

MADERO 34.
TELS. } 5-12-18.
 } 4-14-61.

GASTON MELO
MEDICO CIRUJANO

No.

DATOS CLINICOS.

Del 26 de diciembre de 1930 al 23 de junio de 1931.

PLUTARCO ELIAS CALLES.
General de División.
Edad.-53 años.

EXAMEN CLINICO.

Fecha.-diciembre 26 de 1930.

En los ultimos meses del año de 1922 notó que la posición en pie y la marcha después de un tiempo variable, determinaban sensaciones de pesadéz y envaramiento en las regiones anterior e interna del muslo derecho, principalmente en el tercio superior. Estas molestias desaparecian siempre por el reposo y volvía a producirlas el esfuerzo muscular en cualquiera de sus formas.

A fines de 1923 apareció además, dolor pungitivo en la región postero interna del tercio medio de la pierna del mismo lado derecho, en un trayecto longitudinal como de cinco centímetros. Dolor intenso y fugáz que se repetía a intervalos variables sin causa provocadora ostensible.

La persistencia de estos síntomas dió lugar a consultas sucesivas con distintos médicos que estuvieron de acuerdo en interpretarlos como de orden nervioso, estableciendo diversos diagnósticos: meralgia parestésica, neuritis, radiculitis, compresión nerviosa por tuberculosis vertebral, por neoplasma meníngeo etc.

En lo que toca a causas, aparte de la tuberculosis y de los procesos neoplásicos, ya señalados, buscaron de preferencia la sífilis siendo muy importante de consignar el hecho de que todas las investigaciones clínicas y de laboratorio, incluso el estudio del líquido céfalo raquídeo, hechas en varias ocasiones, dieron resultados siempre negativos.

Fué estudiado en la Clínica Mayo, en Rochester, en donde, especialistas en neurología, dotados del instrumental necesario, le practicaron exploraciones detenidas del sistema nervioso con resultados invariablemente iguales: no se encontró ningún dato patológico relativo al sistema nervioso.

Entonces se pensó que todo podría deberse a infecciones focales y se practicó la amigdalectomía y la extracción de algunas piezas dentarias sin que esto modificara en nada los síntomas.

Fué recomendado a un reputado neurólogo de N. York quien una vez más examinó el sistema nervioso, en condiciones de mayor precisión, obteniendo los mismos resultados negativos.

Posteriormente, en clínicas alemanas, fué sometido a un tratamiento por agentes físicos, balneoterapia, kinesiterapia etc., obteniéndose como resultado de ese tratamiento, o de la evolución misma del padecimiento en el tiempo transcurrido, la desaparición de los dolores de la pierna, quedando solamente las molestias en el muslo.

En 1929 apareció meteorismo parcial que deformaba el abdomen en las regiones correspondientes al ciego, colon ascendente y transversal en su porción próxima al ángulo sub-hepático y en otras veces generalizado y exagerado hasta el punto de provocar dificultad respiratoria.

Al mismo tiempo comenzó a sentir lasitud, depresión, y sensaciones de constricción torácica y ligero dolor precordial.

Uno de nosotros fué llamado para examinar especialmente la aorta torácica, habiendo en contradicción en ella solamente alteraciones incipientes de tipo senil que de ninguna manera podían dar la explicación de los síntomas ultimamente enunciados.

En el mismo año de 1929, fué examinado en Europa por los D.D. Frumusan de París y Marañón de Madrid; ambos consideraron que no existía ninguna lesión orgánica y que los trastornos funcionales que presentaba eran debidos a alteraciones endocrinas y neurovegetativas en evidente relación etiológica con la vida de intensa actividad mental y emotiva que había realizado en los últimos años.

El Dr. Ruaud por su parte encontró en el aparato respiratorio rinitis crónica hipertrofica y traqueo-bronquitis crónica.

Los exámenes de laboratorio hechos por Millet proporcionaron pocos datos patológicos:

ligera urobilinuria e hipoazouria y ligera hiperazoemia. Las reacciones de Wassermann--Hecht y Vernes fueron negativas; la glicemia se encontró normal, los exámenes coprológicos no pusieron de manifiesto nada de importancia y las determinaciones de metabolismo basal hechas en agosto, septiembre y noviembre resultaron de más 14, menos 2 y cero por ciento respectivamente.

El examen radiológico de pulmones, corazón y aorta suministró datos normales.

El mismo estudio en aparato digestivo dió los resultados siguientes:

Paso esofágico normal.

Estómago pequeño, sin signos de lesión orgánica, ortotónico, con peristaltismo y vaciamiento normales.

Bulbo duodenal y tránsito a través del duodeno normales; No hay puntos dolorosos sobre la imagen píloro-duodenal.

La estática del cólon es normal, el ciego muy voluminoso aunque indoloro y movilizable. En el cólon transverso, en la cercanía del ángulo sub-hepático se aprecia una porción--del transverso en forma de asa distendida por gases; el ángulo izquierdo muy cerrado en ortostatismo se disocia espontáneamente en decúbito dorsal.

Seis horas después de ingerido, el bario se encuentra llenando el cólon hasta la mitad del transverso; tres horas más tarde la parte más avanzada llega hasta el ampulla rectal y media hora después, una evacuación espontánea, vacía el cólon descendente que no presenta nada anormal.

Quince horas después de la ingestión, no obstante haberse producido una segunda evacuación, el ciego, el ascendente y el transverso conservan aún, parte del bario que no es expulsado completamente sino hasta las cuarenta y ocho horas después de haberlo ingerido.

El 5 de febrero de 1930, por primera vez y en forma de crisis, tuvo dolor en el hipocondrio derecho, precedido por dolor en la región interescapular.

En el lapso de tiempo comprendido entre los meses de febrero y agosto estas crisis se repitieron cinco veces con intensidad y duración variables; prolongándose en ocasiones--hasta por varias horas.

El dolor abdominal no tiene irradiaciones, cuando es muy intenso provoca un vómito; unas veces desaparece espontáneamente y otras en virtud de la medicación opiácea sin dejar ninguna molestia.

Estas crisis dolorosas justificaron el examen colecistográfico que se encomendó al Dr. Manuel Madrazo. No se encontraron modificaciones en la situación, tamaño y forma de la--vesícula pero sí, trastornos francos en su evacuación.

Por este dato se aconsejó una cura en Tehuacán que no modificó ni las crisis dolorosas

ni el meteorismo, que más bien se acentuó por esa época; **mes de septiembre de I 9 3 0.** Por ese síntoma fué consultado otro de nosotros, quien previo examen clínico y nuevos estudios coprológicos que hizo el Dr. Cervera, estimó que no se debía a defecto en la absorción de los gases que normalmente existen en las visceras huecas, ni tampoco a actividad anormal de la flora intestinal--fermentaciones o putrefacciones exesivas-- sino a aerofagia moderada y especialmente a trastornos en el transito de los gases-- que se retienen en el cólon próximo en virtud del estado espasmódico del cólon intermedio y distante. Aerocolia y entero espasmo que cargó a la cuenta del hipotiroidismo y de la hipotonía abdominal.

En la primera quincena de noviembre de I 9 3 0 ,aparecieron dolores con caracter causálgico localizados en las extremidades de los ortijos y en la región plantar del -- pie derecho

Muy poco tiempo después aparecieron además trastornos vaso motores dando lugar a fenomenos transitorios y alternativos de eritrosis y cianosis en esos mismos dedos, con -- exaservación del estado doloroso.

No existió síncope local, ni disminución de la temperatura en el pie derecho ni anisotermia comparativamente con el izquierdo.

Estos síntomas hicieron imperiosa la necesidad de explorar especialmente las arterias de los miembros y la función circulatoria.

La palpación no suministró ningún signo patológico relativo al pulso--arterias pedial y tibial atrás del maleolo--o al estado físico de las apredes arteriales.

Los arteriogramas revelaron francas diferencias en la dinámica arterial como puede -- verse en los trazos anexos.

Las tensiones locales y los índices oscilométricos se encontraron disminuidos en ambos miembros inferiores, teniendo en cuenta los mismos datos obtenidos en los miembros superiores (consultense los datos numéricos en el anexo)

La prueba del baño caliente para estudiar las reacciones vasomotoras se practicó con--

el resultado siguiente: bajo la influencia del baño caliente reaparecieron los fenómenos congestivos dolorosos y acrocianóticos que apenas existían antes de la prueba, desapareciendo al cabo de diez minutos.

Las tensiones arteriales y el índice oscilométrico variaron poco y en sentido inverso aumentándose las primeras y disminuyendo los segundos.

Se exploraron también los reflejos pupilares fotomotor, motomotor y consensual que se encontraron normales.

Se exploró el sistema nervioso de relación encontrándose normal la sensibilidad superficial en sus diversas formas, la sensibilidad profunda, la motilidad, la troficidad y los reflejos.

La exploración clínica del simpático y parasimpático suministró los datos siguientes--Reflejo óculo cardiaco normal--disminución de 8 por minuto--Rayas vasomotoras roja y blanca muy aparentes y persistentes, reflejo pilomotor exagerado, dermatografismo.

ORINA

Color 2 V.
Densidad I, 0.011.
ácido úrico 0.17 por mil
urobilina aumentada.
albúminas no contiene
glucosa no contiene.
acetona no contiene
ácido diacético no contiene.
celdillas renales no contiene.
cilindros renales no contiene.

XII/24/30 C E R V E R A .

S A N G R E .

Nitrógeno ureico 24.15 (normal 12 a 15)
urea 51.68 (normal 25 a 32)
ácido úrico 4.60 (normal 2 a 4)
glucosa 99 (normal 80 a 120)
COLESTERINA 208 (normal 140 a 170)

Con todos estos datos se hizo el diagnostico de **arteritis esclerosa de tendencia estenosante**, de las arterias del miembro inferior derecho, a la cual añade sus efectos el **elemento espasmódico** aumentando la **insuficiencia de irrigación**, en la medida que las in-

fluencias locales o generales desencadenan la hiper reflectividad vascular.

SE HIZO EL SIGUIENTE PLAN GENERAL DE TRATAMIENTO:

T. Causal	Supresión de alimentos ricos en proteínas, grasas y colessterina Supresión de los toxicos arteriales electivos: cognac, tabaco. Cuidados higiénicos: evitar enfriamientos, emociones, fatiga.
T. de las lesiones	Medicación antiesclerosa: yodo Modificadora de la troficidad: hormonas pancreáticas.
T. fisio patológico	Medicación modificadora de las condiciones circulatorias a) antiespasmódica: pasiflora, bromuro, luminal sódico b) vasodilatadora: nitrito de sodio, acetil colina, hidroterapia , helioterapia, diatermia. c) modificadora de la viscosidad sanguínea: citrato de sodio
T. sintomático	del dolor: aspirina, opio.

Se prescribió Tintura de yodo al 10 % recientemente preparada para tomar 10 gotas en--
leche antes de cada alimento, aumentando 10 gotas en cada toma diariamente hasta tomar--
100 en cada vez; # 300 en el día #, disminuyendo a partir de esa dosis 10 gotas en cada--
toma diariamente hasta volver a 10 en cada vez y entonces suspender.

No tomar más de UN GRAMO de proteínas por Kilo de peso:

Alimentos que pueden utilizarse y su contenido en proteínas.

leche	4%
ostiones	6%
lengua	12%
jamón	15%
pescado	19%

crema ligera	2.8%
mantequilla	1.5%

pastas italianas	3%
arroz	7%
pan negro	5.4%
bolillo	8.9%
tortilla	4%

alcachofa	2.6%
betabel	1.6%

zanahoria	1%
apio	1%
chayote	0.9%
elote	3.1%
calabaza	0.8%
lechuga	1.2%
cebolla	1.2%
espinaca	2.1%
berro	0.7%
tomate	0.9%
papa	2.5%

caldo de carne	4.4%
----------------	------

manzana	0.4%
durazno	1%
plátano	1.3%
uva	1.3%
higos	1.5%
naranja	0.8%
papaya	0.8%
pera	0.6%

Dos días de la semana debe suprimirse por completo la carne y las grasas; en los días--
restantes puede tomarse algo de grasas, siempre en corta cantidad pues estos alimentos--
favorecen la síntesis de la colessterina en el organismo.

Alimentos que no deben emplearse por contener gran cantidad de colessterina: vísceras, --
huevos, aceite de olivas, frijol, garbanzo, lenteja (filocolosterina)

Examen practicado el día 12 de enero de 1931.

Las condiciones del examen fueron análogas a las del 26 de diciembre, excepto en lo que--
respecta a estado barométrico pues el día 12 se registraron variaciones bruscas de im--
portancia.

Síntomas: pequeña ansiedad vagotónica, sensación de opresión torácica y de falta de aire
, parestasias en los dedos de la mano derecha y en todo el miembro superior izquierdo.

La marcha provoca dolor en el pie derecho a los pocos minutos de efectuarse.

Los dolores y los trastornos vasomotores en los dedos del pie derecho han desaparecido
casi por completo estando en reposo

La temperatura local, apreciada con el dorso de la mano, es comparativamente más baja en

el pie derecho.

