

ten klinisch 2, und bei den beiden anderen trat eine Besserung ein, bei einem von ihnen jedoch nur vorübergehend, denn kurz danach trat wieder ein akuter Schub auf. Anschliessend an diese Daten bespricht man die Wirkung des Extraktes auf die klinischen, und hämatologischen Krankheitszeichen und stellt einige Betrachtungen über die Verfälle und Modalitäten der Behandlungsweis an.

RÉSUMÉ

On expose 11 histoires cliniques d'autant d'autres malades traités avec extrait "R". Chez l'un d'eux, avec pseudo-rhumatisme tuberculeux, le résultat est nul. Les dix qui restent souffrent de rhumatisme infectieux spécifique: six en période aigüe, et quatre en phase chronico-récidivante. Les premiers, deux d'entre eux résistants à la thérapeutique salicilique, s'améliorent extraordinairement pendant le premier cycle du traitement. Des deuxièmes, résistants de même à cette médication ainsi qu'à d'autres, deux guérissent cliniquement et les deux autres s'améliorent, l'un d'eux seulement apparemment, puisque peu de temps après il présente un bourgeonnement aigu. A la suite, on passe en revue l'effet de l'extrait sur les signes cliniques et hématiques de la maladie et on fait quelques considérations en ce qui concerne les incidents et modalités du traitement.

LA BELLADONA COMO ANOREXICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

L. RIVERA PÉREZ

Médico por oposición de Sanidad del Aire, y del Hospital Provincial de Alicante.

Las restricciones dietéticas constituyen en el tratamiento de la obesidad medidas, si bien no exclusivas, si generales y coadyuvantes del resto de las empleadas en cada caso particular.

Actualmente carece de valor la antigua clasificación patogenética de la obesidad en endógena y exógena, y se admite como causa fundamental del disturbio la señalada por BERGMANN de una hiperlipofilia tisular de fondo constitucional, sobre la cual pueden influir como factores secundarios los endógenos (endocrinos) y exógenos (hábito alimenticio, pereza). Por eso al tratamiento dietético no se le puede considerar como patogenético, a no ser como profiláctico, en aquellos raros casos de obesidad desencadenada por una habitual sobrealimentación reiterada en sujetos constitucionalmente pre-

dispuestos. A pesar de ello, el tratamiento dietético de la obesidad es medida general aconsejada por todos los autores, y es natural que así sea, pues en tanto no podamos actuar sobre el nódulo patogénico fundamental (hiperlipofilia tisular), sería absurdo atacar los factores secundarios a excepción del cebamiento, factor constante en la obesidad establecido por entraña en juego del fenómeno de "bahnung" o facilitación y aumento de apetito constante en todos los obesos.

Al pretender llevar a la práctica las medidas de reducción dietéticas, nos encontramos con grandes dificultades, ya que la mayoría de los enfermos no pueden soportar estas dietas reducidas, unos por los trastornos que la falta de glucosa tisular disponible, exponente de la resistencia a movilizar reservas de estos sujetos, les ocasiona, sobre todo al principio del régimen (sensación de debilidad, mareos), y otros por la persistencia y aumento (también al principio, para disminuir más tarde) de la hiperorexia.

Estas molestias son la causa de que muchos obesos abandonen el régimen establecido y con él el resto del plan de tratamiento. Pero si reflexionamos un poco sobre esta cuestión, nos damos cuenta de que la mayoría de los obesos no pueden soportar estas dietas reducidas, no por la sensación de debilidad consecutiva al "hambre vegetativa" tisular, trastornos que por lo demás son fáciles de evitar, regulando la intensidad de la restricción y proporcionando frecuentemente pequeñas cantidades de azúcar sin sobrepasar la cantidad calórica global calculada para el día, sino por la persistencia de la hiperorexia que da paso a esa sensación penosa de tener que renunciar a ingerir una determinada cantidad de alimentos por la que se siente gran apetencia.

Con gran fuerza de voluntad resisten los obesos las dietas hipocalóricas, y son muy pocos los perseverantes. La mayoría abandonan pronto el régimen y hasta el resto del tratamiento. Todo el que posea alguna experiencia sobre el tratamiento de estos enfermos, conoce lo difícil que resulta mantenerlos en un régimen restringido, y como la causa de ello radica en la imposibilidad del obeso de resistir la tortura que le produce el apetito insatisfecho. De aquí la esperanza con que se recibe todo nuevo tratamiento que haga adelgazar sin restringir el régimen alimenticio. Dejando aparte la utilidad de estos medicamentos, como, por ejemplo, la Beta-fenilisopropilamina, recientemente introducida en el tratamiento de la obesidad, y con la cual hemos obtenido excelentes resultados, de acuerdo con el resto de los autores que la han empleado, creemos son muy útiles todavía las dietas hipocalóricas como base del tratamiento de la obesidad.

