espontáneamente.

+. Pequeño dolor que no les molesta para hablar, recibir visitas, etc.

++. Dolor mediano, con tendencia a tener los ojos cerrados, no querer hablar, molestar la luz, etc.

+++. Gran dolor, acompañado con frecuencia de otros signos meníngeos.

—. Negativo; no hay dolor.

Resumiremos todos los casos estudiados en el cuadro siguiente:

Caso	Cantidad de SCA	Citología a las 24 horas			Cefalea	
		Núm. de cél.	Neutróf.	Linf.	Intensidad	Duración
1. <sup>o</sup>	Nada (testigo).	650	97 %	3 %	—	
2. <sup>o</sup>	Nada (testigo).	980	99 %	1 %	—	
3. <sup>o</sup>	Un mg. después de la raqui y otro a las 12 horas.	1,6	—	100 %	++	24 horas.
4. <sup>o</sup>	Idem.	2	—	100 %	—	
5. <sup>o</sup>	Un mg. después de la raqui.	3	—	100 %	—	
6. <sup>o</sup>	Idem.	3	—	100 %	—	
7. <sup>o</sup>	Idem.	1,3	—	100 %	—	
8. <sup>o</sup>	Idem.	32	70 %	30 %	+	
9. <sup>o</sup>	Un mg. 4 horas después de la raqui.	4,6	20 %	80 %	—	4 horas.
10. <sup>o</sup>	Idem.	5,2	20 %	80 %	++	15 horas.
11. <sup>o</sup>	Medio mg. después de la raqui.	36	35 %	65 %	—	
12. <sup>o</sup>	Idem.	6	30 %	70 %	—	
13. <sup>o</sup>	Idem.	2,6	—	100 %	—	
14. <sup>o</sup>	Idem.	1,3	—	100 %	—	
15. <sup>o</sup>	Idem.	4,6	10 %	90 %	—	
16. <sup>o</sup>	Idem.	29	40 %	60 %	—	
17. <sup>o</sup>	Idem.	101	75 %	25 %	+	2 horas y cede aspirina.
18. <sup>o</sup>	Idem.	5,3	10 %	90 %	—	
19. <sup>o</sup>	Idem.	3	—	100 %	—	
20. <sup>o</sup>	Idem.	3,3	—	100 %	—	
21. <sup>o</sup>	Idem.	2	—	100 %	—	
22. <sup>o</sup>	Idem.	1,3	—	100 %	—	

La solución de SCA se inyectó siempre por vía intramuscular y no se produjo fenómeno desagradable que pudiera ser imputado a este medicamento.

#### COMENTARIO.

Hemos estudiado dos clases de fenómenos post-raquianestésicos: la modificación de la hipercitosis y la presencia eventual de cefalea.

La hipercitosis normal a las 24 horas de la raqui nos la dan los dos casos testigos, oscilando de 600 a 1.000 las células, cuya mayoría son neutrófilos segmentados, como corresponde a la citología de la primera fase del exudado inflamatorio (MAS Y MAGRO<sup>23</sup>). La inyección intramuscular de medio a 2 miligramos de SCA puede inhibir de tal manera la inflamación, aséptica desde luego, que el anestésico produce en el espacio subaracnoidal, que no se llega a producir la diapedesis, o por lo menos se amaina la intensidad de dicho fenómeno:

En el 80 por 100 de los casos, la inhibición del fenómeno hipercitósico es completa, obteniendo a las 24 horas de la raqui un líquido cefalorraquídeo que citológicamente es prácticamente normal.

En el 5 por 100 (un caso, el 17.<sup>o</sup>), la inhibición es precaria, pero muy manifiesta, ya que las células son solamente un centenar.

En el 15 por 100 restante, la inhibición es muy manifiesta, ya que las células alcanzan la cifra de 2 a 3 decenas con un alto porcentaje de neutrófilos.

