

teicos antes mencionados en una de las comidas, y las verduras y un huevo tres veces por semana. La modificación final de la cantidad de los alimentos permitió a los enfermos con presiones altamente satisfactorias; consistió en un huevo diario, la carne o el pescado una vez al día, los vegetales y, por fin, una patata asada o hervida al día.

Todos los pacientes perdieron peso en el transcurso de los mismos meses de tratamiento. El peso promedio se calculó en 78 Kgs. al comienzo del experimento, de 73 Kgs. seis semanas después y de 72 Kgs. a los tres meses, con una pérdida promedio de 5,5 Kgs. por paciente.

Las determinaciones de los cloruros resultaron con un promedio de 8,6 grs. antes de que empezara el régimen. Esta cifra descendió rápidamente, llegando por debajo de 1 gr. a las dos primeras semanas, y a menos de 0,5 a las seis semanas. Las modificaciones subsiguientes del régimen lograron aumentar este promedio hasta 1,31 grs. al final de los seis meses. A este respecto debe insistirse en la necesidad de imponer los exámenes de cloruros por lo menos cada dos semanas, tanto por su valor científico como por el efecto psicológico sobre los enfermos, puesto que toman esta apreciación como índice de mejoría. Sirve, además,

H HIPERTENSION

ODONTOIATRIA

El régimen de arroz en el tratamiento de la hipertensión.—Los resultados se apreciaron en 34 enfermos de hipertensión esencial, presente y estudiada por lo menos durante tres años. Se contaban 21 mujeres y 13 hombres de edad entre los treinta y cinco y los sesenta y nueve años. ... 4 hombres de edad entre los treinta y cinco y los sesenta y nueve años.

Antes de comenzar el régimen, cada paciente estuvo sometido a un examen completo que comprendía el electrocardiograma, la determinación acerca de la manera de tomar el régimen, el cual contiene, con 2.000 calorías, no más de cinco gramos de grasas y alrededor de 20 gramos de proteínas, derivadas del arroz y de las frutas, y no más de 200 mg. de cloruros y 150 mg. de sodio.

El desayuno consiste en 60 a 90 g. de arroz (pesado sin cocer) con azúcar o miel, dos tercios de un vaso de zumo de ciruela, una manzana al horno y una toronja. A las diez de la mañana se da medio vaso de jugo de naranja, con una y una naranja entera. En la comida se sirve arroz como en el desayuno, dos tercios de un vaso con jugo de naranja, plátano y manzana cruda picados, uva en cantidad y una rondaja de piña. A las

tres de la tarde, jugo de naranja, una manzana y durazno cocido. A la comida se repite el arroz y se incluyen algunas frutas, como albaricoques o higos. A las nueve se termina el día con un vaso de jugo.

Así, el paciente toma un promedio diario de 250 a 350 gr. de arroz (pesado seco). Puede emplearse cualquier clase de arroz con tal que no se haya añadido sal o leche durante la preparación. Se permiten toda clase de jugos de frutas, pero se prohíben las nueces, dátiles, aguacates y toda conserva de frutas a las cuales estén añadidas otras sustancias a parte el azúcar. Generalmente, no se toma agua, para limitar la absorción de líquidos a los 700 o 1000 c.c. de los jugos de las frutas.

Al régimen se añaden vitaminas; durante los períodos menstruales se administra algún compuesto de hierro.

Se suprime toda clase de sedantes y medicamentos. Se espera que el enfermo se mantenga en el régimen mencionado durante tres meses, a no ser que observe un descenso satisfactorio de la presión antes de este tiempo. En alguno de ellos, a causa de la edad o por razones psicológicas, fué necesario permitir alguna modificación en los alimentos antes del transcurso de los tres meses. Aquellos pacientes que si-

guieron el régimen estrictamente, con excreción satisfactoria de los cloruros, y que, sin embargo, no manifestaron el conveniente descenso de la presión a los tres meses, fueron considerados como fracasados, y se interrumpió en ellos el régimen.

Este régimen se modificó paulatinamente en aquellos con presiones descendentes durante el curso del tratamiento. La primera modificación fué la adición de un huevo una vez a la semana, media taza de vegetales no leguminosos (zanahoria, apio, col, espárragos, remolacha o espinacas) hervidos sin sal una vez al día; si se deseaba, una taza de café o de té, con azúcar, pero sin crema, una vez al día. No se añadió grasa ni sal en ninguna de las modificaciones, las cuales se continuaron durante quince días a un mes si los resultados de la presión continuaron satisfactorios. En este caso se añadieron 120 gramos de carne magra, pescado, hígado o pollo, tres veces por semana, en los días alternos en que se toma huevo. Estas sustancias se sirven al horno, a la parrilla o hervidas, pero sin sal ni sustancias cloruradas. En este momento se permitió a los pacientes dos o tres rebanadas de pan sin sal. Si los resultados continuaban satisfactorios, al siguiente mes se modificó de nuevo el régimen en sentido de permitir 120 grs. diarios de alimentos pro-

Los riesgos de las dietas insuficientes o carentes de sal

Los peligros del uso discrecional o muy prolongado de los diuréticos mercuriales configuran el síndrome de la depleción de sal. El síndrome de Thorn es, esencialmente, una nefropatía con insuficiencia renal crónica caracterizada por una excesiva pérdida de agua y sodio, alteración metabólica que lleva a estos enfermos a presentar el cuadro de la insuficiencia suprarrenal crónica en crisis aguda.

