

MISIÓN RUSA DE HIGIENE.—Presidida por el Dr. SEMACHKO, profesor de Higiene social en la Facultad de Medicina de Moscú y Comisario del Pueblo en la Sanidad pública, se anuncia el viaje de una comisión de higienistas rusos a los países occidentales para ponerse en contacto con las diversas organizaciones de Higiene y Sanidad y estudiar la organización de la enseñanza médica.

NUOVO INSTITUTO DE HIGIENE.—La República Checo-Eslovaca proyecta, de acuerdo con la fundación Rockefeller, la creación de un importante Instituto de Higiene, cuyos objetivos serían el mejoramiento de la Sanidad pública y la formación de personal especializado.

El control sanitario de viviendas y establecimientos industriales, dependerá asimismo de este Instituto que estará dividido en secciones dedicadas a sueroterapia, epidemiología, alimentación, higiene de la vivienda, higiene industrial y del trabajo.

LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER.—En las Jornadas médicas de Bruselas el Dr. RÉGAUD, del Instituto del Radium de París, ha expuesto con claridad el problema actual de la lucha contra el cáncer. La complejidad del asunto exige el concurso de numerosos especialistas, el establecimiento de laboratorios múltiples, y el entretimiento de un material costoso. En estas condiciones es de desear la agrupación alrededor de una organización única de colaboradores y material. A pesar de los progresos efectuados, la terapéutica del cáncer se halla todavía en un período de tanteos y de investigaciones; todavía no puede prometerse al público la curación de esta enfermedad. Los resultados obtenidos en el Instituto del Radium de París en el tratamiento del cáncer de la lengua son de los más instructivos: en los últimos cuatro años han sido tratados 200 cancerosos. De 174 enfermos vigilados durante más de un año y medio un 24 por 100 ha curado completamente al parecer y un 26 por 100 ha curado localmente pero ha muerto por generalización, lo que arroja un resultado favorable en el 50 por 100 de los casos. Precisa señalar que en el conjunto de enfermos tan solo un 18 por 100 presentaba lesiones operables.

La radioterapia da resultados buenos en los cánceres epidérmicos; mediocres en los neoplasmas de las glándulas, y nulos en el cáncer del tubo digestivo.

Para proseguir los estudios de GYE y BARNARD sobre la etiología del cáncer, un filántropo inglés, Mr. DUNN, ha donado 10.000 libras esterlinas, que pagará en cinco cuotas anuales iguales.

El Dr. GYE ha anunciado que había inmunizado con una vacuna preparada con el "virus del cáncer", animales de experimentación a los que luego, a pesar de inyectarles cultivos que contenían el germen e inocularles extractos de tejido canceroso, no les apreciaba ninguna manifestación patológica.

LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD INFANTIL EN ITALIA.—En 1923 por cada 1.000 nacidos vivos, murieron en Italia 130 antes del primer año. De 1.200.00 niños que nacen anualmente en Italia, 240.000, es decir, más de 1/5, mueren en los tres primeros años. De 100 niños nacidos vivos, 70 tan sólo llegan a los cinco años. Italia pierde cada dos años tantos niños menores de 3 años como soldados le costó la guerra europea, esto es 500.000. La provincia de mayor mortalidad infantil es Lombardía: 160 por 1.000. Hagamos notar que la mortalidad infantil alcanza a 90 por 1.000 en Inglaterra, Estados Unidos y Suiza, 80 por 1.000 en Dinamarca y 50 por 1.000 en Australia y Nueva Zelanda.

LA PROTECCIÓN A LA MADRE Y AL NIÑO DE PECHO EN RUSIA.—Se han establecido en Leningrado, Karkow y Moscú tres "Institutos Científicos" con objeto de estudiar por una parte los métodos de asistencia maternal e infantil y por otra contribuir a la formación científica de especialistas de todas categorías: médicos, enfermeras visitadoras, comadronas, etc.

Estos Institutos mantienen Consultorios para mujeres embarazadas, niños de pecho, segunda infancia, y heredo sífilis. Un hospital anejo recibe a las embarazadas de la clase obrera seis u ocho semanas antes del parto, cuando no les es posible descansar en sus casas conforme manda la ley. Después del parto la mujer que amamanta a su hijo puede permanecer igualmente seis u ocho semanas más en el hospital.

NOMBRAMIENTOS.—Ha sido nombrado catedrático de neuro-psiquiatría en la Facultad de Medicina de Damasco (Siria), el profesor JUDE.

Ha sido nombrado, por concurso, tocólogo de los hospitales de París, el doctor PORTES.