De la misma manera que cuando estudiamos separadamente la acción de los antihistamínicos y el ACTH hay un 15 por 100 de los casos próximamente donde el efecto frenador de la inflamación no se da en toda su extensión, aunque la inhibición reduce de 1/6 a 1/10 la cifra de células. Ignoramos a qué factores sean debidos estos pequeños fracasos de las sustancias antiinflamatorias y momentáneamente pensamos en un desconocido (y cómodo) factor individual.

En cuanto a la dosis total de SCA y su distribución en el tiempo, pensamos que debe usarse por lo menos uno o dos miligramos, que no producen alteración alguna, y acaso con intervalos de 6 horas, pero estos datos deberán perfilarse en posteriores trabajos.

De la misma manera el comportamiento del líquido cefalorraquídeo después de las 24 horas, que nos dirá si la inhibición de la meningitis fué completa en el tiempo, deberá ser objetivo de otros trabajos.

El problema de las cefaleas es mucho más complicado, en cuanto carecemos de datos objetivos absolutos, y como señala FORGUE, la mayoría de los autores no hacen mención de las cefaleas ligeras, mientras que otros anotan tanto los casos ligeros como los intensos. Así, por

ejemplo, mientras que HEBERT y cols.<sup>24</sup> dicen que sólo el 6 por 100 de sus 6.000 raquianestesiados tuvieron cefaleas. GREENE, GOLDSMITH y LICHTIG<sup>25</sup> señalan un 26 por 100. MARTÍN LAGOS<sup>26</sup> confiesa que ha tenido un 4,6 por 100 de cefaleas intensas y duraderas, "ya que las pequeñas cefalaligias apenas si son anotadas". Nosotros investigamos constantemente la presencia o ausencia de cefalea por el único procedimiento a la mano, preguntando al enfermo, con lo cual pensamos que muchos que acaso no les molestara casi nada, nos señalen una ligera cefalea. Nosotros anotamos hasta las más ligeras.

En los raquianestesiados que recibieron inyección de SCA, ha habido en total tres casos de cefaleas, que representan el 15 por 100 del total; pero merece ser repasado cada uno de los casos:

En uno de los casos (el 17.<sup>o</sup>) la SCA no logró inhibir por completo los fenómenos inflamatorios meníngeos, y las 101 células con alto porcentaje neutrófilo nos señalan la meningitis clara, aunque moderada; la cefalea de este caso fué pequeña, poco duradera, y cede muy fácilmente con un analgésico corriente.

En el caso 8.<sup>o</sup> tampoco se logró efecto completo de inhibición de la hipercitosis, y una pequeña cefalea de cuatro horas de duración, aparecida a las 20 horas, no hizo preciso tratamiento alguno.

El caso más intenso de cefaleas fué el 10.<sup>o</sup>; en éste aparece a las 12 horas, es manifiesta a las 24 (cuando hacemos la punción para estudio del líquido) y hay un líquido cefalorraquídeo hipotensor con una citología casi normal; con agua bidestilada cede la cefalea tres horas después. Hay que tener en cuenta que en este caso la inyección de SCA se puso cuatro horas después de la inyección intrarráquídea de Percaína; según datos propios todavía inéditos, la hipercitosis es manifiesta en el líquido cefalorraquídeo a las 4 horas de inyectada la anestesia, mientras que en la primera y segunda hora todavía la citología es normal; el proceso inflamatorio, la meningitis, comienza a establecerse cumpliendo los plazos de todas las inflamaciones y la diapedesis comenzará entre la tercera y la cuarta hora, habiendo culminado a las 24. En el caso estudiado, cuando se inyectó la SCA, se había producido ya un poco de diapedesis, o sea, los fenómenos inflamatorios habían llegado a esa fase que seguramente no ocurrió así en la mayoría de los casos estudiados.

Hay que recalcar que en toda raquianestesia hay un fenómeno anatomo-patológico constante, que es la hipercitosis que revela la meningitis del apellido que se le quiera poner, y otro fenómeno clínico variable que es la aparición de las cefaleas. En muchos de los casos de TELLO y CARRERA<sup>27</sup> no hubo cefalea aunque la hipercitosis a las 24 horas pasase de las 1.000 células:

en uno de nuestros casos testigos tampoco se presentó la más mínima molestia.