La coloración de los tegumentos es normal y comparable en los dedos de ambos pies y-- solamente en el cuarto dedo del pie derecho se aprecia ligera lividez y la mancha --- blanca vasomotora provocada por la presión es persistente 12 " ; en todos los demás- dedos es fugáz.

El pulso en la radial derecha es de 72 por minuto, en clinostatismo, con arritmia respi- ratoria provocada.

P R E S C R I P C I O N .

Continuar con el m smo régimen de alimentación.

Descanso de medicación yódica por espacio de diez días.

Medicación vaso dilatadora: ocho centigramos de nitrito de sodio tres veces en el día.

Medicación neurodepresora: una cucharadita cafetera de pasiflorina tres veces en el día
Supresión del tabaco.

Tensiones

Humeral derecha	120/70
Humeral izquierda	135/75

tibiales derechas	135/75
tibiales izquierdas	140/80

Indices Oscilométricos

Humeral derecha	10
Humeral izquierda	10

tibiales derechas	3
tibiales izquierdas	5

Para la correcta interpretación de los resultados de la oscilometría hay que tener pre- sente que las reacciones vasomotoras estaban ese día notablemente exageradas como lo-- pusieron de manifiesto las grandes diferencias numéricas obtenidas en distintas tomas- , sometiendo el segmento inferior del miembro derecho a alternativas de compresión y -- descompresión.

Día 17 de enero. -Aproximadamente a las tres de la mañana reapareció el dolor localiza- do en el borde externo del pie derecho y en la llema y regiones ungueal y peri ungueal del cuarto dedo de ese mismo pie, **con irradiación extensa siguiendo un trayecto por la-**

10
cara externa de la pierna e interna del muslo hasta la región inguinal.

La sensación dolorosa es profunda, con caracter intrínseco de quemadura, con exaservación rítmica matinal --hacia las 3 horas-- como si tuviera influencia la posición horizontal del miembro inferior; no se acentúa colocando el pie en situación alta y si parece modificarse favorablemente colgando la pierna y por la acción prolongada del baño caliente, operación cuyo principio tiene por efecto exaservar el dolor.

Al mismo tiempo que estos dolores apareció nuevamente la cianosis del cuarto dedo del pie derecho

Existe también dolor en la región lumbar.

La temperatura local del pie es satisfactoria

La circulación venosa es rápida.

El fenómeno de la mancha blanca provocada es menos persistente en el dedo enfermo que en la exploración anterior.

La acción vasodilatadora del nitrito de sodio se puso de manifiesto por la disminución franca de las tensiones arteriales y por el aumento de los índices oscilométricos.

Dia 18 de enero. --Persisten los fenómenos dolorosos y la cianosis del dedo

La tensión arterial en las tibiales derechas (I/3 inf.) es de 115/70

El índice oscilométrico de 4

TRATAMIENTO.

Continuar la medicación vaso dilatadora por el clorhidrato de acetil colina 0.10 que es de acción más enérgica que el nitrito de sodio y electiva sobre las arteriolas -- que son en el caso las que es necesario dilatar de preferencia.

Contra el elemento espasmódico el luminal sódico: dos tabletas de un centigramo y medio cada seis horas; seis tabletas en el día.

En los días siguientes el dolor se intensificó en tal forma que fué preciso utilizar las inyecciones de sedol y suspender las de arterocolina.

Se reanudó, en la misma forma, la medicación por el yodo.

Las condiciones circulatorias fueron modificándose lenta pero favorablemente en el pie derecho; desaparecieron los dolores espontáneos, después las crisis dolorosas de las madrugadas y finalmente los dolores provocados por la presión quedando solamente la coloración cianótica del cuarto dedo en el que aparecieron lesiones epidermicas maculosas y descamativas como las de una quemadura de primer grado.

Es conveniente anotar que en este período de tiempo, no obstante el reposo completo, el régimen de alimentación y la medicación neurodepresora enérgica, se presentaron en dos días sucesivos las crisis dolorosas abdominales con una inusitada intensidad al grado que en una de ellas fué preciso duplicar la dosis de sedol.

En estas dos ocasiones se observaron cuidadosamente las materias fecales y se hicieron análisis de orina sin encontrar cálculos ni cambio de coloración en las primeras ni elementos de la bilis en las segundas.

La mejoría del pie continuó y el día 10 de febrero, pudo salir para la hacienda "Mante" en Villa Juárez, Tamaulipas.

El Dr. Rueda Magro que lo acompañó en este viaje nos comunica que durante el camino no tuvo más que las molestias ocasionadas por la inyección de sedol que se había puesto la noche anterior en razón de una nueva crisis dolorosa abdominal.

En ese día, después de dos decenas de tratamiento yódico se suspendió esa medicación y se principió a administrar el citrato de sodio en dosis de 0.75 gramos media hora antes de cada alimento.

La tarde del día 13, visitando una labor, manifestó al Dr. Rueda Magro que sentía ligero dolor en el hipocondrio derecho y temía que se le presentara el cólico. Se fueron a la Hacienda, se puso en reposo en la cama, tomó treinta gotas de elixir paregórico y se puso su bolsa de agua caliente "loco dolenti" con lo que se calmó toda molestia durmiéndose en seguida hasta el día siguiente.

Pasó bien los días siguientes, salvo el día 16 en que sintió nueva amenaza del dolor, sin

que llegara a intensificarse ni fuera preciso utilizar medicamento alguno.

El dia 20 tuvo insomnio de toda la noche y diarrea, constituida por tres evacuaciones--
líquidas, abundantes, pastosas, homogéneas, espumosas de color amarillo y aspecto brillan-
te por la mezcla de moco fluido.

El dia 21 de febrero el Dr. Rueda Magro tomó tensiones arteriales y midió los índices
oscilométricos encontrando cifras muy bajas no obstante la gran mejoría en coloración
, temperatura y aspecto de las venas en el pie enfermo y de la ausencia de dolores de-
importancia. En vista de esto y de que el insomnio y la diarrea se repitieron en otro-
dia se decidió el regreso.

El dia 26 de febrero, fué examinado nuevamente por nosotros quedando consignados los--
resultados de este nuevo examen en la ficha clínica sintética siguiente:

Fecha del examen.--26 de febrero de 1931.

Antecedentes.--Ni diabetes, ni lues ni enfermedades infecciosas agudas.
Hemorroides tratadas quirúrgicamente.
Fuma y hace uso moderado del cognac como aperitivo.
Vida de actividad intensa intelectual y emotiva.

Enumeración sintética de los síntomas.--dolores y parestesias en el miembro inferior de recho, cianosis y eritrosis dolorosas en los ortijos del pie derecho, constricción torácica, ligera precordialgia, parestesias en ambos miembros superiores, pequeña ansiedad vagotónica, insomnio, amnesia de los nombres propios, lasitud, depresión, meteorismo, crisis dolorosas abdominales, crisis de diarrea.

Caracteres semiológicos de los síntomas importantes.--Las sensaciones dolorosas y parestésicas que están localizadas en el muslo derecho se subordinan claramente al esfuerzo muscular y desaparecen por el reposo.

Los otros dolores del miembro inferior derecho siguen los trayectos arteriales, tienen caracter causalgico y se presentan en ausencia de signos nerviosos o musculares.

La constricción torácica, la ligera precordialgia y las parestesias en los miembros superiores son síntomas transitorios, poco frecuentes, y que en cierto modo parecen ser de terminados por la fatiga, las emociones y los cambios barométricos y termométricos.

Cuando en presencia de esos síntomas se han hecho exploraciones oscilométricas y tensionales, han puesto de manifiesto la hiper-reflectividad vascular y el estado angioespasmódico.

El meteorismo es vespéral, de horario fijo, no doloroso, deforma en las primeras horas -- las regiones derechas del abdomen y más tarde las de el lado izquierdo; termina por la expulsión de gases la mayor parte de las veces inodoros y excepcionalmente de olor sulfídrico.

El dolor abdominal es precedido inmediatamente por dolor en la región interescapular- que es premonitorio de la crisis; es intenso, aparece y desaparece bruscamente, se localiza unas veces en el hipocondrio derecho inmediatamente abajo del borde costal y otras en el flanco.

No tiene irradiaciones torácicas, abdominales, ni al muslo o al testículo.

No fué precedido ni coexiste con síntomas dispépticos gastricos o duodenales.

Nunca se ha acompañado o ha sido seguido de ictericia ni de fiebre.

No determina cambios en la orina ni en las materias fecales.

Cuando es intenso provoca un vómito que no modifica ni su intensidad ni su duración.

Las crisis dolorosas se repiten a intervalos variables, sin causa determinante apreciable; unas crisis son breves y otras largas (hasta 6 horas).

La exploración del abdomen después de la crisis, no suministra ningún signo de importancia

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO..-Crónica, con brotes agudos especialmente en los inviernos.

ESTADO ACTUAL..-Impotencia funcional relativa en ambos miembros inferiores; dolores musculares intensos, intermitentes que generalmente son provocados por los movimientos. parestesias en los miembros superiores e inferiores.

labilidad, depresión.

meteorismo, mal aliento, oliguria moderada, mal olor de la orina.

La última crisis dolorosa del abdomen la tuvo en la tarde del día primero de abril.

EXAMEN FISICO POR REGIONES..-

CABEZA..-

Pelo entrecano, liso, brillante, escaso en las regiones fronto parietales.

Piel de la cara, gruesa, surcada por arrugas seca.

Párpados superiores abultados, sin edema.

Pupilas circulares, iguales, centrales, con reflejos fotomotor, acomodación y consensual--

normales.

Conjuntivas sin coloración ictérica.

Lengua húmeda cubierta en la base por ligera capa de saburra blanquecina.

No hay anomalías dentarias de tamaño, forma, coloración, bordes, mesetas ni de implantación.

Mucosa bucal normal; mucosa faríngea eritematosa.

CUELLO.

No hay alteraciones ganglionares

La tiroides tiene caracteres normales.

Pulso carotídeo de amplitud media rítmico, igual, sin signos de hipertensión vascular. No se palpa latido aórtico.

TORAX.-Cara anterior.

Subclavias en su sitio

Sistema venoso tegumentario no es visible.

Nada anormal es visible en la cara anterior del tórax.

No se ve latir la punta del corazón.

No hay choque precordial ni de la punta.

No hay hiperostosis claviculares, costales ni esternales.

Área precordial normal; punta en el 5º espacio a 105 milímetros de la línea medio esternal; el contorno derecho no revasa el borde esternal.

Ruido de percusión pulmonar normal.

Revoluciones cardíacas rítmicas, con frecuencia de 75 por minuto; tonos disminuidos de intensidad en general en todos los focos, sin modificaciones de timbre. No hay soplos ni galope.

Pulso en las radiales rítmico, de amplitud media, 75 por minuto, sensiblemente igual en ambos lados.

Arterias de los miembros superiores blandas.

TORAX, Región posterior.

Ampliación torácica mayor que la normal.

Ruido de percusión exageradamente claro.

Respiración vesicular normal.

No se oyen estertores.

Trasmisión de la voz normal.

La zona del dolor espontáneo que precede a las crisis abdominales comprende ambas regiones interescapulo vertebrales y sub escapulares y se extiende longitudinalmente desde la séptima cervical hasta la primera lumbar.

No hay puntos dolorosos dorsales del muñón del hombro, supraescapulares, sub apexiano ni

paravertebrales.

ABDOMEN EN CLINOSTATISMO

Hueco epigástrico acentuado; flancos ensanchados, no es visible ningún abultamiento en el hipocondrio derecho.

Piel seca con ligeras escamas furfuráceas; no hay desarrollo venoso tegumentario.

Movimientos respiratorios diafragmáticos normales e iguales en ambos lados.

Hay latido aórtico epigástrico.

Elasticidad de la piel normal; pániculo adiposo disminuido.

Músculos rectos hacen poco relieve y su tonicidad está disminuida.

No hay hiperestesia cutánea.

Tonicidad abdominal disminuida.

No es palpable el ciego; el ángulo sub hepático del colon se palpa distendido en el flanco derecho a la altura de la cicatriz umbilical; la crepitación del transverso en la línea media se provoca a cinco centímetros abajo del ombligo; no se palpa el colon descendente.

El borde hepático es palpable en casi toda su extensión.

No se palpa tumor vesicular. No hay dolor en el punto cóstico ni bloqueo respiratorio de Murphy.

El area hepática se encuentra ligeramente descendida y mide longitudinalmente 4 centímetros en la línea paraesternal; 5 y medio en la mamaria y 6 en la axilar anterior.

No es palpable el bazo.

Area de timpanismo gástrico tiene su límite superior en el 6º espacio intercostal; el inferior 6 centímetros abajo del borde costal; el límite derecho a 4 centímetros de la línea media y el izquierdo a 12 centímetros de esa misma línea.

Cuatro horas después de haber tomado alimento se provoca fácilmente chapaleo en una corta extensión.

Timpanismo mesogástrico aumentado y de tonalidad alta; en la fosa iliaca y en el flanco derechos exagerado también y de tonalidad baja; en las demás regiones normal.