NECROLOGÍA.—Han fallecido, SANDOW, de Londres, entusiasta propagador de la cultura física. Samuel MARMADUKE DUNWEDDIE CLARK, antiguo profesor de Ginecología y Obstetricia en New-Orleans. LERRY BROUN, presidente de la Sociedad Obstétrica de New-York. Albert RICHAUD, profesor de Farmacología y Terapéutica de la Facultad de Medicina de París y Miembro del Consejo Superior de Higiene.

También ha fallecido a los 70 años de edad el doctor H. LUC, venerable apóstol de la Otorinolaringología francesa.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

El parásito y el tratamiento médico de la amibiasis. CH. GARIN.

Bajo la denominación de *Entamaeba dysenteriac* los zoólogos incluyen hasta quince amibas distintas. Y este parásito se nos presenta bajo tres formas anatómicas diferentes: la *E. histolytica*, la *E. tetragena* y su *Quiste tetrasporo*.

Sobre su desarrollo no conocemos más que las fases esquizogónicas, pues las fases sexuadas que ilustran los libros son hipotéticas. Enfrente de esta amiba patógena se coloca la *E. coli*, amiba banal, saprofita, cuyas diferencias con la primera estriban tan solo en la distinta disposición de la cromatina en los núcleos y por el número de esporos de los quistes que es de cuatro en la primera y de seis u ocho en la segunda.

No obstante cabe preguntar si no se trata de una sola especie, si la *E. coli* no sería la misma que la *E. histolytica*, pero degradada por el parasitismo, pues hay menos diferencias morfológicas entre ambas que entre el *Plasmodium falciparum* y el *Pl. vivax* del paludismo que no son más que formas sucesivas de un parásito único.

Lo cierto es que hay hechos de clínica y de laboratorio que demuestran que la *E. coli* puede ser patógena y sensible a la emetina.

El pasto alimenticio de las amibas lo constituyen las bacterias (estreptococos, b. piocianico, b. coli) para todas ellas, exceptuando naturalmente la forma quística, y los hematies para la *histolytica*. Pero la flora microbiana intestinal es distinta según los países por diferencias de clima, atmósfera y alimentación y con relación a esto se plantea la cuestión, no dilucidada aún, de si de esta diferencia de pasto microbiano dependerán los caracteres clínicos distintos de la amibiasis de nuestros climas y de los de la amibiasis de los países cálidos, pues con esta enfermedad no acontece como con la tuberculosis del europeo, por ejemplo, cuya evolución es sensiblemente la misma bajo todos los climas.

Contagio: La suciedad de las manos, la promiscuidad, la cohabitación, las moscas coprófagas juegan un papel indudable. El del agua de bebida, en donde los amibas y sus quistes pierden rápidamente su vitalidad, parece mucho menos importante. La infección por los quistes desecados y aspirados con el polvo puede tener lugar ciertamente, como la demostración experimental lo ha comprobado, pero el resultado ha sido negativo en la mayoría de los casos.

La amibiasis es una infección general, de la cual la disenteria amibiana no es más que la localización más frecuente, aunque no la única, pues la vemos localizada en el hígado, pulmón, cerebro, piel, aparato reno-vesical.

Puerta de entrada: Podría afirmarse en absoluto que la *puerta de entrada de la infección es siempre la boca y vías digestivas*, si no existieran algunos casos raros de amibiasis pulmonar sin localización primitiva intestinal demostrable clínica ni coprológica.

Pero en los demás casos, existe antes de la localización distinta de la intestinal, un cuadro de disenteria amibiana más o menos intenso.

Guías del tratamiento: Son dos: ambas importantísimas y que jamás deben olvidarse: la observación clínica y el análisis microscópico de las heces que debe practicarse concienzudamente antes de instituirlo para orientarlo convenientemente, repetirlo durante el mismo para comprobar sus efectos y obrar en consecuencia y largamente después para prevenir recidivas.

Agentes terapéuticos: Emetina y arsenicales y algún otro en determinados casos poco frecuentes.

El clorhidrato de emetina: Es un verdadero específico contra la amibiasis y constituye generalmente la base del tratamiento. Inconvenientes: es ineficaz contra los quistes y contra los parásitos asociados, se acumula, puede dar lugar a emetino-resistencia y provocar accidentes cardíacos sincopales y neuritis.

Es útil en todas las localizaciones, menos en los abscesos cerebrales y sub-periósticos que requieren intervención quirúrgica. En las disenterias y rectitis crónicas sus efectos son poco brillantes.

El *novarsenobenzol* es útil en los enfermos anemiados principalmente, cuyo estado general mejora rápidamente. Tampoco actúa contra los parásitos asociados.