Pero indudablemente que en la patogenia de las cefaleas debe ocupar un lugar preeminente esa meningitis constante, que en algunos casos, vistos por todos los clínicos, tiene el cuadro completo y la gravedad inmediata y a la larga, por las secuelas, de cualquier meningitis aguda. El poder evitar la inflamación meníngea, la meningitis post-raquianestésica, ha de proporcionar por añadidura la desaparición de las cefaleas o su gran aminoramiento si hay más factores que intervengan en su patogenia. Creemos hay que ir relegando a segundo término los agotados conceptos de hiper o hipotensiones, diámetro de las agujas, tono vegetativo del enfermo, etc., para conceder atención a un fenómeno, el inflamatorio, que tiene tanta más trascendencia cuanto que podemos modificarlo y hacer que no se produzca por la acción directa o indirecta de la hormona adrenocorticotropa o de los antihistamínicos. Nuestros trabajos sólo señalan el comienzo de una etapa y ni mucho menos un punto de llegada.

Indudablemente que la SCA debe actuar sobre la hipófisis produciendo una liberación de ACTH cuando con la inyección de un milígramo de tal sustancia obtenemos un efecto antiinflamatorio superponible al que hemos logrado con la inyección de 2 a 5 miligramos de ACTH. La diferencia de precios de ambos productos, que producen un efecto idéntico, nos debe llevar a emplear de preferencia la SCA, como hoy es frecuente emplearla para efectuar el test de Thorn, en lugar del ACTH.

#### RESUMEN.

La inyección intramuscular de medio a dos miligramos de semicarbazona del adrenocromo, después de haber efectuado una raquianestesia con Percaína, es capaz de inhibir la gran hipericitosis (hasta más de las 1.000 células) que el líquido cefalorraquídeo presenta a las 24 horas de la introducción de la solución anestésica. La acción de esta semicarbazona sobre la hipófisis, produciendo ACTH, explica el fenómeno inhibitorio de los procesos inflamatorios que se dan en el espacio subaracnoidal después de la inyección de cualquier sustancia (sin intervención microbiana).

Las cefaleas postraquianestésicas, indudablemente relacionadas con la constante meningitis, disminuyen en número y en intensidad y duración con el empleo de la semicarbazona y nuestra experiencia de 20 casos sólo puede señalar una cefalea mediana cuando no se inyectó el producto a su tiempo debido.