EN ORTOSTATISMO

Cambio marcado de la morfología abdominal: el vientre se abulta en las regiones sub umbilicales sin gran depresión supraumbilical.

Maniobra de Glenard positiva en sus dos tiempos.

No hay puntos dolorosos en la línea media: solio y mesentéricos.

REGIONES INGUINALES Y MIEMBROS INFERIORES.

No hay anomalías ganglionares ni en el esqueleto.

La sensibilidad, motilidad y reflejos son normales.

Se tomaron arteriogramas de las arterias femorales en la raíz del miembro y de las tibiales en el tercio superior de la pierna (véase el anexo)

Se tomaron tensiones y se determinaron los índices oscilométricos en las mismas arterias (véase el anexo)

El viernes 3 de abril de 1931 el Dr. Zubirán hizo la determinación del metabolismo basal con los resultados siguientes.

Edad	54 años
Peso	74 Kilos
Estatura	Imetro 75 cmts.
area de superficie	1.89 metros cuadrados
cantidad de calorías que consume por hora	69.4
Cantidad de calorías que le corresponden- según Standars	70.3
METABOLISMO BASAL	- 1.2% (uno, dos %)
Fulso antes de la prueba	80. por minuto
pulso durante la 1a prueba	72. por minuto
pulso durante la 2a. prueba	76. por minuto
respiraciones antes de la prueba	14 por minuto
respiraciones durante la 1a prueba	13. por minuto
respiraciones durante la segunda prueba	12. por minuto
Temperatura axilar	36.4 grados
Temperatura del espirómetro	20. grados
presión barométrica	58.2

DIAGNOSTICO.

Para nosotros, el cuadro clínico en su conjunto obedece a dos-- grandes tipos de perturbaciones funcionales:

1º.-Trastornos circulatorios con deficit de irrigación en el territorio del miembro inferior derecho y en el vientre ligados a la arteritis estenosante que pudo **comprobarse** en aquél territorio y que puede **presumirse** ^{en éste,} en algunas ramas de la red-- mesentérica. Son estos trastornos circulatorios los que establecen la unidad del padecimiento desde los primitivos dolores del muslo y de la pierna en 1922-23 --- hasta los trastornos isquémicos y dolorosos de los ortijos en 1930 , pasando por las crisis dolorosas viscerales que se vienen repitiendo desde febrero de 1929.

2º.-Trastornos neuro-vegetativos, preferentemente en las esferas arterial e intestinal , del tipo del espasmo, a los cuales deben referirse en gran parte la dispepsia-- intestinal y las parestesias aberrantes. En el fondo de este desequilibrio neuro-vegetativo se encuentra como factor causal importante un elemento endócrino preferentemente tiroideo.

Nota.-Si hemos considerado las crisis dolorosas del hipocondrio derecho como dependientes de un trastorno circulatorio visceral y no como cólicos vesiculares es -- en virtud de que la crisis dolorosa en su expresión misma no tiene los caracteres habituales del cólico vesicular: falta de las irradiaciones propias, falta de signos de retención biliar y de fiebre y aún la inactividad misma de la cura en Tehuacán; porque además no existe ningún signo físico vesicular y el examen radiológico solo reveló retardo en la evacuación sin ninguna otra anomalía.

Debemos aquí mismo hacer la especificación de que, aparte de las crisis dolorosas violentas hay otros dolores abdominales moderados, no paroxísticos, localizados en el flanco y la fosa iliaca derechos y aún en el hipocondrio izquierdo, dolores que hemos interpretado como de origen intestinal, en el cólon, y debidos a -- la aerocolia bloqueada y al enteroespasma.

DIAGNOSTICOS PARCIALES:

D. LESIONAL:

ESCLEROSIS VASCULAR GENERALIZADA INCIPIENTE Y DISCRETA.
ARTERITIS ESCLEROSA ESTENOSANTE DE LA FEMORAL, TIBIALES DERECHAS Y POSIBLEMENTE DE ALGUNAS RAMAS MESENTERICAS.
RINO BRONQUITIS CRONICA DESCENDENTE Y ENFISEMA PULMONAR PARCIAL.

D. FISIOPATOLOGICO:

INSUFICIENTE IRRIGACION DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y VISCERAL DEL ABDOMEN.
NEUROTONIA POSITIVA VAGO SIMPATICA (Martinet).
HIPOTIROIDISMO MODERADO.

D. CAUSAL:

TOXICOS ARTERIALES ELECTIVOS.
ALIMENTACION PROTEICA Y COLESTERINADA PREDOMINANTE.
VIDA INTENSA INTELECTUAL Y EMOTIVA.

D. INTEGRAL:

ESCLEROSIS VASCULAR GENERALIZADA INCIPIENTE Y DISCRETA Y ARTERITIS ESCLEROSA OBLITERANTE DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE ORIGINA TRASTORNOS DE IRRIGACION EN ESE MISMO MIEMBRO Y CRISIS DE ENTERALGIA COLICA.

TRASTORNOS ENDOCRINO-VEGETATIVOS DE TIPO ESPASMODICO PRINCIPALMENTE MARCADOS EN LOS APARATOS CIRCULATORIO Y DIGESTIVO.

ESQUEMA DIAGNOSTICO.

Esclerosis vascular	[aspecto radiológico de la aorta torácica. diferencias tensionales y oscilométricas. trastornos de la dinámica arterial. hiperazoemia.
Arteritis esclerosa estenosante.	[arteralgias disminución de la tensión local en las tibiales derechas abolición del índice oscilométrico en las tibiales derechas. disminución del índice oscilométrico en la femoral derecha. resultado de los arteriogramas comparativos
Bronquitis y enfisema.	[estertores bronquicos. sonoridad pulmonar aumentada caracteres del murmullo vesicular
Insuficiente irrigación del m. inf. der y visceral del abd.	[claudicación intermitente hipotermia en el pie derecho. anisotermia comparativa eritrosis y cianosis dolorosas crisis de enteralgia cólica.
Neurotonía positiva vago-simpática	[opresión torácica pequeña ansiedad vagotónica angioespasmos parestesias arritmia respiratoria provocada aerocolia bloqueada enteroespasma constipación de tipo espasmódico rayas vasomotoras dermografismo reflejo pilomotor exagerado
Hipotiroidismo.	[piel gruesa y seca alteraciones de las faneras párpados abultados depresión astenia

ESFIGMOGRAFIA.-

- Nº 1.** Esfigmograma comparado de las humerales (I/2/93I) a.-humeral izquierda
b.-humeral derecha

Pie de la linea de ascenso se marca con pequeño retardo de 0.02" en la humeral izquierda.

Amplitud del latido normal en el lado derecho, un poco disminuida en la humeral izquierda.

Dicrotismo normal en la humeral derecha, muy poco acentuado en la humeral izquierda.

- Nº 2.** Esfigmograma comparado de las tibiales derechas y radial y cubital del mismo lado (I/2/930) cápsula oscilográfica Pachon-Boulitte.

Amplitud del latido muy disminuida en el trazo de las tibiales.

linea de ascenso es oblicua, el pie se marca con retraso de 0.09" respecto del trazo de la radial y cubital.

Dicrotismo es nulo en el trazo de las tibiales.

- Nº 3.** Esfigmograma comparado de las tibiales de ambos lados I/3 inferior de -- las piernas I/2/930.-Cápsula oscilográfica Pachón[®]Boulitte.

Amplitud del latido normal en las tibiales izquierdas, francamente disminuido en las tibiales derechas

Linea de ascenso. es oblicua en el trazo de las tibiales derechas el pie se inscribe con retardo de 0.02" respecto a las tibiales izquierdas

Dicrotismo. ha desaparecido en el trazo de las tibiales derechas.

OSCILOMETRIA.

Fechas.

XII/26/30

I/27/31

2/26/31

Oscilaciones humeral derecha.

II

II

II

Oscilaciones humeral izquierda.

9

II

IC

Oscilaciones tibiales derechas.

5

3

1/2

Oscilaciones tibiales izquierdas.

5

6

6

Oscilaciones femoral derecha.

6

Oscilaciones femoral izquierda.

6

En M E D I & S divisiones del cuadrante del oscilómetro de Pachón.

Curvas oscilométricas de las tibiales DERECHAS (1/3 inferior de la pierna)

XII/26/30 10

I/27/31 9

2/26/31



Curvas oscilométricas de las tibiales IZQUIERDAS (1/3 inferior de la pierna)

XII/26/30 10

I/27/31 9

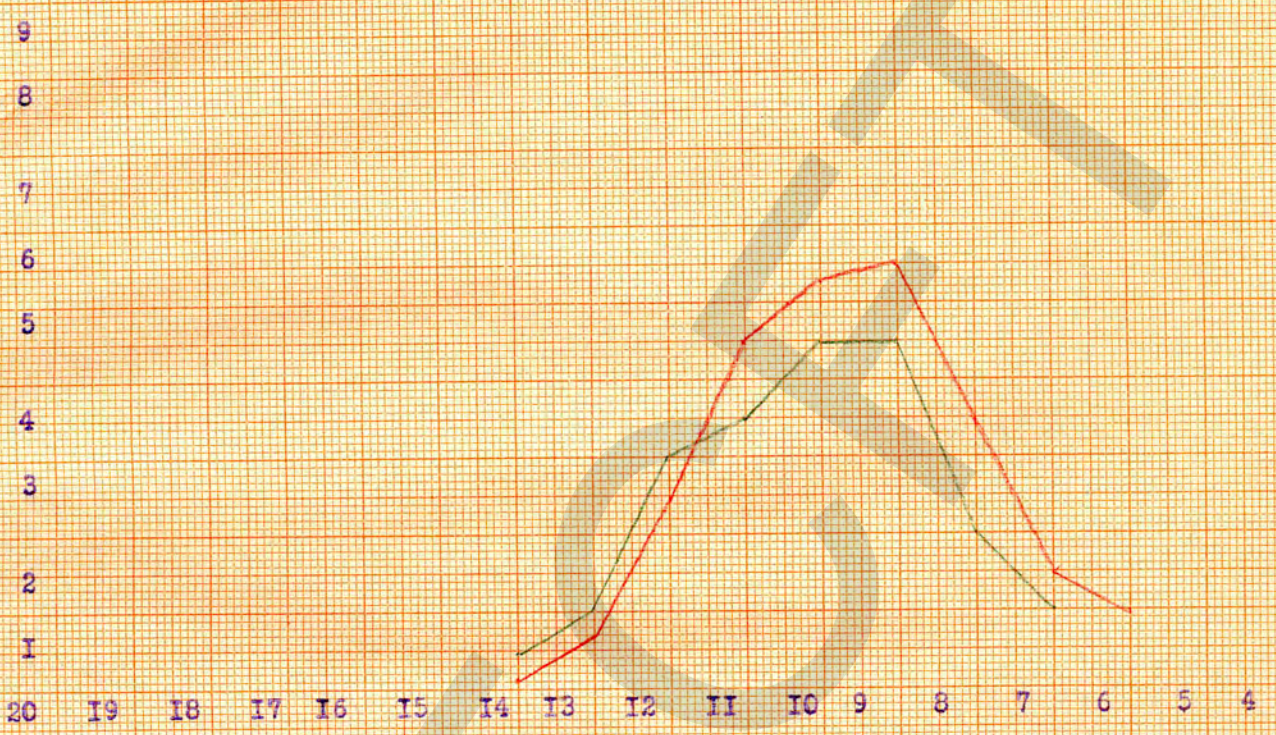
2/26/31



En divisiones del cuadrante del oscilómetro de Pachon.

Curvas oscilométricas de las humerales. Derecha.-
Izquierda.-

XII/25/30.10



Curvas oscilométricas de las FEMORALES Derecha.-
Izquierda

2/26/31 10



En divisiones del cuadrante del oscilómetro de Pachón.

TENSION ARTERIAL LOCAL.

Fechas.		XII/26/30	I/27/31	2/26/31
Humeral derecha.	Mx	120.	120.	120.
	Mn	70.	70.	70.
Humeral izquierda.	Mx	130.	115.	130.
	Mn	75.	70.	75.
Tibiales derechas. (1/3 inf. pierna)	Mx	115	100.	0.
	Mn	65	65.	0.
Tibiales izquierdas. (1/3 inf.)	Mx	110.	120.	120.
	Mn	60.	70.	80.
Femoral derecha. (1/3 sup.)	Mx			160.
	Mn			90.
Femoral izquierda. (1/3 sup.)	Mx			160.
	Mn			80.

DISCRIMINACION ENTRE OBLITERACION ANATOMICA Y FENOMENOS ESPASMODICOS

PRUEBA DEL BANO CALIENTE.

Tibiales derechas (1/3 inferior)

antes del baño

después del baño

XII/26/30.

T.	Mx	115	120
	Mn	85	90
I.O.		5.	3.5

2/26/31

T	Mx	0	0
	Mn	0	0
I.O.		1/2	1/2

Tibiales izquierdas (1/3 inferior)

XII/26/30

T.	Mx.	110.	115
	Mn	80	85
I.O.		5	4.

2/26/31

T.	Mx	120	120
	Mn	80	70
I.O.		8	6

Notas.-

Temperatura del baño 40 grados centígrados.