El *stovarsol* es de acción más tardía contra las amibas desnudas que la emetina, pero es eficaz contra los quistes y los lamblías libres o quísticos. Algunas veces, como con la emetina, las amibas resisten completamente a su acción y puede provocar como los arsenobenzoles, accidentes tóxicos con vómitos, fiebre y erupción morbiliforme. Es poco tóxico y se administra por vía bucal.

El *acetylarsan*, derivado del anterior es aun menos tóxico, más activo, actúa sobre los lamblías y los tricomonas. Los espiroquetas asociados, unos resisten y otros sucumben al acetylarsan y al stovarsol. Actúa sobre los quistes y sus resultados, casi siempre muy notables, son en algunos casos de eficacia inmediata.

Indicaciones, dosis, asociaciones de medicamentos, etc.: En los casos agudos o sub-agudos de primera invasión, sin quistes (que no aparecen hasta el 15.º día) ni protozoarios asociados, ni tratamiento anterior que podría haber provocado la emetino-resistencia, con integridad funcional del corazón y riñones, podemos intentar la curación radical administrando 20 cgs. diarios en dos inyecciones, durante tres días seguidos (60 centigramos en total). En estos casos, tan raros en la práctica, vemos desaparecer el parásito en 24 horas. El enfermo debe permanecer en cama e ingerir 1/2 litro de café por día. Pero en los casos corrientes la emetina se administra en dosis diarias de 8 centigramos en una o dos inyecciones, tres días seguidos cada semana, durante cuatro semanas. La dosis total en un mes habrá sido de 98 centigramos y no debe pasarse de ahí por razón de la acumulación del medicamento. En el niño de 2-5 años la dosis será de 2 centigramos y no se debe sobrepasar los 30 centigramos en un mes.

En el adulto, las dosis de 2-4 centigramos diarios son tan temibles respecto al resultado curativo como las dosis excesivas respecto a la intoxicación, pues conducen fácilmente a la emetino-resistencia que no se presenta casi nunca en los enfermos vírgenes de tratamiento emetínico. No debemos aceptar la afirmación de emetino-resistencia por la sola observación clínica, sino después de haber comprobado por los análisis coprológicos la no existencia de quistes o protozoarios asociados, lamblías o tricomonas por ejemplo.

La emetino-resistencia puede durar más o menos, pero no es definitiva. En caso de asociación de parásitos o presencia de quistes, asociaremos los arsenicales (uno u otro según los casos); caso de emetino-resistencia, los arsenicales serán la base del tratamiento. *Si las amibas desnudas persisten en las heces después de 2 días con dosis de 8 centigramos diarios, debe admitirse la emetino-resistencia.*

Los mejores resultados con la emetina, se obtienen, aparte de la disenteria aguda, en las localizaciones pulmonares, hepáticas y urinarias. La inyección en la cavidad de un absceso abierto quirúrgicamente es inútil: antes y después de la intervención debe seguirse la administración por vía subcutánea.

El *novarsenobenzol* se emplea en inyección intra-venosa (15-30 centigramos) cada 4-8 días durante un mes y asociado a la emetina o entre las curas de este medicamento. Ya hemos dicho sus indicaciones.

El *stovarsol*, en *tratamiento de ataque mixto* se administra a la dosis de 75 centigramos *pro die* durante las semanas primera y tercera. La segunda y cuarta son tributarias de la emetina a la dosis corriente de 8 centigramos diarios. Sus indicaciones son los períodos evolutivos serosos y presencia de quistes o asociación de lamblías o espiroquetas.

En el *tratamiento puro con stovarsol solo*, se administran 3-4 comprimidos diarios (75 centigramos—1 gramo en agua ligeramente alcalinizada) durante una semana; luego una se-

mana de reposo y otra como la primera. Su indicación principal es la emetino-resistencia.

El *tratamiento de convalecencia* o de entretenimiento, como con los demás arsenicales, consiste en la administración de dosis pequeñas durante largo tiempo (25 centigramos en días alternos, durante uno o dos meses) o entre los períodos de emetina para afianzar los resultados obtenidos y elevar el estado general de los enfermos, muchos entre ellos, profundamente anemiados, débiles o desnutridos.

Con el *acetylarsan*, el *tratamiento mixto* dura también cuatro semanas: durante los tres primeros días de cada una de ellas, se administran 8 centigramos de emetina, el cuarto 75 centigramos de acetylarsan en inyección intramuscular que lo propio que la subcutánea es indolora. Después de la primera inyección, el número de deposiciones es normal y las amibas desnudas han desaparecido. Después de la segunda desaparecen los quistes, si existían.