Si conseguimos hacer desaparecer el apetito de estos enfermos, habremos resuelto el problema antes señalado. Los métodos fisiológicos apli-

cados a tal fin, ingestión de alimentos de gran volumen y poco valor calórico, para lograr una sensación de replección gástrica, el suministro de pequeñas cantidades de azúcar cierto tiempo antes de las comidas para que, subiendo la glucemia cese la sensación de hambre, el proporcionar un sabor dulce en la boca mediante caramelos, etc., etc., no ha dado grandes resultados.

Había que intentar buscar el remedio por el lado farmacológico. Lo ideal sería encontrar un medicamento que yugulase sin grandes trastornos la sensación de apetito. La pretendida acción anoréxica de la Beta-fenilisopropilamina, señalada por algunos autores para explicar su acción en la obesidad (ROSENTHAL y SOLOMON, MYERSON y RITVO), no ha podido ser comprobada por MAC-LAGAN, ni entre nosotros por BLANCO SOLER y colaboradores. En nuestra experiencia tampoco hemos visto disminuir el apetito con el uso exclusivo de este medicamento, aunque no negamos la posibilidad de una ligera disminución no utilizable para los fines aquí señalados. Recientemente, GALTON, SEGAL, STEIMBERG y SCHECHTER, atribuyendo también a persistencia del apetito el que los obesos no cumplen las medidas dietéticas que se les imponen, se muestran partidarios de usar como anoréxico la d-anfetamina a dosis de 15 miligramos, que se sube paulatinamente a 30, pues produce habituamiento. Ya con anterioridad se había intentado con el mismo fin el uso de la digital, belladona, glucosa, etc.; así GREENE ha ensayado la tintura de belladona a dosis de 10 gotas tres veces al día, y ha obtenido en el 89 por 100 de sus casos entre obesos y diabéticos una disminución del apetito suficiente para permitir la eficaz aplicación de las restricciones alimenticias necesarias.

NUESTROS ENSAYOS CLÍNICOS CON LA BELLADONA.

TÉCNICA Y RESULTADOS. — Alentados por los ensayos de GREENE, hemos empleado la tintura de belladona como anoréxico en los obesos y hemos obtenido en el 100 por 100 de los casos unos resultados tan satisfactorios, que hemos considerado pudiera tener interés su comunicación.

Nuestra casuística se extiende a 14 casos, distribuidos de la siguiente forma: Primer Grupo: tres casos de sujetos normales con ligero aumento de peso, afectos de un apetito exagerado, y a los cuales hemos utilizado como control para estudiar la acción de la tintura de belladona sobre el apetito, permitiéndoles comer con arreglo al mismo. Segundo Grupo: dos casos de sobrepeso, con aumento de apetito extraordinario, a los que hemos tratado además con otro remedio, aparte de la dieta hipocalórica. Tercer Grupo: nueve casos de obesidad de intensidad variable, de los cuales cuatro presentan buen apetito sin ser exagerado, y cinco una franca hiperorexia. Por tratarse de casos de obesidad no muy intensa, hemos creído sufi-

ciente el proporcionarles una dieta hipocalórica de unas 1.000 calorías diarias, la llamada por JIMÉNEZ DÍAZ "dieta severa", la cual, sin ser extremada, hemos podido comprobar que dejaba insatisfechos a todos nuestros casos si no mitigábamos el apetito con belladona.

La técnica de empleo de la tintura de belladona como anoréxico ha sido la siguiente: comenzar por dosis variable de 10 gotas dos o tres veces al día, según la intensidad del apetito. Una vez conseguida la anorexia, bajar el número de tomas (de 10 gotas), hasta el mínimo necesario para soportar el régimen restringido con sensación de saciedad suficiente. Mantener esta dosis óptima hasta que la sequedad de boca se haga intolerable, y suprimir cuando así ocurra, o en caso de que la anorexia producida sea suficiente para soportar el régimen sin tomar el medicamento durante un cierto tiempo. Después de la supresión de éste, observar si se recupera el apetito y en qué intensidad, y según el mismo volver a empezar después de un descanso variable, según cada caso particular (ritmo de adelgazamiento necesario, intensidad de apetito, susceptibilidad a la sequedad de boca, etc.).

