

RÉSUMÉ

L'auteur expose son expérience personnelle au sujet du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hydracide de l'acide isonicotinique. Il repasse les doses utilisées, leurs indications, leurs résultats et il analyse sa toxicité et l'apparition de résistance. L'auteur conclue en affirmant que la Lutte Antituberculeuse a avancé avec l'apparition de cette drogue.

APROVECHAMIENTO DE LOS MOVIMIENTOS SINERGICOS Y ASOCIADOS EN LA RECUPERACION DE LAS PARALISIS

J. SIMARRO-PUIG.

Jefe del Servicio de Neurología en el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona.

Es bien sabida la dificultad experimentada por los neurólogos en la recuperación de la motilidad de la mano paralizada, tanto en parálisis centrales como periféricas, cuando estas parálisis son extensas y abarcan o afectan a la totalidad de la misma mano, tanto más si afectan a todo el miembro, como ocurre frecuentemente en las hemiplejías (de naturaleza diversa) por lesiones cerebrales extensas.

Refiriéndome directa e inmediatamente a los hechos observados en la práctica y a consideraciones lo mismo eminentemente prácticas y de aplicación clínica directa, creo que en la dificultad, a veces no superada (no raras veces), aunque no siempre sea insuperable, de recuperación de la mano paralizada, influye no sólo la lesión central extensa de vías llamadas piramidales o sistema piramidal (factor primordial y capital), sino también, y en cuantía no despreciable, otros factores, entre los que cuentan con importancia grande la rigidez en los miembros afectados (al principio de mecanismo neurológico, y que no voy a discutir si exclusivamente de sistema o mecanismo piramidal o también e incluso preponderantemente de extrapiramidal, y más tarde con complicaciones de todo el sistema locomotor, muscular, articular, etc.), y la sensación, idea o "complejo" de impotencia funcional de la parte afecta, que contribuye a dificultar la consecución de los primeros movimientos voluntarios (los involuntarios generalmente existen con mayor o menor extensión y potencia, generalmente en forma de las llamadas sincinesias). Tampoco tengo que discutir o analizar la influencia de la falta de destreza y de aprendizaje de los movimientos "perdidos" y la falta de aprendizaje de grupos neuronales habitualmente no dedicados a los movimientos

"perdidos" y que puedan venir a sustituir a los grupos biológicamente desaparecidos o perdidos en la ejecución de sus funciones motoras, aunque considero posible (si bien discutible en "calidad y cantidad") esta sustitución y muy útil quizá en la práctica.

El hecho, o por lo menos la posibilidad y aspiración al mismo tiempo, es que teniendo en cuenta tales consideraciones y posibilidades, después de la observación durante años de un material de hemiplejía muy numeroso, con la comprobación de lo anotado más arriba he intentado la utilización de tales movimientos asociados y sinérgicos en la misma recuperación y reeducación. Una de las maneras ciertamente sencillas, y que no requieren más que las manos del personal que efectúa la mecanoterapia, es el aprovechamiento de estas particularidades, y se basa en la puesta en práctica de la maniobra consistente en que el enfermo sujeta con la mayor fuerza posible un objeto no muy grueso y lo suficientemente largo para que pueda ser asido con las dos manos holgadamente (por ejemplo, un barrote horizontal de una silla o, mejor, de una cama); en general, hay que aplicar pasivamente la mano enferma, ya que carece de la facultad de contraerse activamente por completo; una vez en esta disposición, ordenar al paciente que contraiga con fuerza las dos manos, y al hacer esto llega un momento en que contrae al mismo tiempo las dos manos, lo que es muy importante se haga "ver" al enfermo, que de esta manera "ve" cómo puede contraer la mano paralizada, lo que una vez iniciado puede ya ser seguido de la repetición de la misma maniobra u otras análogas o equivalentes. Naturalmente, esta maniobra puede ser cambiada o adaptada a otras regiones y a otros movimientos y puede así ser útil para recuperar otros movimientos. Y más adelante para mejorar y perfeccionar bastantes de éstos. Siempre utilizando movimientos sinérgicos y combinados.

Recientemente he visto uno de los casos en que la puesta en práctica de estas maniobras ha sido seguida con comienzo de movimientos activos de la mano paralizada cuyos movimientos posteriormente se han venido incluso perfeccionando muy apreciablemente. Enferma de sesenta y dos años, con hemiplejía derecha completa de tipo capsular por tromboarteriosis con parálisis de mano completa, persistiendo la flacidez a los dos meses del ictus, y en la que persistía la parálisis de mano sin la menor modificación ni mejoría. Y al practicar la maniobra mencionada, aun persistiendo la incredulidad de la enferma, ha tenido que "ver" materialmente la contracción de su mano enferma, y en los días siguientes se ha repetido la misma maniobra, llegando a los tres y cuatro días a contraer la enferma la mano voluntariamente sin necesidad de que se le ordenara expresamente. Creo que es este caso, como probablemente en otros aná-

logos, el hecho de vencer la sensación y creencia de incapacidad definitiva del paciente es muy importante en la recuperación.