Duración.-5 minutos.

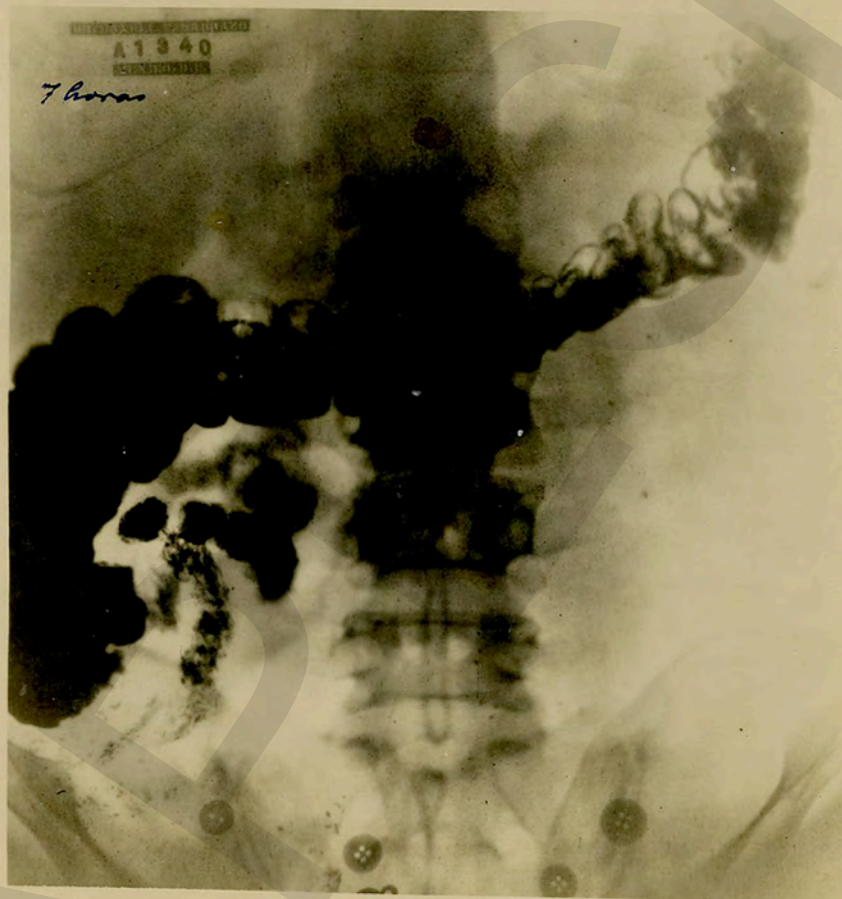
Indices oscilométricos.-En medias divisiones del cuadrante del oscilómetro de Pachón.

MADERO 34.
TELE. } 3-19-10.
 } 4-14-01.

GASTON MELO
MEDICO CIRUJANO

No.

27



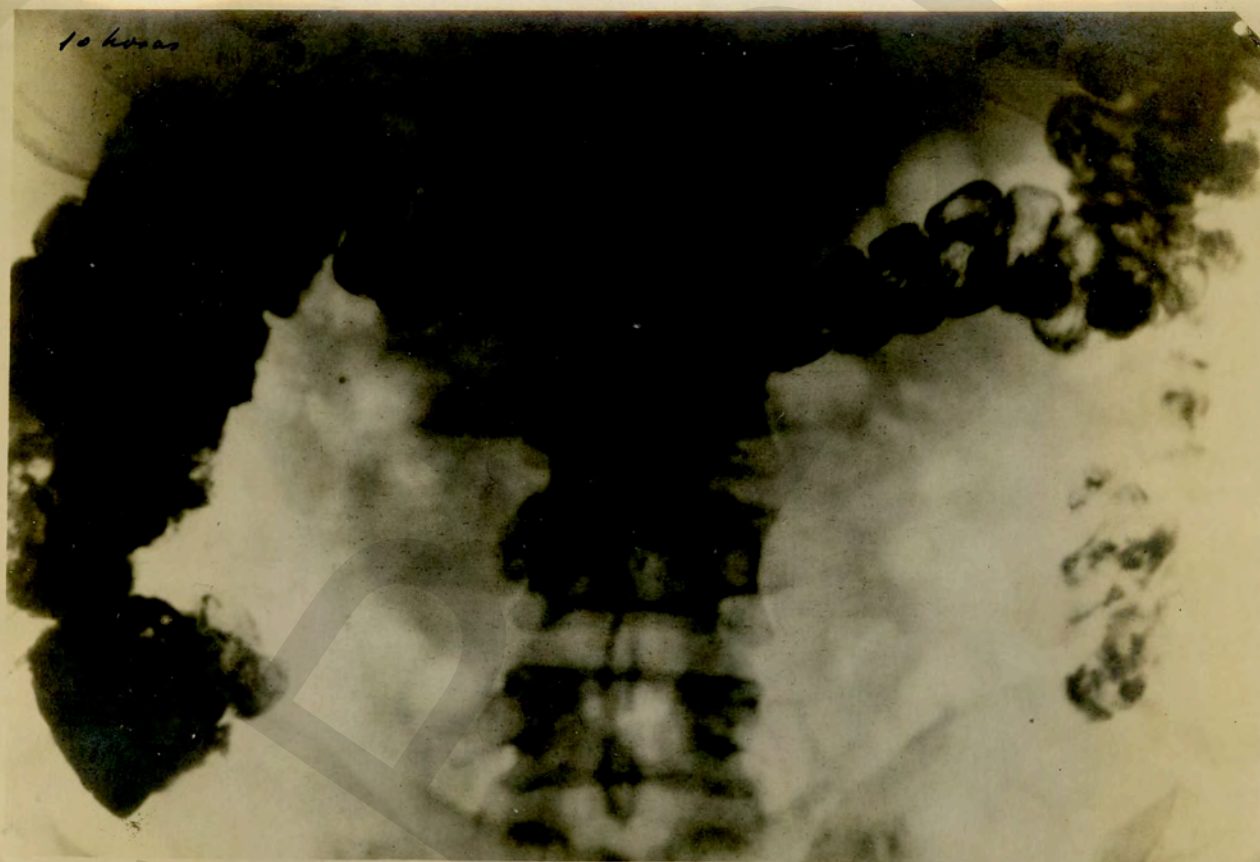
Dr. Manuel F. Madrazo
Radiólogo.

MADERO 34.
TELE. { J-19-16.
 4-14-61.

GASTON MELO
MEDICO CIRUJANO

No.

28



Dr. Manuel F. Madrazo.
Radiólogo.

MADERO 34.
TELS. { J-19-16.
4-14-31.

GASTON MELO
MEDICO CIRUJANO

No.

29

12 horas

Dr. Manuel F. Madrazo.
Radiólogo.

MADERO 34.
TELS. {J-10-16.
 {4-1-1-61.

GASTON MELO
MEDICO CIRUJANO

No.

30



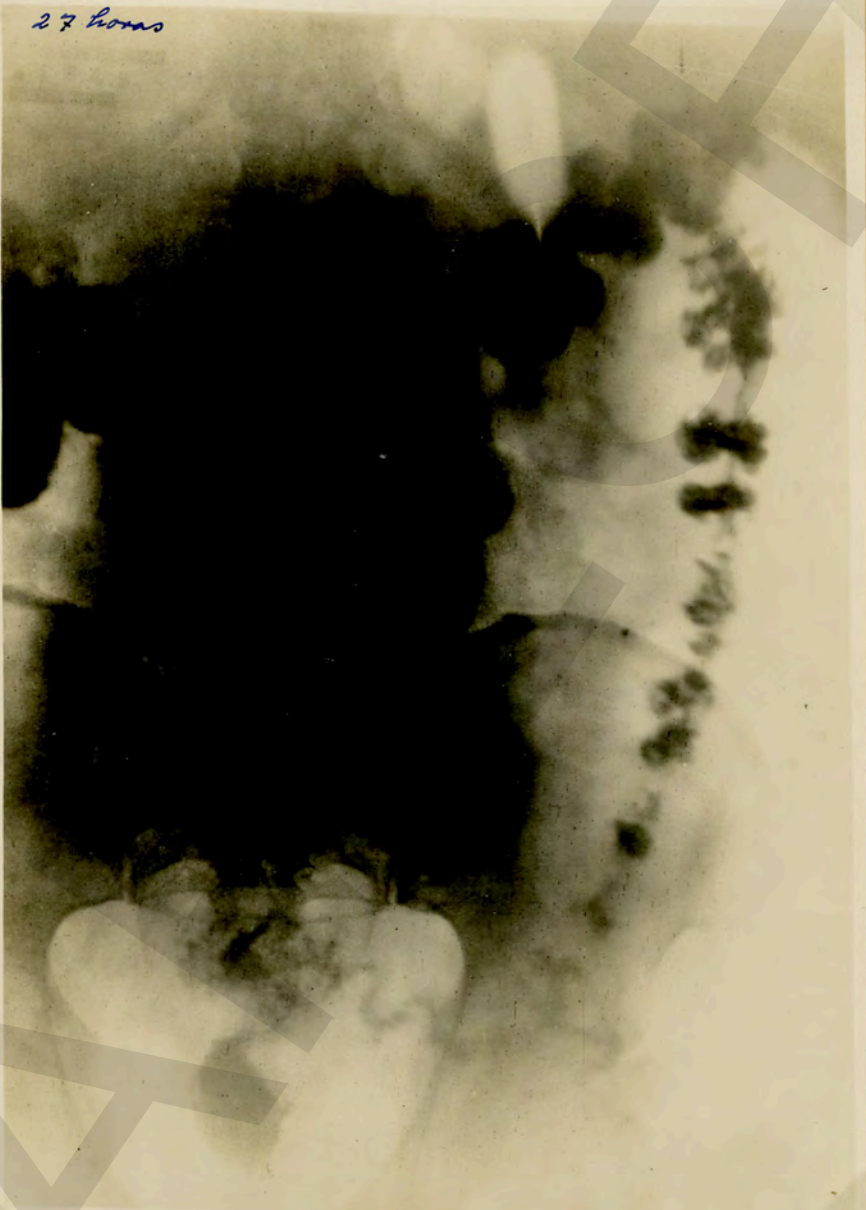
Dr. Manuel F. Madrazo.
Radiólogo.

MADERO 34.
TELS. { J-19-18.
 { 4-1-1-61.

GASTON MELO
MEDICO CIRUJANO

32
No.

27 horas



Dr. Manuel F. Madrazo.
Radiólogo.

Dia II de abril de I 9 3 I

Urea 49. II miligramos en 100 c.c. de sangre (Folin y Wu)
Colesterina 159. miligramos en 100 c.c. de plasma (Myers y Wardell)

Dr. Cervera.

D I E T A .

No exede de 75 gramos de proteinas y contiene hidratos de carbono y grasas bastantes--
para completar 2,500 calorías.

leche.	500 centímetros cúbicos
crema.	60 centímetros cúbicos
azucar.	25 gramos
mantequilla.	30 gramos
mantea.	45 gramos
cereales	100 gramos
pan.	100 gramos
pastas italianas cocidas	100 gramos
2 huevos	
carnes (res, pescado, pollo, menudo)	150 gramos
vegetales	200 gramos
frutas.	200 gramos

M E D I C A M E N T O S .

Una hora después de cada alimento tomar una tableta de Salodina " Bayer" triturándola antes de deglutirla.

Cuando se cumplan diez días de esta medicación suspenderla y tomar a la II horas media cucharadita CAFETERA de GRANULADO de CARBATROPINA. (Montagu)

100 gramos de granulado contienen: Carbón orgánico polivalente 50 gramos, Azúcar 50 gramos sulfato de atropina CINCO MILIGRAMOS y esencia de anís 10 centigramos.

Historia Clínica traducida al francés que fué presentada al Dr.
Henri Vaquez en la junta previa que celebramos con él
el martes nueve de junio de 1931.

Dans l'hiver de 1922, le malade observa que la station debout et la marche, lui produisaient des douleurs et de l'engourdissement dans les régions antérieure et interne de la cuisse droite, et que ces douleurs apparaissaient -- après un temps variable. Ces troubles disparaissaient toujours par le repos, tandis que l'effort musculaire, dans une forme quelconque, les reproduisait.

A la fin de 1923, il ressentit aussi, une douleur aiguë dans la région postero-interne du tiers moyen de la jambe droite, sur un trajet longitudinal, a peu près de cinq centimètres; douleur intense et fugace, qui se reproduisait a de laps de temps variables, sans aucune cause provocatrice apparente.

La persistance de ces symptômes lui fit consulter plusieurs médecins, qui attribuèrent ces douleurs a une origine nerveuse, et qui posèrent divers diagnostics (méralgie - parasthésique, névrite, radiculite, compression nerveuse -- par tuberculose vertébrale, par néoplasme mênagée, etc.)