Además, y para hacer un tratamiento más energético, les hemos suministrado a la mayoría Beta-fenilisopropilamina según la técnica de BLANCO SOLER de 20 miligramos diarios en ciclos mensuales de unos veinte días, y tanteando la tolerancia los tres primeros días con dosis menores. En algunos casos hemos utilizado la opoterapia hormonal, ioduros, etc. Por encontrarse todavía muchos casos en el curso de su tratamiento, no podemos sacar conclusiones globales de largo plazo respecto a las medidas tomadas, pero en todos ellos hemos podido apreciar los efectos favorables de la tintura de belladona sobre el apetito objeto de esta comunicación.

Al indicar la intensidad del acúmulo graso y el tipo de distribución morfológica, hemos preferido para la primera, mejor que el índice de obesidad, hallar el exceso de peso en forma de porcentaje de exceso por creerlo más expresivo; de acuerdo con los autores clásicos, consideramos como sobrepeso limitante con la obesidad a un exceso de un 10 a 15 por 100, y con JIMÉNEZ DÍAZ consideramos como obesidad ligera excesos de un 20 por 100, mediana de un 20 a 40 por 100, intensa entre un 50 a 100 por 100, y extrema cuando sobrepasa el 100 por 100.

El estudio de los casos, cuyo resumen corresponde a un plazo de una a cuatro semanas de tratamiento exponemos en la tabla adjunta, nos ha permitido observar los siguientes hechos: tanto en los casos normales como en los de obesidad, hemos observado la desaparición del apetito o la disminución suficiente para poderlos someter a una dieta hipocalórica sin que les suponga gran sacrificio durante un tiempo prolongado. A excepción del caso I, en que la perdida por completo del apetito se logra el décimo

Casos	Sexo.	Edad.	Peso.	Talla.	Sobrepeso.	Apetito.	Tratamiento			Efectos anoréxicos			Efectos tóxicos		Pérdida de peso			Observaciones		
							Dieta	Medicamentos	Belladona	Comienzo	Máximo	Belladona mínima necesaria	Sequedad de boca	Estreñimiento	1.ª Semana	4.ª Semana	Promedio semanal			
1.º Grupo	I.—A. M.	M	32	78	1,71	9,8 %	Extremado	Libre	Nulo	2 veces X gts.	7.º dia	10.º dia	2 veces X gts.	Si	Si			Hiperclorhidria rebelde		
	II.—J. D.	F	23	55,3	1,54		>		>					Si	Si			Vida activa.		
	III.—C. L.	F	20	58,1	1,54	7,5 %	>		>					No	No			Vida activa.		
2.º Grupo	IV.—L. A.	F	18	68,5	1,53	13 %	>	1.000 cal.	20 mgs. B. F. Antex «Leo»				2 veces X gts.	Si	S	0,500	2,200	0,550	Vida activa.	
	V.—L. J.	F	23	63,5	1,57	11 %	>		>					Si	Si	3,500	0,875	Vida activa.		
3.º Grupo	VI.—C. B.	F	23	62	1,51	21 %	Algo aumentado		20 mgs. B. F.				1 vez X gts.	No	No	3,200			Vida activa.	
	VII.—C. A.	F	26	63	1,53	18 %	>		>				3 veces X gts.	Si	No	4,600	8,400	2,100	Vida poco activa.	
	VIII.—C. H.	F	17	85	1,65	30,7 %	>		>				1 vez X gts.	S	No	4,800			Vida poco activa.	
	IX.—S. M.	F	40	90	1,45	100 %	>		>				2 veces X gts.	Si	No	2,300	5,200	1,300	Vida sedentaria.	
	X.—D. A.	F	42	79,2	1,45	76 %	Extremado							Si	Si	4,200	6,900	1,725	Vida poco activa.	
	XI.—C. P.	F	31	66,7	1,52	22 %	>		>					Si	Si	1,900	4,700	1,175	Vida activa.	
	XII.—S. O.	F	51	93	1,45	106 %	>		>	Nulo	3 veces X gts.	2.º >	7.º >	3 veces X gts.	Si	No	4,000	6,750	1,680	Vida sedentaria.
	XIII.—E. S.	M	35	63,5	1,60	39 %	>		20 mgs. B. F.					Si	No	3,000			Vida activa.	
	XIV.—B. P.	F	14	66,5	1,45	47 %	>	900 cal.	Tiroidina	2 veces X gts.	2.º >	4.º >	2 veces X gts.	No	No	1,050			Vida activa.	

día debido seguramente a un aumento de su tono vagal, en el resto de los casos, tanto obesos como normales, la anorexia absoluta sobreviene alrededor del cuarto o quinto día en los casos ligeros, y al comienzo de la segunda semana en los casos de gran hiperorexia, pero en todos comienza la disminución ya al segundo día. Las dosis medias suficientes son de 10 gotas dos veces al día, y en los casos extremos tres veces; en algunos casos es suficiente con una sola vez, pues sin desaparecer absolutamente el apetito ya la disminución conseguida hace posible el soportar el régimen restringido sin ninguna dificultad.