Ahora, Freiedenberg ("The New England J. of Medicine", 1950, 242, 277) vuelve a puntulizar los riesgos de las dietas pobres en sodio empleadas en los hipertensos. En síntesis: se trató de un hombre de sesenta y tres años, a quien por su hipertensión arterial se le sometió a una severa restricción de ClNa; este paciente desarrolló, como consecuencia de ello, una enfermedad de Addison y una tuberculosis miliar.

El fundamento teórico que permite sostener esta derivación del hecho de la restricción es la siguiente: es necesaria una corteza suprarrenal intacta para el mantenimiento de un metabolismo normal del sodio y para un balance eléctrico normal. Lo inverso es que una depleción del sodio sanguíneo altera este mecanismo de balance electrolítico mantenido por la corteza suprarrenal. Así, cuando la insuficiencia crónica

H HIPERTENSION

ODONTOIATRIA

El régimen de arroz en el tratamiento de la hipertensión

• II

como indicación para el observador de las posibles desviaciones del régimen por parte de los pacientes

Los valores de la presión de los pacientes se computaron a un promedio de 210 sistólica y 120 diastólica, antes de comenzar el tratamiento. A los tres meses, los promedios se contaban como 158 sistólica y 100 diastólica. Estas mismas cifras se obtuvieron al final del período de seis meses. En el 70 por 100 de los pacientes este descenso fué luego persistente. En algunos individuos del grupo se observó algún ascenso de la presión al intentar las modificaciones enumeradas en el régimen, pero nunca volvieron, ni mucho menos, a las cifras anteriores al tratamiento.

Todos los pacientes sufrieron cierta debilidad entre los días décimo y vigésimo; en muchos casos incluso estuvo acompañada de depresión de tipo psicológico, que requirió mucha habilidad por parte del médico y de las enfermeras para sobrellevarla. Este período, sin embargo, sólo

suprarrenal no puede ser demostrada, se provoca ex profeso la alteración de este balance, por medio de pruebas funcionales (una de ellas la deprivación de sodio), con lo que se pone de manifiesto dicha insuficiencia, hasta entonces latente.

Sometiendo a un paciente a una deprivación de sal por semanas continuadas, como en el caso comentado, lo que se hace es justamente sobrepasar peligrosamente los límites de una prueba funcional, alterando el mecanismo funcional de la corteza suprarrenal, lo que a su turno puede hacer disminuir los mecanismos locales de defensa, activando una tuberculosis miliar latente. Tampoco es esto sorprendente. Semejantes nódulos tuberculosos latentes son raros, según lo revelan estadísticas necrópsicas (así de 78 hallazgos de tuberculosis miliar suprarrenal, solamente tres casos habían tenido enfermedad de Addison) (Harwig y Wright, etc.).

Tal es el caso; tal el mecanismo. Y ésta la tercera aportación hecha sobre los riesgos de la deprivación severa de sal, que tan habitualmente y por largos plazos se instituye en la clínica. No es ésta ninguna censura a esta terapéutica ni a sus indicaciones, sino que sólo tiende a poner en guardia contra el hábito desaprensivo de su institución, que se ha hecho peligrosamente rutinaria. (Per "Sem. Méd.", 856, 1950.)

fué transitorio, con duración de unas dos semanas, al final de las cuales, aun sin haber modificado el régimen, el paciente se sintió más fuerte, y, a causa del descenso de la presión, mucho más animoso que al comienzo del tratamiento. Se experimentó notablemente por parte de los enfermos la ausencia de cefalagias, el más modesto de los síntomas de que se habían quejado, así como de nerviosidad, fatiga e insomnio.

Aunque estas observaciones no son lo suficientemente numerosas para fijar conclusiones definitivas, es evidente que el régimen de arroz ofrece una decisiva esperanza en la hipertensión, sobre todo si se considera que los resultados terapéuticos logrados hasta ahora no habían sido muy brillantes.

El mecanismo que determina el descenso de la presión al emplear este método no es conocido; pero todo sugiere que el ion cloro tiene su papel en forma no establecida todavía. (Contratto, "Amer Clín.", 362, 1949.)