Parmi les causes possibles de cet état, les médecins recherchèrent non seulement la tuberculose et les procès néoplasiques, mais aussi la syphilis, mais toutes les investigations cliniques et de laboratoire, y compris l'étude du liquide céphalo-rachidien, faites plusieurs fois, donnèrent toujours des résultats négatifs.

Dans la clinique des freres Mayo, a Rochester, des spécialistes en neurologie lui firent des explorations minutieuses du système nerveux, avec des résultats toujours égaux: on ne trouva jamais aucune donnée pathologique positive d'ordre nerveuse. On attribua alors la cause de ses troubles a des

foyers infectieux, et on lui fit l'amigdalectomie et l'extraction de plusieurs pièces dentaires, sans obtenir aucune modification des symptômes.

A New York, un neurologue éminent pratiqua un nouveau examen du système nerveux, avec le plus grand soin, avec un outillage complet, et avec les mêmes résultats négatifs.

Peu après, dans une clinique allemande, le malade fut traité par les agents physiques (balnéothérapie, kynesithérapie, etc.). Comme résultat de ce traitement ou de l'évolution même de la maladie, l'on observa la cessation des douleurs de la jambe, mais celles de la cuisse persistaient encore.

Dans le 1929, le malade commença à souffrir de météorisme partiel qui déformait l'abdomen sur les régions correspondant au caecum et aux portions ascendante et transversale du côlon, tout près de l'angle sous-hépatique, météorisme qui parfois se généralisait et qui était assez intense pour gêner la respiration.

Au même temps, il souffrait de dépression, lassitude et sensations de constriction thoracique et douleur précordiale faible.

L'un de nous (Chávez) fut alors appelé en consultation pour procéder à un examen de l'aorte thoracique, examen qui montra seulement des altérations du type sénile, peu accusées.

Dans la même année de 1929, et pendant un voyage en Europe, le malade fut examiné par les Docteurs Frumusan, de Paris, et Marañón, de Madrid, qui ne trouvèrent pas aucune lésion organique, et qui attribuèrent l'origine des troubles présentés par le malade, à des altérations endocriniennes et neuro-végétatives dues à l'intense activité mentale et émotive déployée par

le malade pendant les dernières années. Le Dr. Ruaud fit un examen de l'appareil respiratoire et y trouva une rhinite chronique hypertrophique et trachée-bronchite chronique.

Les examens de laboratoire, pratiqués par M. Millet, n'ajoutèrent pas des renseignements d'importance: urobilinurie, hypoazoturie et hyperazotémie légères; les réactions de Wassermann et de Hecht, négatives; la glycémie, normale; les examens coprologiques ne montrèrent rien d'important, et le métabolisme basal fut trouvé dans la normale, dans les déterminations pratiquées en août, septembre et octobre. L'examen radiologique des poumons, du cœur et de l'aorte, ne révéla rien d'anormal.

L'étude radiologique du tube digestif, donna les renseignements suivants:

Passage œsophagique normal.- Estomac petit, orthotonique, sans aucun signe de lésion organique, avec peristaltisme et videment normaux.- Bulbe duodénal et passage à travers le duodénum, normaux. Il n'y a pas de points douloureux sur l'image bulbo-duodénale.- La statique du colon est normale. Le caecum, très volumineux mais non douloureux et facilement movable. Dans le colon transverse, tout près de l'angle sous-hépatique, il y a une portion colique distendue par des gaz; l'angle gauche, très serré dans l'orthostatisme, se dissocie spontanément en décubitus dorsal.- Six heures après le repas opaque, le bariūm a rempli le colon jusqu'à la moitié de sa portion transversale; trois heures après, il a rempli l'ampoule rectale, et une demi-heure plus tard, une évacuation spontanée a vidé le colon descendant, qui ne présentait rien d'anormal. Quinze heures après l'ingestion du bariūm, et malgré une

deuxieme évacuation, le caecum et les colons ascendant et transverse retiennent encore une partie du barium, qui n'est pas expulsé complètement que quarante huit heures après son administration.

Le 5 février 1930, pour la première fois et sous la forme d'une véritable crise, il souffra de douleur a l'hypocondre droit, laquelle fut précédée par de la douleur a la région interscapulaire. Ces crises douloureuses réapparurent, cinq fois, entre les mois de février et d'août, de duration et d'intensité variables, et qui duraient quelquefois pendant plusieurs heures.

La douleur abdominale n'a pas d'irradiations. Lorsqu'elle est très intense, elle provoque un vomissement. Cette douleur disparaît quelquefois spontanément, mais parfois il a été nécessaire de recourir aux opiacés, qui calment bien ce symptôme. L'examen cholecystographique, pratiqué par M. le Dr. Madrazo, ne révéla pas des modifications de forme, situation et volume de la vésicule, mais l'on y constata quelques troubles de l'évacuation. Ces troubles firent poser l'indication d'une cure a Tehuacan, laquelle ne modifia pas ni les crises douloureuses ni le météorisme, lequel se fit encore plus accentué a cette époque, septembre de 1930.

L'un de nous (Melo) fut consulté alors. Les renseignements fournis par l'examen clinique et par deux nouveaux examens coprologiques, firent considérer le météorisme non pas comme la conséquence de l'absorption défectueuse des gas qui existent normalement dans les viscères creuses, ni comme le résultat d'une activité anormale de la flore intestinale non plus, mais comme liée a une aérophagie modérée et a des troubles dans la

38

traversée des gas, qui sont rétennus dans le colon ascendant, a cause de l'état spasmodique des colons transverse et descendant.

Dans la premiere quinzaine du mois de novembre, 1936, des douleurs causalgiques se presentèrent sur les extremités des orteils et sur la region plantaire du pied droit.

Peu après, des troubles circulatoires et vaso-moteurs, avec érythrose et cyanose transitoires et alternatives, vinrent s'ajouter aux précédents douleurs, dont ils augmentèrent l'intensité.

Ce fut alors que nous deux (Melo et Chávez) pratiquames l'examen, dont la suivante est la fiche clinique synthétique:

Age, 53.

Général de Division, qui a vécu, pendant plus de vingt années, la vie de la révolution, pendant laquelle il a été sujet a des grandes fatigues physiques, a un intense travail intellectuel, et a des grands chocs émotifs.

Il fume, et il boit modérément du cognac, comme apéritif.

Ni diabète, ni lues, ni des maladies infectieuses aiguës. Des hémorroïdes, traitées chirurgicalement.

Enumération synthétique des symptomes.- Douleurs et paresthésies dans le membre inférieur droit; cyanose et érythrose dans les orteils du pied droit.

Météorisme, crises douloureuses abdominales, crises de diarrhée.

Insomnie, amnésie des noms propres.

Constriction thoracique, précordialgie légère, paresthésies dans les membres superieurs, petite anxiété vagotonique.

Lassitude, dépression.

Caracteres séméiologiques des symptomes les plus importants.-

Les sensations douloureuses et paresthésiques de la cuisse droite, sont nettement subordonnées a l'effort musculaire et -- elles disparaissent par le repos.

Les autres douleurs du membre inférieur droit, suivent les -- trajets des artères, elles ont un caractère causalgique, et elles se présentent en l'absence de signes nerveux ou musculaires.

La constriction thoracique, la précordialgie légère et les -- paresthésies des membres supérieurs, sont transitoires, peu -- fréquentes et elles paraissent etre dues a la fatigue, les émo-- tions, et aux échanges barométriques et thermométriques.

Le météorisme se présente dans les après-midis, quatre heures apres le repas principal, il n'est pas douloureux, et il défor-- me d'abord les régions droites de l'abdomen, et plus tard celles du coté gauche. Il disparaît après l'expulsion par l'anus des -- gas presque toujours sans odeur, mais exceptionnellement d'odeur sulfhydrique.

La douleur abdominale est précédée par la douleur de la ré-- gion interscapulaire; elle est de forte intensité, elle appa-- raît et disparaît brusquement, se localise quelquefois a l'hy-- pocondre droit, immédiatement au dessous du rebord costal, et quelquefois dans le flanc droit.

Cette douleur n'a pas d'irradiations thoraciques au abdomi-- nales, ni a la cuisse ni au testicule.

Elle ne fut pas précédée, ni elle coexiste non plus, avec -- des troubles dyspeptiques, gastriques ou duodénaux.

Elle n'a pas été suivie ni accompagnée de jaunisse ni de fièvre.

Elle n'a pas déterminé des changes dans les urines ni dans les fèces.

Lorsque cette douleur a été très forte, elle a provoqué un vomissement qui n'a pas modifié ni sa intensité ni sa durée.

Les crises douloureuses se sont répétées à des intervalles variables, sans aucune cause déterminante appréciable. Quelques unes de ces crises ont été très brèves, tandis qu'il y a eu des crises qui ont duré jusqu'à six heures.

L'exploration de l'abdomen, après la crise, ne donne pas aucun signe d'importance.

Exploration physique.- Sujet de 1 m. 75 de taille, et de 75 Kgm. de poids.

Cheveux grisonnants, lisses, brillants, rares sur les régions fronto-pariétaux.

La peau de la face est épaisse, sèche, et sillonnée par des rides.

Bouffissure des paupières supérieures, sans œdème.

Pupilles circulaires, centrales, d'ouverture normale, égales. Réflexes photo-moteur, moto-moteur et consensuel, normaux.

Conjonctives sans coloration ictérique.

Langue humide, avec vernis saburral sur la base.

Il n'y a pas d'anomalies dentaires.

Muqueuse buccale normale. Muqueuse pharyngienne érythémateuse.

Cou.- Il n'y a pas d'altérations ganglionnaires.

La thyroïde apparaît normale.

Pouls carotidien d'amplitude moyenne, rythmique, égal, sans

aucun signe d'hypertonie vasculaire. On ne peut pas apprécier les battements aortiques.

Thorax.-Face antérieure.- Sous-clavières a leur place.

Système veineux tégumentaire non visible.

On ne voit rien d'anormal sur la face antérieure.

Le choc de la pointe du cœur n'est pas visible.

On ne perçoit pas de choc précordial, par la palpation.

Il n'y a pas d'hyperostoses claviculaires, des côtes ou du sternum.

Aire précordiale normale. La pointe est située sous le cinquième espace, a 105 mms. a gauche de la ligne moyenne. Le contour droit ne dépasse pas le rebord sternal.

Bruit de percussion pulmonaire, normal.

Battements cardiaques rythmiques, 75 par minute; tones faibles dans tous les foyers, sans modifications dans le timbre. In n'y a pas de souffles ni bruit de galop.

Pouls radial rythmique, d'amplitude moyenne, 75 par minute, sensiblement égal des deux côtés.

Artères des membres supérieurs molles.

Thorax.- Région postérieure.- Ampliation thoracique plus grande que la normale.

Bruit de percussion exagérément clair.

Respiration vésiculaire normale. On n'écoute pas des râles. La transmission de la voix se fait normalement.

La zone sur laquelle apparaît la douleur spontanée qui précède les crises abdominales comprend les deux régions interscapulo-vertébrales, depuis la septième cervicale jusqu'à la première lombaire.

Il n'y a pas des points douloureux sur le moignon de l'épau-

le, ni sous-scapulaires, sous-apexiens ou para-vertébraux.

Abdomen en clinostatisme.- Creux épigastrique accentué; flancs élargis. On ne voit pas aucun gonflement dans l'hypochondre droit.

Peau sèche avec quelques squames furfuracées. Il n'y a pas de développement veineux tégumentaire.

Mouvements respiratoires normaux et égaux des deux côtés.

Battement aortique épigastrique perceptible.

Elasticité normale de la peau. Pannicule adipeux diminué.

Les muscles droits sont peu saillants et sa tonicité est diminuée.

Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée.

Tonicité des parois abdominales diminuée.

Le caecum n'est pas palpable; l'on peut palper l'angle sous-hépatique du colon, distendu, dans le flanc droit, au niveau de l'ombilic; la crépitation du transverse sur la ligne moyenne est provoquée à 5 cms. au dessous de l'ombilic; on ne réussit à palper le colon descendant.

Le rebord du foie est palpable dans presque toute sa extension.

On ne palpe pas de tumeur vésiculaire. Il n'y a pas de douleur sur le point cystique ni signe de Murphy.

L'aire hépatique est légèrement descendue et mesure 4 cms. sur la ligne parasternale; 5.5 cms. sur la ligne mammaire, et 6 cms. sur la ligne axillaire antérieure.

La rate n'est pas palpable.

L'aire du tympanisme gastrique est limitée, au-dessus, par le 6me. espace intercostal; sa limite droite arrive à 4 cms. à gauche de la ligne moyenne; l'inférieur à 6 cms. au-dessous du

rebord costal, et le gauche a 12 cms. de la ligne moyenne.

Quatre heures apres le repas, l'on peut encore provoquer le clapotement gastrique sur une petite zone.

Tympanisme méso-gastrique augmenté et de tonalité élevée. Dans la fosse iliaque et dans le flanc droits, le tympanisme est aussi exagéré et de tonalité basse. Dans les autres régions il est normal.

En orthostatisme.

La morphologie de l'abdomen change nettement. Le ventre se gonfle dans les régions sous-ombilicales, sans une grande dépression sus-ombilicale.