Al comienzo del uso de la belladona, el efecto consiste en una sensación de plenitud gástrica precoz, por lo que la hipoalimentación se tolera bien. Más tarde el efecto es de una anorexia absoluta, y más adelante sólo en un caso (el IV) a la sexta semana produjo náuseas y asco. Una vez conseguida la anorexia, y al intentar bajar el número de tomas hasta conseguir soportar el régimen con el menor número de ellas, hemos observado gran variabilidad individual, siendo los casos de mayor apetito los que mayor número de veces necesitan tomar la belladona, como es lógico (caso XII). Al cesar de tomarla se recupera el apetito a los cuatro o cinco días, siendo en unos la recuperación total, y en otros no alcanzando la intensidad primitiva.

Los efectos de la toma de 10 gotas de tintura comienza de veinte minutos a media hora. Si se come antes de dicho tiempo, no tienen efecto; el sujeto comienza a comer con el apetito conservado, y la pérdida de éste guarda relación con la cantidad de comida ingerida, pero no con el medicamento, seguramente porque al comer antes de dicha media hora se ponen en marcha los reflejos psíquicos de la secreción gástrica que no han sido inhibidos por la droga todavía, como veremos al hablar de la interpretación de sus efectos.

Los efectos tóxicos se limitan a la sensación de sequedad de boca de una manera constante, con sed variable y en algunos casos estreñimiento. Respecto a este último, hay casos en que aumenta el estreñimiento habitual del sujeto (seguramente en los de tipo atónico) y en otros más bien lo disminuye (seguramente en los de tipo hipertónico, aparte del aumento de frutas y verduras del régimen), existiendo muchos casos en los que apenas si tiene efecto la belladona sobre el intestino clínicamente. En ningún caso hemos observado otros síntomas de intoxicación atropírica.

El estreñimiento es combatible por el agua de Cestona en ayunas. Respecto a la sequedad de boca, es en un comienzo tolerable, y conforme transcurre el tiempo, y con él el uso de la tintura, se hace más intensa, dependiendo esta intensidad del número de veces que se toma; tomando 10 gotas dos veces al día continuamen-

te, el plazo medio de tiempo en que alcanza la sequedad caracteres de intolerable oscila de cuatro a seis semanas. Existe una relación entre la intensidad de esta sequedad y la disminución del apetito, pues al dejar de tomar el medicamento desaparece aquélla en los mismos días que se recupera éste con intensidad proporcional. Esto nos indica que la atropina obra por acumulación, y en este sentido habla también el hecho de que el apetito no sólo desaparece media hora después de tomar 10 gotas de tintura, sino que cuando se lleva cierto tiempo tomándola la anorexia es permanente y se extiende también a las horas fuera de las comidas.

No hemos observado que el empleo de la Beta-fenilisopropilamina aumente el poder anorexico de la tintura de belladona. Tampoco existe contraindicación entre ambos medicamentos. En nuestros casos, más bien se han complementado perfectamente, ya que la Beta-fenilisopropilamina se opone a la desagradable sensación de astenia que producen los regímenes hipocalóricos.

En cuanto a los resultados globales sobre la marcha del peso, que tanto influye sobre el ánimo del paciente, hemos de resaltar el hecho de la gran pérdida de peso que se obtiene en la primera semana del tratamiento, tanto en los casos con régimen restringido solo (caso XII) como en el combinado con la Beta-fenilisopropilamina. En nuestros casos de obesidad, la pérdida de peso en la primera semana oscila desde 1,050 a 4,800 kg., con un promedio entre los nueve casos de 3,236 kg. perfectamente tolerada. Respecto al ritmo de pérdida posterior, decrece luego, pero no obstante es bastante intensa. Refiriéndonos al transcurso de cuatro semanas, para poder ofrecer cifras comparativas con las de otros autores, que se refieren a este espacio de tiempo aproximadamente, hemos obtenido en cinco casos de obesidad (no podemos referirnos a todos por estar todavía en curso de tratamiento y no llevar aún las cuatro semanas), cifras de adelgazamiento semanal que oscilan de 1,175 kg. a 2,100 kg., o sea, un promedio semanal entre cinco casos de 1,570 kg., cifras muy superiores a las obtenidas hasta ahora por los métodos unilaterales. Este ritmo acelerado de adelgazamiento, libre de molestias, tiene un efecto psíquico sobre el paciente muy favorable, pues hace que éste se convierta en un entusiasta de su tratamiento más que en una víctima del mismo.