Asimismo, recientemente he leído con verdadero interés el trabajo de KABAT ("Restoration of function through neuromuscular reeducation in traumatic paraplejia", *Arch. Neur. Psych.*, VI-1952, 67, 6, 737), quien en traumatizados medulares con paraplejas generalmente consideradas como de muy mal pronóstico, consigue buenos resultados con excitaciones fuertes farádicas, aprovechando facilitaciones y excitaciones en masa. No es el mismo caso ni el mismo procedimiento que lo que yo aprovecho, aunque es fundado en principios comparables, y digno de ser tenido en cuenta para distintos tipos de paraplejas y otras parálisis.

RESUMEN.

Se describe un procedimiento basado en la utilización de movimientos sinérgicos y combinados para la recuperación de diversos movimientos, en especial de la mano y miembros en los parálisis.

SUMMARY

A procedure is described based on the use of combined, synergic movements for the restoration of hand movements in paralytics.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreibt eine Methode zur Wiedererhaltung der Bewegungen der Hand bei Paralitikern, die sich auf Ausnutzung der synergischen und kombinierten Bewegungen stützt.

RÉSUMÉ

En se basant sur l'utilisation de mouvements synergiques et combinés on décrit un moyen pour la récupération des mouvements de la main des paralytiques.

¿LA FORMA "SUPOSITORIO" PERMITE SUSTRAER LAS SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS AL CONTROL DEL HIGADO?

A. QUEVAUVILLER.

Jefe de Trabajos Prácticos de Farmacodinamia de la Facultad de Farmacia de París.

Y. JUND.

Doctor en Farmacia.

Numerosos argumentos han sido adelantados en el curso de los últimos años en favor de la medicación por vía rectal, y a juzgar por el éxi-

to de la forma "supositorio", no es dudoso que ellos han convencido a los clínicos gracias a los resultados terapéuticos obtenidos.

Si la eficacia de la vía rectal, y su comodidad en el caso en que las vías bucal y parenteral son imposibles o dificultosas de practicar no pueden ser dudosas, ciertas afirmaciones concernientes a las modalidades de absorción por la mucosa del recto deben ser criticadas, y en particular el punto de vista de RAVAUD¹, a menudo citado y enseñado, de acuerdo al cual la administración de medicamentos por supositorios permite evitar la barrera hepática.

El interés de esta medicación exige conocer con precisión sus posibilidades y sus límites, pues los datos de la literatura ponen a menudo en evidencia opiniones contradictorias, poco sostenidas, además, por la experimentación humana².

Nosotros hemos consagrado un estudio reciente al examen de este problema y lo resumimos aquí con el objeto de informar a los clínicos de nuestras deducciones experimentales.

La cuestión de la travesía de la mucosa rectal por las diversas sustancias medicamentosas, problema de permeabilidad, en verdad sea dicho, en relación directa con las drogas y el excipiente que las acompaña, no será examinado aquí.

Nos limitaremos a contemplar el aspecto de la distribución en el organismo de las sustancias que, administradas bajo la forma de supositorios, acaban de ser absorbidas. Es lógico que esta cuestión depende en primer lugar de un conocimiento preciso de la vascularización venosa y de la circulación linfática de la región de absorción del supositorio. Parece entonces, a primera vista, que sea bastante fácil de resolver con los solos conocimientos de la anatomía. Desgraciadamente, la complejidad de la vascularización venosa al nivel del recto, y especialmente la vecindad de vasos que conducen la sangre a la vena porta o a la vena cava, y la presencia de anastomosis más o menos importantes entre estas dos vías, hacen la discriminación muy delicada, al punto que autores como RAVAUD¹ y CESTARI⁴, partiendo del mismo criterio anatómico, terminan por conclusiones radicalmente opuestas.

Así, de acuerdo con RAVAUD:

"La largura total del recto es, en el hombre adulto, de 12 a 15 cm. de promedio, o sea 10 a 12 cm. para el segmento pelviano y 2 a 3 cm. para el segmento perineal.

En el canal anal, hay que diferenciar dos partes: una, cutánea, de 1 cm. de altura aproximadamente; la otra, mucosa. Es con la parte mucosa del segmento perineal que los supositorios se encuentran sobre todo en contacto.

El recto ofrece tres vías de absorción:

- 1.º Vía venosa directa.
- 2.º Vía linfática.
- 3.º Vía venosa por el hígado.