Epreuve de Glénard positive dans ses deux temps.

Il n'y a pas des points douloureux soléaires ni mésentériques.

Régions inguinales et membres inférieurs.-

Il n'y a pas d'anomalies ganglionnaires ni dans le squelette.

La sensibilité, la motilité et les réflexes, sont normaux.

Sur la face plantaire des quatre derniers orteils du pied droit, la peau a une couleur violacée. Sur le quatrième orteil il y a une petite tache pale. La douleur y est exquise, intense, éveillée par la moindre pression, ce qui fait presque impossible la station debout. La temperature locale est plus basse que dans le pied gauche. Sur la zone violacée, la pression fait apparaître une tache blanche qui met plus de dix secondes a disparaître.

Sur la pédieuse droite le pouls est a peine reconnaissable, il a presque disparu. Sur la pédieuse gauche le pouls est petit. On ne sent pas battre non plus la tibiale antérieure droite.

te; la postérieure bat faiblement. Les politées et les fémorales des deux cotés, battent normalement.

Les tensions artérielles et les indexs oscillométriques, sont les suivants:

Humérale droite.....	Mx. 12.7--mn.	7.--	Index oscillométrique,	5.5
Humérale gauche.....	Mx. 13.--mn.	7.5	"	4.5
Tibiales droites.....	Mx. 11.5--mn.	7.5.-	"	2.5
Tibiales gauches.....	Mx. 11--mn.	7	"	2.5

Le tracé sphymographique comparé de la radiale et de la tibiale droites, permet d'apprécier un retard franc du battement de la tibiale (0.09"); l'amplitude de l'onde de la tibiale est très diminuée, et il n'y a pas d'onde de dicrotisme, laquelle est très apparente dans la radiale. Un tracé sphymographique comparé des deux tibiales, montra que l'amplitude de l'onde du côté gauche est plus grande que du côté droit, mais elle est aussi diminuée, et que la ligne ascendante s'inscrit, du côté droit, avec deux secondes de retard sur celle du côté gauche. (Voir les graphiques)

La pression du manchon exagère la douleur des orteils.

L'épreuve du bain chaud, exagéra les phénomènes d'acrocyanose et la douleur, pendant dix minutes. La tension artérielle monta légèrement et en même temps l'index oscillométrique diminua un peu.

L'on fit aussi l'examen du tonus neuro-végétatif. Le réflexe occulo-cardiaque est normal (diminution de 8 par minute). Il y a des raies vasomotrices accentuées et persistantes sur la peau de la poitrine. Il y a aussi du dermatisme. Les réflexes pilo-moteur et télotique sont exagérés.

L'étude radiologique du coeur et des gros vaisseaux ne montra pas aucune anomalie cardiaque, et sur l'aorte l'on constata seulement des petites modifications qualitatives du type de l'infil-

tration **schéreuse** discrete. On ne fit pas, a cette occasion, l'étude électrocardiographique. Un électrocardiogramme, pris par M. le Dr. Chávez deux années plus tôt, était complètement normal.

L'étude chimique du sang donna les chiffres suivantes: Urée, 51.6 o/oo; Acide urique, 4.6 o/oo; Glucose, 0.99 o/oo; cholestérine, 2.08 o/oo.

L'analyse des urines, montra un léger augment de l'urobiline. Les autres éléments sont dans la proportion normale. Il n'y a pas d'albumine ni du sucre.

Diagnostic.

Pour nous, ce cadre clinique, dans son ensemble, obéit a deux grands types de troubles fonctionnels:

1.- Troubles circulatoires avec déficit d'irrigation dans le territoire du membre inférieur droit et dans le ventre, dus a l'artérite sténosante dont on put constater la présence dans le membre, et dont on peut avoir la présomption dans quelques branches du réseau mésentérique. Ces troubles circulatoires établissent l'unité de la maladie, depuis les douleurs de la cuisse et de la jambe, en 1922-23, jusqu'aux troubles ischémiques et douloureux des orteils en 1930, en passant par les crises douloureuses qui se sont présentées depuis février 1929.

2.- Troubles neuro-végétatifs, dans les sphères artérielle et intestinale, de type spasmodique, et auxquels l'on doit rattacher la dyspepsie intestinale et les ~~par~~esthésies aberrantes. Au fond de ce déséquilibre neuro-végétatif l'on trouve, comme facteur causal important, un élément endocrinien, préférentiellement thyroïdien.

Si nous avons considérées les crises douloureuses de l'hypocondre droit comme subordonnées a un trouble circulatoire viscéral, et non pas comme des coliques vésiculaires, ca a été par ce que la crise douloureuse n'a pas les caractères du colique vésiculai-

laire. Il y manquent les irradiations, les signes de rétention biliaire, la fièvre, et il y a, en plus, l'innactivité de la cure a Tehuacán. Il n'y a pas, non plus, aucun signe physique vésiculaire, et l'examen radiologique n'a pas montré que des troubles dans l'évacuation, sans aucune autre anomalie.

Appart les crises douloureuses, il y a, dans ce cas, quelques autres douleurs abdominales modérées, non paroxystiques, localisées dans le flanc et dans la fosse iliaque droites, et même dans l'hypocondre gauche. Nous avons interprété ces douleurs comme d'origine intestinale, et dues à l'aérocolie bloquée et à l'entéro-spasme.

Traitement.

D'accord avec le diagnostic formulé ci-dessus, nous avons institué le traitement suivant ce plan général:

Traitement causal.- Suppression des aliments riches en protéines, graisses et cholestérine.

Suppression des toxiques artériels électifs: cognac, tabac.

Soins hygiéniques: éviter les refroidissements, les émotions, la fatigue.

Traitement des lésions.- Médication antisléreuse: iode.

Traitement physio-pathologique.- Médication modificatrice des conditions circulatoires: a)-Antispasmodique.-Passiflore, bromures, lūminal sodique, belladone, ail.

b)- Vaso-dilatatrice.-Nitrite de sodium, acétylcholine, hydrothérapie, héliothérapie, diathermie.

c)- Modificatrice de la viscosité du sang.- Citrate de sodium.

Traitement symptomatique.- De la douleur.- Aspirine, opium.

Bien entendu, tous ces médicaments ont été prescrits alter-

nativement.

Evolution.-

Deux semaines plus tard, les phénomènes locaux du pied droit avaient considérablement diminué d'intensité; seulement sur le quatrième orteil la tache pâle persiste encore, mais elle même et bien moins marquée. La douleur disparaît avec le repos et elle ne s'éveille pas qu'avec la marche. La tension artérielle, dans les tibiales des deux cotés, est montée jusqu'à égaliser celle des humérales (13.5/7.5, Pachon), et l'index oscillométrique est égal dans les deux humérales (5 divisions); il n'a pas varié dans les tibiales gauches (2 divisions et demie), et il est diminué dans les tibiales droites (une division et demie). (Voir les graphiques.)

Le 17 janvier, à trois heures du matin, la douleur réapparut, localisée au bord externe du pied droit et sur les régions plantaire, onguéale et perionguéale du quatrième orteil du même pied, avec irradiation extensive, suivant la face externe de la jambe et la face interne de la cuisse jusqu'à la région inguinale.

Cette douleur était profonde, avec un caractère intrinsèque de brûlure, avec des exacerbations rythmiques matinales -vers trois heures- comme si elle eût été déterminée par la position horizontale du membre inférieur. La douleur ne s'accentue pas en élevant le pied, et au contraire, elle diminue en plaçant la jambe en position pendante, et aussi par l'action du bain chaud prolongé, lequel, au début, intensifiait la douleur. Lorsque cette douleur se présenta, la cyanose du quatrième orteil réapparut.

L'action vaso-dilatatrice du nitrite de sodium et de l'acé-

tilcholine, accentua tellement la douleur, qu'il fut nécessaire d'interrompre leur administration, et même de recourir, dans une occasion, au sédol. Le premier traitement, a base du iode et des antispasmodiques, fut repris. Les conditions circulatoires se modifièrent lentement, mais d'une façon favorable, dans le pied droit. Les douleurs spontanées disparurent les premières; peu à peu, les crises douloureuses des matins disparurent aussi, et finalement, les douleurs provoquées par la pression. Il ne resta que la claudication intermittente et la coloration cyanotique du quatrième orteil, sur lequel se montrèrent des lésions épidermiques et maculeuses et desquamatives, comme celles d'une brûlure de premier degré.

Par contre, le pouls disparut complètement sur la pédieuse droite, et avec le pouls, toute oscillation de l'aiguille de l'oscillomètre, le manchon appliqué sur le tiers moyen de la jambe.

Sur les tibiales gauche, la pression resta la même, et l'index oscillométrique monta à 4 divisions.

L'étude des fémorales montra, pour la droite, une pression de 17/ 9.5, avec un index de 3; et de 17 / 8 pour la gauche, avec un index de 4.

A l'heure actuelle, le malade a pu parcourir trois kilomètres, en marchant à pied, et il a pu aussi rester à cheval, sur des terrains accidentés pendant deux heures et demie, sans souffrir aucune douleur et sans présenter la claudication intermittente. La température locale et la coloration des téguments sur le pied droit, sont tout à fait les mêmes que sur le pied gauche. L'application de la diathermie n'éveille pas la douleur au cou du pied droit, comme elle le faisait au début. La

dernière crise douloureuse abdominale se présenta le 1er. avril et n'est pas réapparue depuis lors. Maintenant le malade est capable de s'adonner a un travail lui imposant une attention soutenue, et il aime l'activité physique, qu'il pratique dans sa ferme. Les oscillations commencent a réapparaître sur le membre inférieur droit. Il reste seulement une certaine diminution de la capacité fonctionnelle des deux membres inférieurs et le météorisme abdominal.

L'urée du sang est descendue a 0.49 (Folin et Wu), et la cholestérine est aussi diminuée jusqu'a 1.59 o/oo dans le plasma (Meyers et Wardell).

Le métabolisme basal, estimé le 5 mai, fut trouvé normal.

PRIMER EXAMEN -miércoles 10 de junio de 1931.

Datos obtenidos por el Dr. VAQUEZ.

TENSIONES

Humeral Derecha.

Mx. 12.

M 9.

Mn. 8.

INDICES OSCILOMETRICOS.

Femoral derecha. Tercio inferior del muslo.

I4 2. 1/2

I2 3.

I0 3.

8 2. 1/2

7 1. 1/2

6 1.

5 3/4

Tibiales 1/3 superior de la pierna derecha

	1a. toma		2a. toma
I4.	0.	I6	1. 1/2
I2	0.	I4	1. 1/2
I0.	0.	I3	1. 1/2 a 1. 3/4
8.	0.	I2	1.
6.	0.	II	1.
5.	0.	I0	3/4
		9	3/4
		8	1/2
		7	1/2
		6	1/4

Tibiales 1/3 superior de la pierna izquierda.

I9	4.
I6	4.
I4	4. 1/2
I2	4. 1/2
I0	2. 1/2
8	1. 1/2 a 2.



HOTEL RITZ

MEXICO, D. F.

México, le 11 Juin 1931.

M. le Général don Plutarco Elías Calles.

Mon Général:

Je tiens à vous confirmer ce que je vous disais ce matin. Vous avez cherché la vérité bien loin et elle était à votre pays. Les diagnostics qui ont été faits à l'étranger ne correspondaient pas à la réalité et ont eu malheureusement l'effet de retarder l'emploi des médications efficaces, qui entre les mains de mes collègues de México et à cause du diagnostic exact qu'ils ont porté, ont donné de si bons résultats.

Il s'agit, évidemment, de troubles circulatoires artériels, localisés à la jambe droite et remontant un peu dans l'abdomen, ce qui explique les troubles intestinaux d'apparence bizarre dont vous avez souffert.

Le reste de votre organisme est tout à fait sain; il n'y a pas d'autres lésions d'organes. Aussi, peut on espérer fermement qu'il n'y ait aucune menace pour votre existence; mais, étant donné les accidents dont vous avez souffert et les modifications qui existent encore dans votre circulation, et surtout pour empêcher le retour de ces accidents, il est nécessaire que vous vous soumettiez à un traitement méthodique et prolongé, que nous avons rédigé ci-joint en collaboration et dont nous attendons les meilleurs effets.

Veuillez, mon Général, accepter l'assurance respectueuse de votre très dévoué

J. J. Saquet

H O T E L R I T Z .
México. D.F.

México, junio II de 1931
Sr. General Don Plutarco Elias Calles.

Mi General:

Confirmando a usted lo que le decia esta mañana. Ha buscado la verdad muy lejos y estaba en el país de usted. Los diagnósticos que hicieron en el extranjero no correspondian a la realidad y desgraciadamente han tenido como resultado retardar el empleo de los tratamientos eficaces, que en manos de mis colegas de México, y de acuerdo con el diagnostico exacto que han hecho, le han dado tan buenos resultados.