A la vista de estos resultados, creemos poseer con la tintura de belladona correctamente manejada un buen medio de combatir la hiperorexia como síntoma desagradable de los obesos, y con ello posibilitar la aplicación de dietas severas sin molestia, tanto en la profilaxis como en el tratamiento de la obesidad.

DISCUSIÓN.—Los efectos de la belladona son expresión de su contenido en Atropina, que junto con la Hiosciamina, de semejantes propieda-

des, constituyen los principios activos de esta planta.

En la sensación de apetito sabemos intervenir factores tisulares (TORRO, sensibilidad tisular de PI SUÑER), humorales (hipoglucemia, DEPI SCH y HASENHOEL), psíquicos (PAWLOV, CURSCHMANN) y gástricos ("contracciones de hambre" en el estómago vacío de CANNON y CARLSON).

Ante el hecho clínico de la disminución o desaparición del apetito por la ingestión de tintura de belladona, hemos de buscar la causa o bien por su acción sobre el componente humorar del mismo o sobre el local o gástrico. Este alcaloide no produce variación alguna sobre la glicemia, como ha demostrado BERTRAN y entre nosotros GRANDE COVIÁN y DE OYA, hecho que concuerda con las experiencias de STEWART y ROGOFF, demostrativas de que la atropina no influye tampoco sobre la secreción adrenalínica de las cápsulas suprarrenales. Por el contrario, es clásicamente conocida la acción de la atropina sobre la motilidad y secreción gástrica a través de la acción sobre el s. n. vegetativo.

El vago regula los movimientos y secreción gástrica y su excitación produce un aumento de los mismos. Desde el punto de vista farmacológico, sabemos que la atropina, por parálisis de las terminaciones del vago, disminuye la secreción y motilidad del estómago, efecto tanto más ostensible cuanto mayores sean aquéllos (VELÁZQUEZ). Este efecto sobre la motilidad gástrica ha podido ser demostrado radiológicamente en la clínica humana (RIEDER, STIERLING).

Respecto a la acción de la atropina sobre la secreción gástrica, hemos de recordar los dos tipos principales de la misma: el producido por reflejo químico y el producido por reflejo psíquico. La atropina inhibe la secreción psíquica del jugo gástrico, mas no la química, sobre la cual sólo actuaría a dosis tóxicas (CLARK). En un interesante trabajo, PAWLOV pone de relieve la importancia de la secreción psíquica del jugo gástrico en la digestión normal. Si este tipo de secreción no se establece, transcurre mucho tiempo hasta que el reflejo químico produzca la secreción suficiente para comenzar la digestión, y como consecuencia de ello la evacuación se retarda considerablemente. Es decir, que si nosotros, mediante la atropina, inhibimos la secreción psíquica del jugo gástrico, aumentamos el tiempo de evacuación gástrica, o lo que es lo mismo, establecemos una sensación de plenitud o hartura mucho antes que en condiciones normales.

Para nosotros existe una relación manifiesta entre la pérdida de apetito que produce la belladona suministrada media hora a tres cuartos de hora antes de comer, con esta acción antimotora e inhibidora del reflejo secretor psíquico con el retardo de evacuación gástrica consiguiente, todo lo cual hace que la sensación propioceptiva gástrica de "vacío" que, llegada a los

centros nerviosos superiores, constituiría uno de los componentes principales de la elaboración de la sensación de apetito dejé de producirse o lo haga en grado ínfimo, por lo cual esta sensación se aminora o no se produce e incluso puede dar paso a la contraria, o sea, la de hartura.

Resumiendo: la belladona actuaría por disminución o abolición de las "contracciones de hambre" del estómago, junto con la abolición del reflejo psíquico de la secreción gástrica, lo cual ocasionaría a su vez un retardo en la evacuación de ambas variaciones y harían que la secreción propioceptiva de vacío gástrico desaparezca o se sustituya por la contraria de repleción, lo cual originaría la disminución o cese del apetito.

CONCLUSIONES.—1.^a Con el empleo de la tintura de belladona a la dosis media de 10 gotas dos veces al día (media hora antes de comer y cenar como pauta general), o una sola vez en los casos de apetito mediano, y hasta tres veces en los extremos, hemos obtenido en 14 casos (3 normales, 2 de sobrepeso o ligero y 9 obesos) la suspensión absoluta del apetito o la disminución suficiente para aplicar un régimen hipocalórico sin molestias, dependiendo de la falta de saciedad que éstos suelen producir.