Posteriores experiencias podrán establecer una dosificación y cronología eficaz en el empleo de este medicamento como profilaxis de la cefalea postraquianestésica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. DEMME, H.—*Fort. der Neurol. Psychiat. a. Ihrer Grenzgebiete*, 10 oct. 1953.
2. TELLO, A.—*Arch. de Med. Exper.*, 44, 15, 1951. Laboratorio, 53, 429, 1950.
3. TELLO, A. y CARRERA, B.—*Med. y Cir. de Guerra*, 4, 229, 1953.
4. TELLO, A. y CARRERA, B.—*Med. y Cir. de Guerra*, 5, 302, 1954.
5. TERRIEN.—*Bull. Med. Faris*, 38, 147, 1923.
6. MARTÍN LAGOS, F.—*Problemas que plantea la raquianestesia*, 1939.
7. LIVINGSTONE, H., WELLMAN, V., CLARK, D. y LAMBROS, V. *Surg. Gynec. Obst.*, 77, 216, 1943.
8. NUNCIATA, J., CASTELLUCIO, R. y PERALTA, A. R.—*Rev. Asoc. Med. Argent.*, 58, 819, 1944.
9. WILSON y cols.—*Jour. Med. Ass.*, 140, 1.076, 1949.
10. DEMME, H.—*El análisis del líquido cefalorraquídeo en el diagnóstico de las enfermedades del S. N.*, 80, 1936.
11. LUTHY, F.—*En Trat. de Med. Int. de BERGMANN*, V, 1<sup>a</sup>, 471, 1944.
12. TELLO, A.—*Arch. de Med. Exp.*, 13, 127, 1950.
13. TELLO, A.—*Arch. de Med. Exp.*, 14, 207, 1951.
14. TELLO, A.—*Arch. de Med. Exp.*, 14, 79, 1951.
15. TELLO, A.—*Arch. de Med. Exp.*, 15, 61, 1952.
16. TELLO, A.—*Arch. de Med. Exp.*, 15, 105, 1952. Laboratorio, 69, 227, 1951.
17. TELLO, A. y VAN DER HOFSTADT, C.—*Med. Clin.*, 6, 409, 1954.
18. TELLO, A. y VAN DER HOFSTADT, C.—*Med. Clin.*, 6, 412, 1954.
19. TELLO, A. y VAN DER HOFSTADT, C.—*Med. Clin.*, 6, 414, 1954.
20. PERRAULT, M., VIGNALON, J., POINSARD, G. y BRIEU, A.—*Sem. Hôp.*, 16, 26, 1950.
21. FERRIOR, J.—*Presse Méd.*, 42, 877, 1951.
22. ARTIGAS, V., VIDAL-RIVAS, R., RÍTUS, R., RIBERA, M. T. y PUIG, J.—*Ann. del Inst. Corachán*, 2, 1952.
23. MÁS Y MAGRO, F.—*La Hematol. aplic. a la Clin.*, 182, 1945.
24. HEBERT y cols.—*Jour. Am. Med. Ass.*, 25, 2, 1950.
25. GREENE, E. A., GOLDSMITH, M. y LICHTIG, S.—*Am. Jour. Obst. a. Gyn.*, 709, oct. 1949.
26. MARTÍN LAGOS, F.—Loc. cit.

#### SUMMARY

The intramuscular injection of half to two milligrams of adrenochrome semicarbazone, after the induction of rachianaesthesia with Percaína, is capable of inhibiting the marked hypercytosis (up to over a thousand cells), exhibited by the C. S. F. 24 hours after the introduction of the anaesthetic solution. The action of that semicarbazone on the pituitary body which results in the production of ACTH accounts for the inhibition of the inflammatory conditions occurring in the subarachnoid space after the injection of any substance.

Headaches following rachianaesthesia, which doubtless are in relation to consistent meningitis, decrease in number, in severity and in duration with the use of semicarbazone. In the 20 cases studied by the writers there was only one case of slight headache.

Subsequent experiments will establish an efficient dosage in the use of this drug as prophylactic of post-rachianaesthetic headache.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Die intramuskuläre Injektion von 1/2-2 mg. Semicarbazone des Adenochroms kann, wenn man vorher eine Lumbalanaesthesia mit Percaína gemacht hat, die grosse Hypercytose (bis zu mehr als Tausend Zellen), welche der Liquor 24 Stunden nach Einführung der Narkoselösung aufweist, hemmen. Die Wirkung dieses

Semicarbazons auf die Hypophyse mit Erzeugung von ACTH erklärt die hemmende Aktion auf die entzündlichen Prozesse, die im subarachnoiden Raum nach Injektion irgendeiner Substanz auftreten.

Die Kopfschmerzen, die nach der Lumbalanaesthesia auftreten, stehen zweifelsohne im Zusammenhang, mit der stets vorhandenen Meningitis; sie nehmen bei Verwendung des Semicarbazons an Zahl, Stärke und Dauer ab. Bei 20 von uns behandelten Fällen sahen wir nur einmal Kopfschmerzen von mittlerer Stärke.

Weitere Experimente dienen zur Aufklärung über die wirksame Dosis dieses Medikamentes zur Prophylaxe der Cephalea nach Lumbalanaesthesia.

#### RÉSUMÉ

L'injection intramusculaire d'un demi à deux milligrammes de sémicarbazone de l'adrénochrome, après la réalisation d'une rachianésthésie avec percaïne, est capable d'inhiber la grande hypercitose (jusqu'à plus de 1.000 cellules) que le LCR présente 24 heures après l'introduction de la solution anesthésique.