En su caso se trata evidentemente de trastornos circulatorios arteriales, localizados en la pierna derecha y que se propagan un poco al abdomen, lo que explica los síntomas intestinales de apariencia extraña de que usted sufre. El resto de su organismo está completamente sano; no hay otras lesiones orgánicas. En consecuencia se puede esperar firmemente que no se encuentre amenazada su existencia; pero dados los accidentes que ha sufrido usted, y las modificaciones que aún existen en la circulación, y sobre todo para impedir -- que vuelvan los accidentes es preciso que se someta usted a un tratamiento metódico y prolongado que hemos redactado en colaboración y del cual esperamos los mejores resultados.

Sírvase mi General aceptar las seguridades de mi más respetuosa consideración.

H. Vaquéz
Rúbrica



HOTEL RITZ

MEXICO, D. F.

Les Médecins sous signés conseillent:

1.- Une vie aussi calme que possible, bien réglée, mais compatible avec une activité normale, pourvu qu'elle ne soit pas exagérée. Se reposer après le repas pendant une heure ou une heure et demie. Eviter de recevoir plusieurs personnes à la fois. Suspendre les rendez-vous dès qu'on se sent un peu fatigué.

2.- Alimentation. S'en tenir exactement aux prescriptions qui ont été faites par les Docteurs Melo et Chávez.

3.- Pendant une semaine sur deux, prendre le matin vers 8 heures et le soir vers 5 heures, un paquet d'un gramme de charbon végétal et pendant le même temps, une demie heure avant chacune des trois repas, 7 gouttes de teinture de belladone (21 gouttes par jour).

4.- Traitement de l'arterite. Faire 30 séances d'infra-rouges en même temps que 30 piqûres d'Angioxyl (séances et piqûres quotidiennes).

Les infra rouges sont appliqués de la façon suivante: Les 5 premières séances ne seront que de 10 minutes par champ, à 15 cms. Les autres seront de 15 minutes, les 10 premières minutes à 15 cms. et les 5 dernières le plus près possible. Les trois champs sont: face antérieure - un champ du pied au genou, un champ sur la cuisse; face postérieure - un champ du pied au genou.

Le traitement par l'Angioxyl exige 7 boîtes de 10 ampoules (injections intra-musculaires). Première injection, 1c.c.; les 4 autres, chacune 2 cmc.; les 10 injections suivantes, 4 cmc.; les 15 dernières, 6 cmc.

Ce traitement doit être renouvelé tous les ans.

Enfin nous estimons que l'usage du tabac est très préjudiciable et nous serons heureux que le malade en diminue de plus en plus l'emploi ou le supprime complètement.

Le traitement précédent sera appliqué dès maintenant; nous jugerons des effets et au moment de notre dernière reunion nous verrons s'il faut le modifier. Ainsi sera question de discuter que le traitement physiothérapique.

[Signature]

Los Médicos que subscriben aconsejan:

- 1.- Una vida tan quieta como sea posible, metódica; pero compatible con una actividad normal, siempre que no sea exagerada.
Reposar después de las comidas por espacio de una hora o de una hora y media.
Evitar la atención a varias personas a la vez y suspender las reuniones desde el momento en que principie a sentir fatiga
- 2.- En lo que toca a la alimentación sujetarse exactamente a las prescripciones que han sido hechas por los doctores Melo y Chávez.
- 3.- Una semana sí y otra no tomar en la mañana a las ocho y en la tarde a las cinco un paquete de un gramo de carbón vegetal y durante el mismo tiempo, media hora antes de cada una de las tres comidas, siete gotas de tintura de belladona (veintiún gotas en el día)
- 4.- **TRATAMIENTO DE LA ARTERITIS:** Practicar 30 sesiones de infra rojos al mismo tiempo que 30 inyecciones de agioxyl (sesiones e inyecciones cuotidianas)
Los infra rojos se aplican de la manera siguiente:
Las cinco primeras sesiones no serán más que de diez minutos por campo a quince centímetros.
Las otras serán de quince minutos, los diez primeros minutos a quince centímetros y los cinco últimos lo más cerca posible.
Los tres campos son:
1.- en la cara anterior del pie a la rodilla.
2.- en la cara anterior sobre el muslo
3.- en la cara posterior del pie a la rodilla.
El tratamiento por el angioxyl exige el uso de siete cajas de diez ampolletas----- (inyecciones intramusculares)
Primera inyección de un centímetro cúbico
Las cuatro siguientes de dos centímetros cúbicos cada una.
Las diez siguientes de cuatro centímetros cúbicos cada una.
Las quince últimas de seis centímetros cúbicos cada una
Este tratamiento debe renovarse cada año.

En fin estimamos que el uso del tabaco le es perjudicial y veríamos con gusto que fuera disminuyendo poco a poco el número de cigarros que fuma o que dejara de fumar completamente.

El tratamiento precedente será aplicado desde luego, juzgarémos de los resultados y cuando celebremos nuestra última reunión veremos si conviene modificarlo, así como también nos ocuparémos del tratamiento fisioterápico.

H. Vaquéz.
Rúbrica.

SEGUNDO EXAMEN -sábado trece de junio.

El Dr. VAQUEZ practicó la exploración radiológica que corroboró los--
datos obtenidos por el Dr. Chávez.

TERCER EXAMEN -miercoles diecisiete de junio de 1931
Cinco días después de iniciado el tratamiento de la arteritis indicado
por el Dr. Vaquéz.

INDICES OSCILOMETRICOS

Muslo derecho 1/3 inf.

18.	2.
16.	2.
14.	3.
13.	3. a 3. 1/2
12.	3. 1/2
11.	3.
10.	2. 1/2 a 3.
9.	2.
8.	1. 3/4
7.	1. 1/2
6.	1. 1/4

Muslo izquierdo 1/3 inf.

18.	3.
16.	5.
14.	5. 1/2
12.	6.
11.	5. 1/2 a 6.
10.	4. 1/2
9.	3.
8.	2. 1/2
7.	2.
6.	1. 3/4

Pierna derecha-tercio inferior.

18.	nada
16.	nada
15.	nada
14.	nada
13.	Huellas
12.	1/4
11.	1/2
10.	1/2
9.	1/2 a 3/4
8.	3/4
7.	1/4
6.	1/4

Pierna derecha-1/3 sup.

18.	Huellas
16.	1/4
14.	1/2
13.	3/4
12.	1.
11.	3/4 a 1.
9.	1. a 1. 1/4
8.	1. 1/4
7.	3/4
6.	3/4

Pierna izquierda 1/3 sup.

18.	1. 1/2
16.	2. 1/2
14.	3. 1/2
12.	5.
11.	5.
10.	4. 1/2
9.	4.
8.	3.
7.	2. 1/2

INDICES OSCILOMETRICOS

Muslo derecho 1/3 inferior
Femoral

18.	3.
16.	3.1/2
14.	4.
13.	4.1/2
12.	4.1/2
11.	4.
10.	3.1/2
9.	3.
8.	2.1/2
6.	2.

Pierna derecha 1/3 superior
Tibiales

18.	huellas
16.	huellas
15.	1/2
14.	1/2
13.	3/4
12.	1.1/2
11.	1.1/2 a 1.3/4
10.	1.3/4
9.	1.3/4
8.	1.1/4
7.	3/4
6.	3/4 a 1.

Pierna derecha 1/3 inferior.
Tibiales

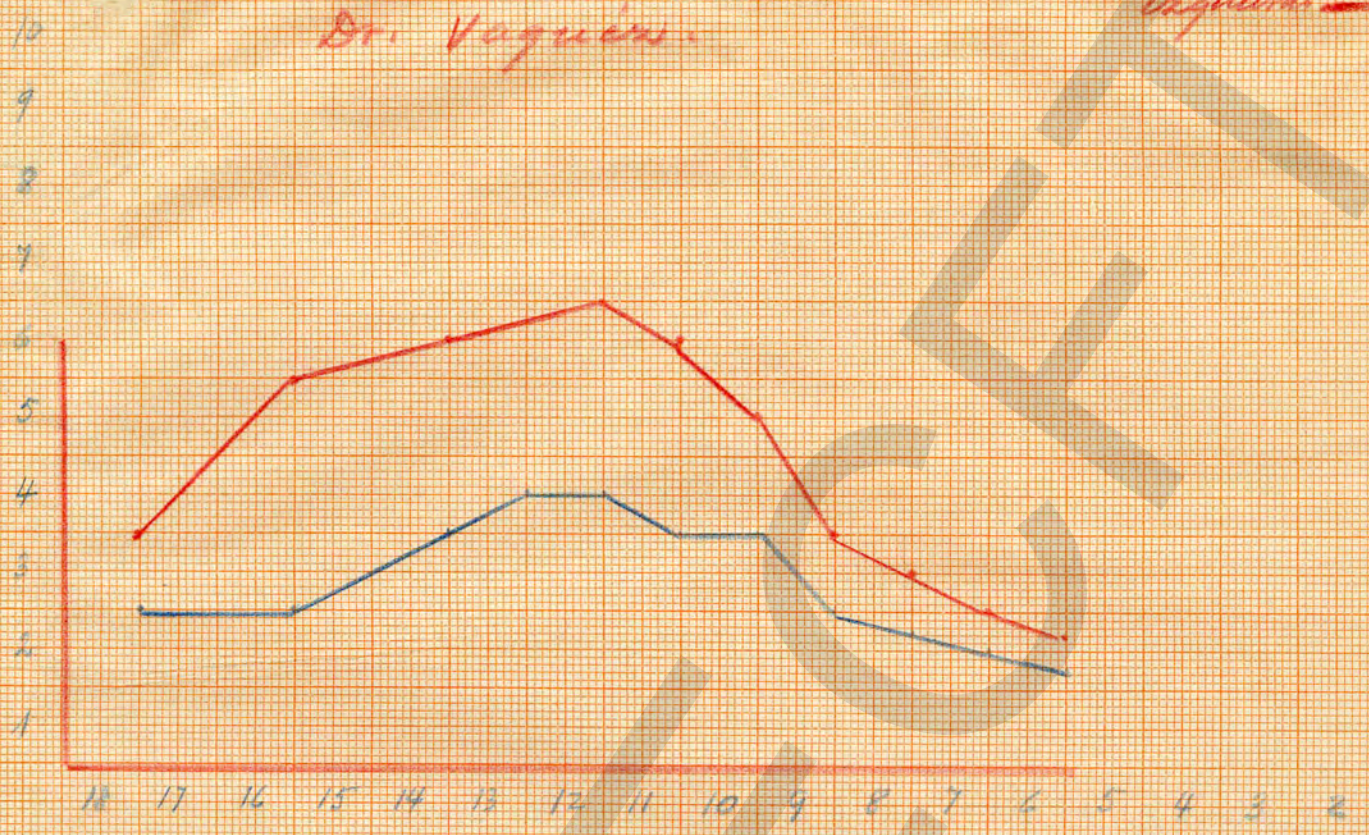
14.	1/4
12.	1/4 a 1/2
10.	1/2
9.	1/2
8.	1/2
7.	1/4

1. Osc. m. m. 1/3 inferior

VI/17/21

de la mano —
izquierda —

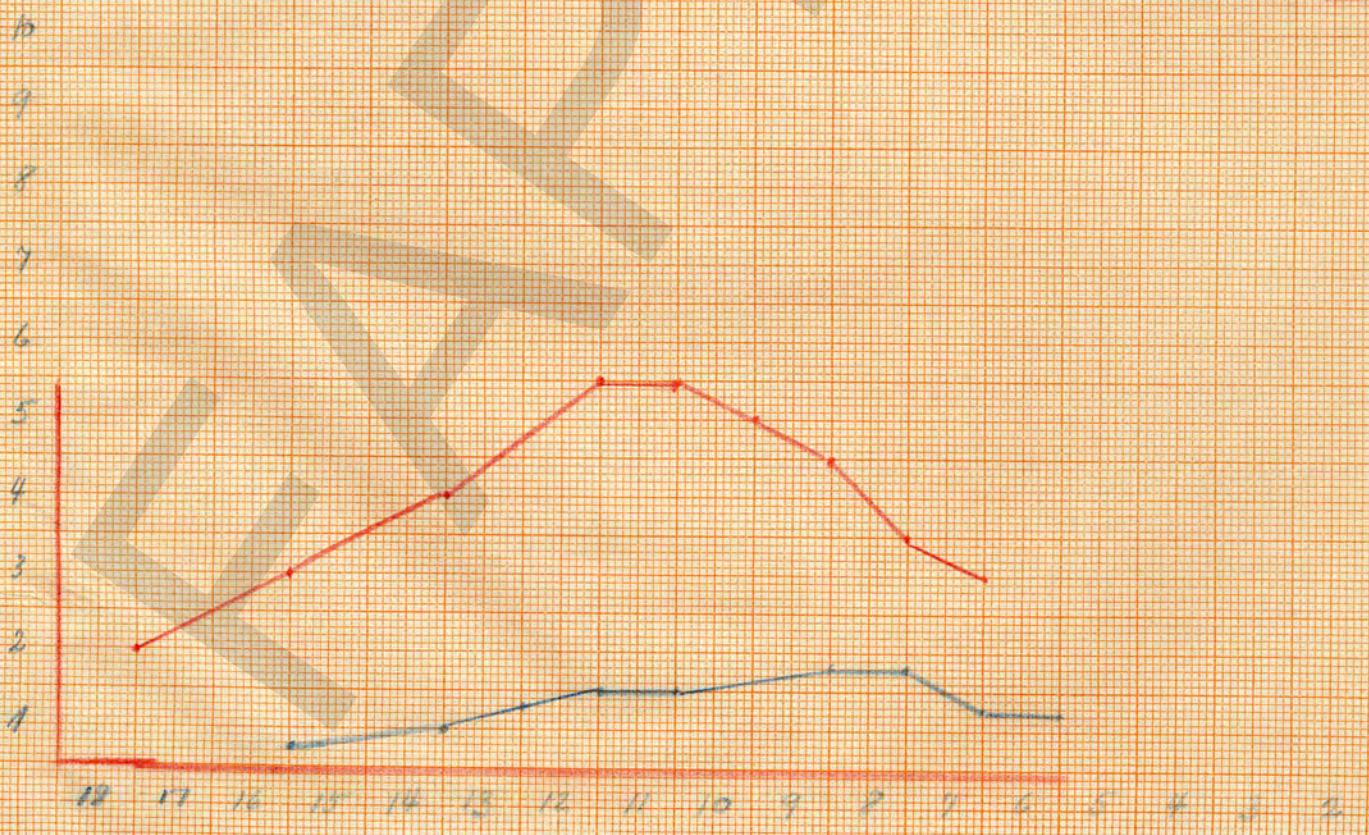
Dr. Vaguiera.