2.^a La única manifestación tóxica del empleo de la tintura de belladona ha sido la sequedad de boca de intensidad variable, según la dosis empleada y tolerable en casi todos los casos; se convierte en intolerable a la cuarta o sexta semana del uso continuo de 10 gotas dos veces al día. No es constante la aparición de estreñimiento, que por lo demás se combate bien con agua de Cestona en ayunas. Estas manifestaciones cesan a los tres o cuatro días de suprimir el medicamento, el cual puede volver a emplearse cíclicamente cuantas veces sea necesario.

3.^a La disminución de apetito comienza del segundo al tercer día; la anorexia es completa al final de la primera semana. El apetito se recupera del tercero al quinto día de supresión de la tintura, alcanzando igual intensidad que al principio y en muchos casos menos.

4.^a El empleo de la belladona permite, junto con otros medios terapéuticos, acelerar considerablemente el ritmo de adelgazamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BERGMAN, G. V.—Die Fettssucht. En C. Oppenheimer, Hamdb. der Bioch., 1.^a ed., 1908.
 BERGMAN, G. V.—Patología funcional, Barcelona, 1940.
 ROSENTHAL, G., y SOLOMON, H. A.—Journ. Am. Med. Ass., 110, 512, 1938.
 MYERSON, A., y RITVO, M.—Journ. Am. Med. Ass., 107, 24, 1936.
 MAC LAGAN.—Journ. of Physiol., 90, 385, 1937.
 BLANCO SOLER, C., y PALLARDO, L. F.—Sem. Med. Esp., 14, 8, 1943.
 GOLTON, N. H., SEGAL, H. I., STEIMBER, A., y SCHECHTER, F. R.—Am. Journ. Med. Sci., 2061, 1943.
 GREEN, I. A.—Journ. of Lab. and Clin. Med., 26, 3, 1941.
 JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Enferm. de la Nutrición, Madrid, 1940.
 MORROS SARDÀ, J.—Elementos de Fisiología, Barcelona, 1943.
 DEPI SCH y HASENÖRL.—Klin. Wschr., 2011, 1926.

- PAWLOV, I. P.—Los reflejos condicionales. Madrid, 1929.
 BERTRAM.—Klin. Wschr., 46, 2172, 1926.
 GRANDE COVIÁN, F. G., y DE OYA, J. C.—Rev. Clin. Esp., 17, 9, 1945.
 STEVART y ROGOFF.—Journ. of Pharm. and Exp. Therap., 16, 71, 1920.
 BAÑUELOS, M.—Patología y Clínica del S. Neurovegetativo. Barcelona, 1930.
 VELÁZQUEZ, B. L.—Terap. y Farm. Experimental. Barcelona, 1942.
 STIERLING, E. y CHACUL, H.—Diag. Radiolog. del Tubo Digestivo. Madrid-Barcelona, 1931.
 CLARK, A. J.—Farmacología Aplicada. Barcelona, 1930.
 PAWLOV, I. P.—The Work of the Digestive Glands. Londres, 1910.

SUMMARY

i) Using tincture of belladonna in an average dose of 10 drops twice a day (half-an-hour before the midday meal) or once a day for those of small appetite and three times a day for those with a big appetite, we have obtained in 14 cases (3 normal, 2 slightly over weight and 9 obese) the absolute suppression of appetite or its lowering sufficient to allow of the application of a diet deficient in calories without the inconvenience due to lack of satiety which such diets usually produce.

ii) The only manifestation of toxicity due to the use of tincture of belladonna was dryness of the mouth which varied in intensity according to the dose used and was tolerable in almost all cases. It became intolerable from the fourth to the sixth week when 10 drops a day were used. The appearance of constipation was not constant and was in any case well combatted by taking Cestona water (Cestona; thermal spring between San Sebastian and Bilbao) on an empty stomach. These consequences disappear three or four days after finishing the course of the medicine, which can be begun again cyclically as many times as is necessary.

iii) Lowering of the appetite begins from the second to the third day: anorexia is complete at the end of the first week. Appetite is recovered from the third to the fifth day from stopping the tincture and reaches the same intensity as before and in many cases less.

iv) Use of belladonna together with other forme of treatment permits a considerable increase in the rate of slimming.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Mit der Verabreichung von einer mittleren Dosis von 2 Mal 10 Tropfen Belladonnatinktur (1/2 Stunde vor den beiden Hauptmahlzeiten), von nur einmal 10 Tropfen bei den Fällen mit einem mittleren Appetit und von drei Mal 10 Tropfen bei sehr gutem Appetit erreichten wir bei 14 Personen (3 Normalen, 2 mit leichtem Übergewicht und 9 Fettsüchtigen) einen absoluten Verlust des Appetits oder wenigstens eine starke Abnahme, um so eine Kalorien-arme Diät beschwerdefrei durchzuführen, ohne dass das Gefühl einer fehlenden Sättigung auftrat,

wie es bei solchen Diätformen der Fall zu sein pflegt.