L'action de cette sémicarbazone sur l'hypophyse, produisant ACTH, explique le phénomène inhibiteur des procès inflammatoires qui se produisent dans l'espace subarachnoïdien, après l'injection de n'importe quelle substance.

Les céphalées postrachianestésiques, sans doute en rapport avec la constante méningite, diminuent en nombre, en intensité et en durée par l'emploi de la sémicarbazone. Dans notre expérience de 20 cas il n'y eut qu'une céphalée moyenne.

Des expériences postérieures établirent une dose efficace dans l'emploi de ce médicament comme prophylaxie de la céphalée postrachianestésique.

molestias, separadas por intervalos generalmente más duraderos, en los que el enfermo suele estar libre de síntomas, encontrándose perfectamente bien. El dolor es de localización varia, más o menos tardío con relación a las comidas, desapareciendo o suavizándose con la ingestión de "cualquier cosa", incluso agua, y sobre todo de alcalinos. El apetito suele estar bien conservado, las comidas "sientan bien" y el enfermo suele ser un estreñido habitual, sobre todo en las épocas de molestias. Muchos de ellos nos afirman que "... si no fuera por el dolor no consultarían, ya que en él radica su única molestia".

En nuestro ejercicio profesional nos es posible observar con muchísima frecuencia la enfermedad ulcerosa, y en el 90 por 100 aproximadamente de nuestros casos el cuadro es absolutamente típico o tiene muy pequeñas particularidades no dignas de tenerse en cuenta.

Lo que ocurre muchas veces es que el enfermo, bien por su deficiente autoobservación, bien por su insuficiente explicación (timidez, miedo) o en algunos casos por su exagerada verborrea o sumo detallismo (enfermo del papelito de JIMÉNEZ DÍAZ), deforma el cuadro de tal manera que sólo un interrogatorio bien "orientado" (que es distinto del interrogatorio "dirigido" o "insinuante", tan funesto en Medicina) puede sacar a la luz un síndrome absoluto y totalmente típico.

Estaría fuera del objetivo que en este trabajo nos hemos señalado el exponer las causas que en muchos de los casos "enmascaran", lo que fácilmente es distinguible como cuadro típico ulceroso; pero no debemos olvidar la distinta sensibilidad al dolor de cada uno de nuestros pacientes, unos hiposensibles, con un dintel sensitivo-doloroso muy bajo, mientras que otros son manifiestamente hipersensibles.

Al lado de ese 90 por 100 de ulcerosos con anamnesis típica de nuestra experiencia, hay un 10 por 100 cuya historia es, por bien que esté hecho el interrogatorio, totalmente, o por lo menos en gran parte distinta, a lo que podríamos llamar "cuadro tipo" de la enfermedad ulcerosa.

La importancia de estos cuadros atípicos es tal que resulta un poco pueril el querer resaltarla. La enfermedad ulcerosa puede tener, localmente, unas complicaciones de carácter grave, letales, si se abandonan a su evolución espontánea, hasta en pocas horas, que casi en su totalidad son tributarias de decisiones quirúrgicas inaplazables. Estamos hablando de la perforación ulcerosa en cavidad peritoneal y de la hemorragia masiva y persistente, accidentes frecuentes en los ulcerosos y del dominio único y exclusivo de la cirugía de urgencia (aunque actualmente parece ser se abre camino, cada vez más, la terapéutica conservadora de los perforados con el método de la aspiración continua, coincidiendo con la opinión recientemente

#### LA ANAMNESIS ATÍPICA EN LA ULCERA GASTRODUODENAL

J. DE DIOS JIMENA (hijo).

Córdoba.

#### INTRODUCCIÓN.

A pocas afecciones se les atribuye generalmente un cuadro tan estereotipado como a la enfermedad ulcerosa. Ciertamente, la sintomatología es en bastantes casos sumamente parecida y los enfermos presentan monótonamente el cuadro que clásicamente se describió y sobre cuyo carácter cíclico tanto insistieron desde el principio autores como SOUPAULT, MATHIEU, MOYNIHAM, etc.: temporadas estacionales de