1 osc. piernas 1/3 sup.

VII/17/21

derecha —
izda. —

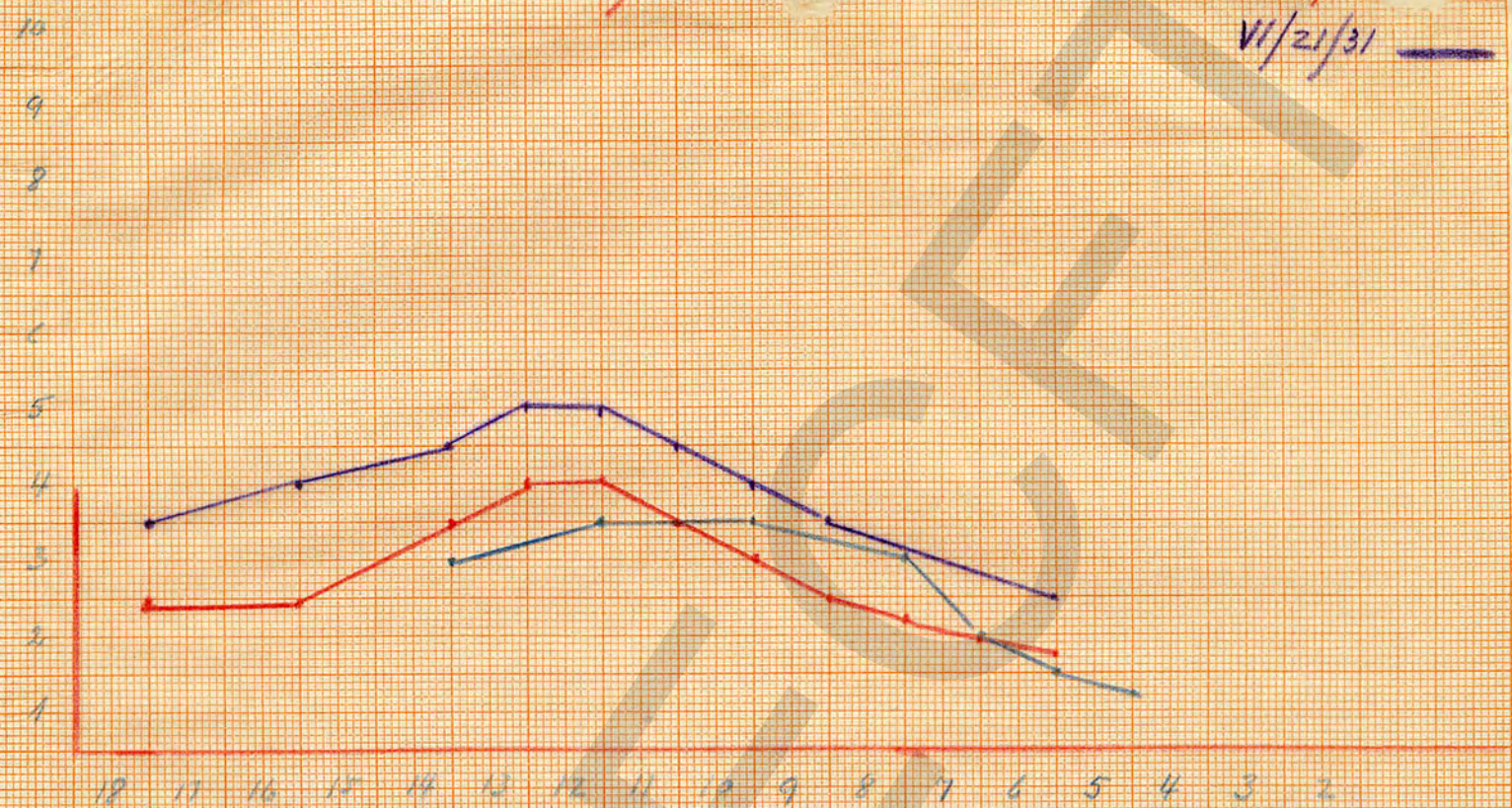


1. Ocul. femoral derecho 1/3 1. mm. 1st. mudo. ⁵⁸ VI/10/31

Dr. Vagueras

VI/17/31

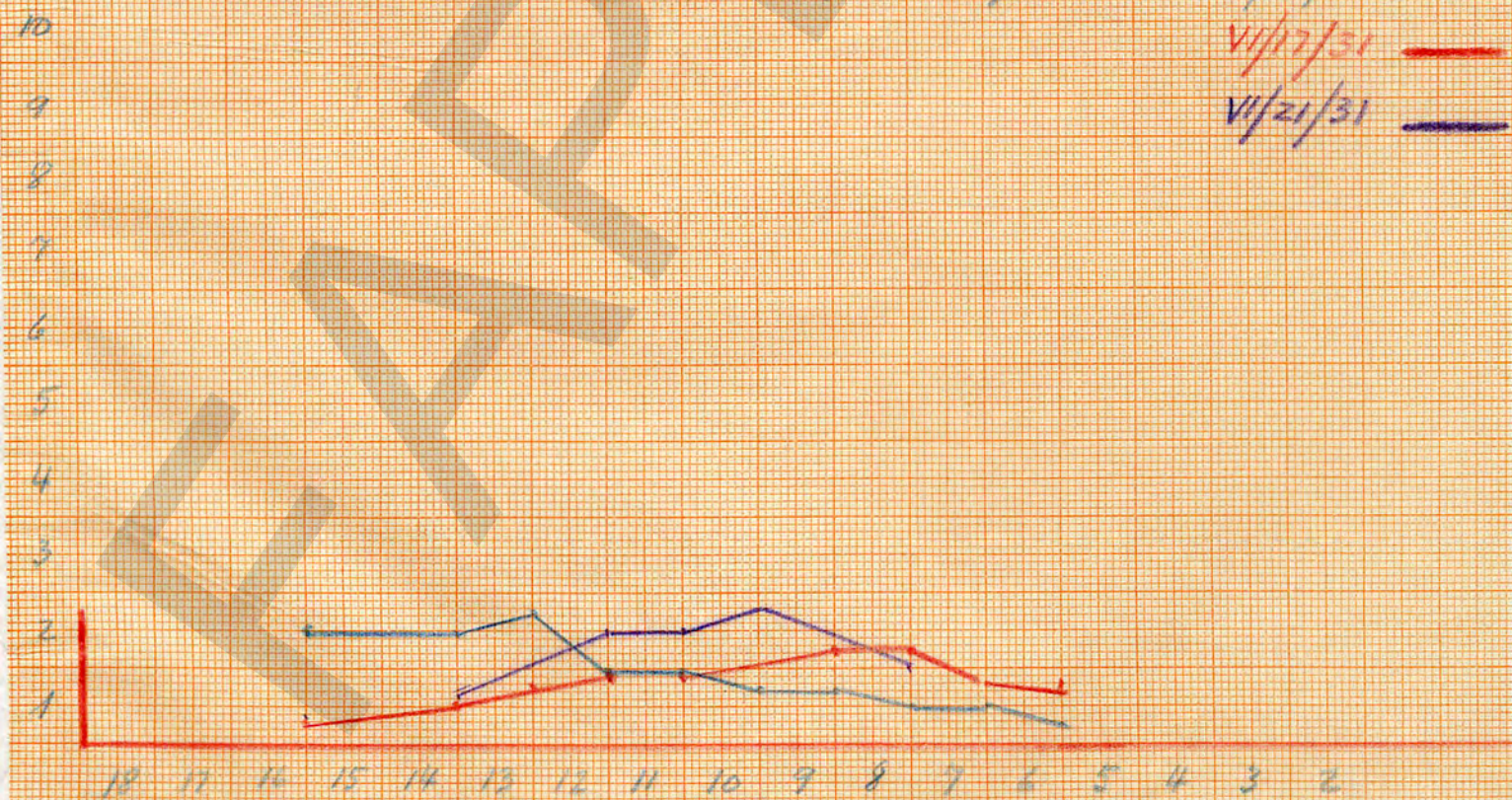
VI/21/31



1. Ocul. tibiales derechos 1/3 sup. de la pectoral VI/10/31

VI/17/31

VI/21/31





México, D. F.

La santé générale reste toujours aussi satisfaisante. L'état local indique une persistance normale des oscillations au dessus du genou. A la jambe elles sont réduites dans de notables proportions, mais même si elles disparaissaient cela n'indiquerait pas un arrêt de la circulation, mais seulement une uniformisation des pressions la circulation du membre étant par ailleurs assurée. De reste nous avons bon espoir qu'avec la continuation du traitement les oscillations resteront suffisantes.

Nous conseillons :

- 1) de persister dans les prescriptions faites antérieurement relatives à l'hygiène et à l'alimentation.
- 2) De recommencer tous les ans le cure par les injections d'angioxyl & les rayons infra-rouges suivant indications.
- 3) Dans l'intervalle reprendre le temps à autre le traitement par l'iodolactone à la dose de 3 comprimés pendant 10 jours de suite.

Les dix jours suivants au début des 2 repas dix gouttes à 15 gouttes de teinture de belladone.
 Traitement à reprendre tous les deux mois -

4) On pourrait également voir le milieu
de l'année reprendre pendant un mois
le traitement angioxylique par la bouche
à la dose de 3 cuillères à café par jour.
Pendant le traitement on ne prendrait
aucune autre médication.

5) La cure physiothérapique par la
diathermie pourrait être utilement conseillée
en même temps que l'emploi de
l'iodolactine et la Belladone, end. due
pendant vingt jours.

6) La cure prescrite antérieurement par
le D^r Melo pour les troubles gastro-intestinaux
serait indiquée si elle - il reparait -

Recommandation: Avoir toujours soin
de faire les ampoules d'angioxylique
par le prof. Vague sur les indications
et la fourniture.

Vague

23 Juin 31

60

El estado general sigue siendo bastante satisfactorio. El estado local indica una persistencia normal de las oscilaciones arriba de la rodilla. En la pierna están reducidas en proporciones notables pero aún cuando llegaran a desaparecer eso no indicaría una falta de circulación, sino solamente la uniformidad de las presiones estando por otra parte ya asegurada la circulación en el miembro. Por otra parte, tenemos la buena esperanza que al continuar el tratamiento las oscilaciones serán suficientes.

Nosotros aconsejamos:

- 1) Persistir en las prescripciones hechas anteriormente relativas a la higiene y a la alimentación.
- 2) Empezar cada año la cura por las inyecciones de angioxyl y los rayos infra rojos según indicaciones.
- 3) En el intervalo hacer de tiempo en tiempo el tratamiento por la yodolactina a la dosis de tres comprimidos durante diez días consecutivos. Los diez días siguientes al principio de las dos comidas principales tomar de 7 a 15 gotas de tintura de belladona. Renovando este tratamiento cada dos meses.
- 4) Se podría igualmente, a mitad del año, hacer durante un mes el tratamiento por el angioxyl ingerido a la dosis de tres cucharaditas cafeteras por día. Durante este tratamiento no tomar ninguna otra medicación.
- 5) La cura fisioterápica por la diatermia podría ser útilmente aconsejada por el mismo tiempo que el empleo de la yodolactina y la belladona, es decir: durante veinte días.
- 6) La cura prescrita anteriormente por el Dr. Melo para los trastornos gastro intestinales volverá a estar indicada si estos reaparecen.

Recomendaciones. - Tener cuidado siempre de que las ampollitas de Angioxyl estén completamente limpiadas.

Por instrucciones que deja el Profesor Vaquéz serán puestas a la disposición por el agente en México.

Junio 23 de 1931.

Dr. H. Vaquéz
Rúbrica.