2. Das einzige toxische Symptom der Belladonnamedikation bestand in einer verschieden starken Trockenheit des Mundes, die von der Dosis des Medikamentes abhing und in den meisten Fällen durchaus ertragbar war. Unerträglich wird dieselbe in der 4.-6 Woche des ständigen Gebrauches von 2 Mal täglich 10 Tropfen. Das Auftreten einer Konstipation ist nicht konstant; außerdem kann diese leicht mit "Cestona Wasser" nüchtern bekämpft werden. Diese Anzeichen verlieren sich 3-4 Tage nach Unterbrechung der Therapie. Man kann dieselbe cykisch wieder anwenden, so oft sie nötig ist.

3. Die Appetitabnahme beginnt am 2-3. Tage. Die Anorexie ist am Ende der ersten Woche total. Der Appetit tritt am 3.-5. Tage nach Unterbrechung der Behandlung wieder auf und erreicht entweder dieselbe Stärke wie zu Anfang oder aber oft auch einen geringeren Grad.

4. Belladonna zusammen mit anderen Medikamenten führt zu einer bedeutend schnelleren Gewichtsabnahme.

RÉSUMÉ

1. Avec l'emploi de la teinture de belladone en dose moyenne de 10 gouttes deux fois par jour (une demie-heure avant le déjeuner et le dîner comme règle générale), ou une seule fois dans les cas d'appétit moyen, et jusqu'à trois fois dans les cas extrêmes, chez 14 cas (3 normaux, 2 de surpoids léger et 9 obèses), nous avons obtenu la suppression absolue de l'appétit ou la diminution suffisante pour appliquer un régime hypocalorique sans des troubles qui dépendent du manque de satiété qu'ils produisent d'habitude.

2. La seule manifestation toxique de l'emploi de la teinture de belladone a été la sécheresse de bouche d'une intensité qui varie selon la dose employée et tolérable chez presque tous les cas: cette sécheresse devient intolérable vers la 4^{ème} ou 6^{ème} semaine d'avoir employé continuellement cette teinture en dose de 10 gouttes deux fois par jour. L'apparition de la constipation n'est pas constante, et qui d'ailleurs peut très bien être combattue avec de l'eau de Cestona prise à jeûn. Ces manifestations cessent au bout de trois ou quatre jours d'avoir supprimé la médication qui peut être employée cycliquement autant de fois qu'il soit nécessaire.

3. La diminution de l'appétit commence vers le 2^{ème} ou 3^{ème} jour; l'anorexie est complète vers la fin de la 1^{ère} semaine. L'appétit est récupéré du 3^{ème} au 5^{ème} jour après la suppression de la teinture, atteignant même intensité qu'au début et moins chez beaucoup de cas.

4. L'emploi de la belladone permet, à côté d'autres moyens thérapeutiques, d'accélérer considérablement le rythme de l'amaigrissement.

ESTUDIO CLINICO Y ESTADISTICO DE UNA EPIDEMIA DE FIEBRE TIFOIDEA EN MEDIO RURAL, CON ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE DIAGNOSTICO Y CLINICA DE DICHA ENFERMEDAD EN SUJETOS PREVIAMENTE VACUNADOS *

JOSÉ R. RODRÍGUEZ

Lucillo (León)

* Comunicación leída en el Ateneo Médico Leonés en su sesión clínica del 22 de marzo de 1945.

Contamos registrados en nuestro protocolo, observados personalmente, 106 casos diagnosticados de fiebre tifoidea; con esta ocasión, nos decidimos a presentar esta comunicación, en la que sólo nos referimos conjuntamente a 100 casos, por habérsenos presentado los otros seis después de su clasificación, lo que a grandes rasgos no modifican las deducciones obtenidas de su comparación y estudio. Sin pretensiones, calificamos a nuestro trabajo de modesto, no fijándole otro objetivo que dar a conocer los datos clínicos y estadísticos que cuidadosamente hemos ido anotando, así como nuestras reflexiones en el transcurso de nuestra observación, que comprende los años 1942, 1943 y 1944. Asimismo apreciamos que está incompleta, ya que por causas ajenas a nuestra voluntad no nos ha sido posible recabar las investigaciones complementarias de laboratorio en todos nuestros casos. Figuran resumidos en los que nos ha parecido de utilidad los informes que hemos remitido a su requerimiento y por propia iniciativa a la Jefatura Provincial de Sanidad, en donde se han efectuado la totalidad de los datos de laboratorio que en nuestra exposición hacemos referencia, y, en suma, han emanado valiosas indicaciones, de las que hemos sido modesto intérprete y ejecutor, pudiendo afrontar y resolver un grave momento sanitario en esta localidad de nuestra residencia.

Nos resta expresar desde aquí nuestro reconocimiento al personal de la citada Jefatura por sus sugerencias y comprensión.

Como aclaración preliminar, hemos de exponer que en los años 1940 y 1941, por observación personal y encuesta efectuada, no se tiene noticia de que haya existido ningún caso de fiebre tifoidea en la localidad, dato que puede hacerse extensivo a muchos años anteriores en cuanto se refiera a aparición simultánea de varios casos con semiología ni siquiera cercana a la fiebre tifoidea.

En el mes de diciembre del año 1941 se desplazó la vecina de ésta R. G., de quince años, a San Pedro de Montes (Bierzo), donde residió algunos días conviviendo con sus familiares, de los que se encontraban dos afectos de un síndrome febril, de más de treinta días de duración, que coincidía con la existencia de siete

casos más en dicho pueblo con afección similar, que posteriormente hemos sabido se trataba de fiebre tifoidea. De regreso a Lucillo, se le inicia un síndrome tífico, de características clásicas, con una seroaglutinación positiva al salmonella typhi : 1 por 200, sin otra particularidad. A partir de este caso inicial, se extiende rápidamente la afección, según se puede seguir en la figura 1, apreciando seis casos en febrero, 13

en marzo y 16 en abril; durante todo este mes se procede a la vacunación, con producto del Instituto Provincial, con una concentración de 5 millones de gérmenes por centímetro cúbico; se observó que en un total de 11 casos que enfermaron en dicho mes

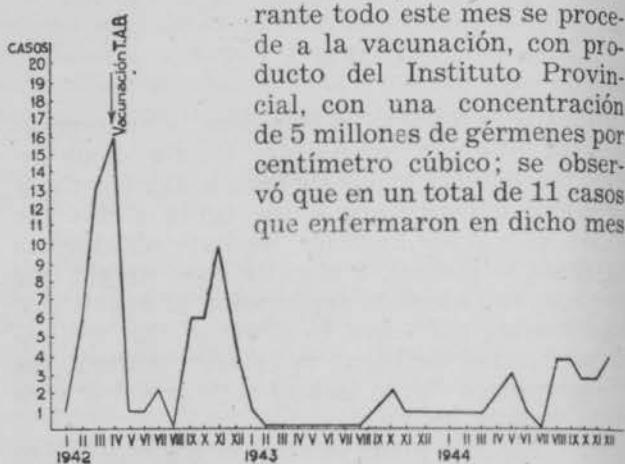


Fig. 1.

de abril, y en mayo se les desarrolló un cuadro tífico de curso grave a continuación de una de las dosis de vacuna, apreciando se le inicia la enfermedad sin que se observe ningún intervalo entre la reacción vacunal y el comienzo de la propia enfermedad; sobre este hecho insistiremos más adelante. A partir de la vacunación, se observa un descenso vertical de la morbilidad, que en los últimos meses del año vuelve a incrementarse, en un nuevo brote, enfermando pocos casos en el año 1943 y algunos más en 1944, a pesar de una nueva vacunación. Con una ojeada a la figura 1 se sigue lo expuesto sin posterior explicación.

Con esta visión superficial del desarrollo de la epidemia, y por darse la circunstancia de que cuarenta de nuestros casos estuvieran previamente vacunados con una anterioridad de tres a ocho meses, complica el tratar de dar una explicación a la pertinaz insistencia de su presentación; a este fin hemos de considerar numerosos factores, entre los que consideramos: las condiciones higiénicas en que se desenvuelve el vecino medio de la localidad, el abastecimiento de aguas, la probable persistencia de portadores de gérmenes y, por último, un pretendido fracaso de la vacunación. En cuanto a las condiciones higiénicas generales, nos limitamos a exponer que son francamente malas, por numerosos conceptos que no pretendemos analizar, por tratarse la concurrencia de colegas que en gran número han ejercido en medio rural similar al nuestro o son conocedores de sus circunstancias. Respecto al abastecimiento público de aguas, hemos estudiado con detenimiento sus características, refiriéndonos sumariamente a las que