El *tratamiento con acetylarsan solo* consiste en una primera inyección de 75 centigramos, otra igual al tercer día y las siguientes a igual dosis cada ocho días, hasta 7 u 8 inyecciones. El tratamiento es bien tolerado y los resultados sorprendentes algunas veces y como amibicida solo la emetina puede compararsele. Los lamblías y tricomonas desaparecen a la primera inyección generalmente.

Terapéutica de la amibiasis asociada a otras enfermedades. Asociación de bacilo y amiba disentericos: Asociación muy grave que debe tratarse ante todo con dosis masivas de suero anti-disentérico. Emetina a dosis prudentes vigilando el aparato cardio-renal y administrando cafeína o digital. La influencia beneficiosa de la emetina se ejerce principalmente sobre el número de deposiciones.

Asociación amibo-tífica: De gravedad variable, la emetina está justificada y es útil a dosis moderadas, vigilando atentamente a los enfermos.

Asociación amibo-tuberculosa: La amibiasis agrava la tuberculosis, tenga lugar la coexistencia de ambos gérmenes en el pulmón o en el intestino. El tratamiento de la amibiasis, bien tolerado por los tuberculosos, no debe, por tanto, diferirse.

Además, parece cierto que una localización intestinal de la amibiasis va seguida prontamente de otra localización igual del b. de Koch en un tuberculoso pulmonar primitivamente.

Los casos rebeldes: Con la terapéutica indicada estamos bien armados en la mayoría de los casos para combatir la amibiasis. Se presentan, no obstante, casos rebeldes a toda medicación, principalmente en las amibiasis contraídas en los países tropicales, de donde se desprende la indicación de repatriar a estos enfermos. Pero aun en nuestros climas, vemos casos de esta índole. Contra ellos se han propuesto numerosos remedios (*Kos-sam, simarouba, yoduro doble de bismuto y emetina*, etc.), que al autor no han proporcionado la más pequeña mejoría.

Emplea él en estos casos rebeldes, con ulceraciones profundas del recto, la terapéutica local, a base de irrigaciones conteniendo ipeca o quinina y preferentemente esta fórmula: colargol, 20 gr.; carbonato de bismuto, 60 gr.; tintura de yodo, 2 gr.; agua, c. s para 150. Una cucharada en 4 o 500 gr. de agua tibia. Dos al día.

Respecto al sulfato de sosa en los enfermos constipados, recomienda suma prudencia y prefiere el stovarsol o el acetylarsan.

Los amibianos sin amibas en las deposiciones: Son enfermos con la mucosa intestinal destruída, las paredes cólicas esclerosadas, con bridas y adherencias debidas a reacción peritoneal, o con insuficiencia suprarrenal, etc. A los últimos les es útil la opoterapia. A los primeros, la repatriación, el clima de altura, la belladona y la atropina. Pero son muchas veces enfermos incurables en los que tras estas medicaciones de espera, debemos intentar un nuevo ataque con los agentes específicos. Lo que en realidad podemos y debemos hacer es lograr que disminuya su número con un diagnóstico precoz, una orientación terapéutica en relación con los datos proporcionados por el laboratorio y un tratamiento persistente bajo el control del análisis coprológico teniendo presente que la amibiasis presenta períodos de calma y curación aparente en que sólo este análisis repetido nos puede orientar de un modo seguro sobre el estado real de la enfermedad. No haremos así otra cosa que la que hacen los sifiliógrafos muy racionalmente respecto la reacción de Wassermann. (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 5 Marzo de 1925.)

Un nuevo síntoma de la angina de pecho. El signo visceromotor de la mano. J. HATZIEGANU y L. TELIA.

Dentro del cuadro sindrómico de la angina de pecho ocupan un lugar casi predominante los fenómenos dependientes de la esfera sensitiva, habiéndose señalado como único signo motor acompañando la crisis, la contracción de los músculos intercostales, que según MACKENZIE explicaría la sensación de constricción torácica tan característica del acceso anginoso.

Los autores han puesto una especial atención en el estudio de los fenómenos reflejos motores que pueden acompañar a la angina de pecho.

La observación de algunos casos clínicos bien caracterizados ha permitido a los autores aumentar el cuadro de la angina de pecho con un nuevo síntoma de orden motor que afecta a la extremidad superior izquierda, paralelamente a la irradiación sensitivo dolorosa de este mismo lado.

Este nuevo signo puede aparecer en las incipencias del angor y es por ello que su conocimiento tiene un cierto interés práctico.

Consiste en una serie de contracciones clónicas o tónicas de los elementos musculares de la extremidad superior inervados por determinados filetes de los nervios mediano y cubital, procedentes de los segmentos radicales último cervical y primero dorsal.

Estas contracturas aparecen por lo regular desde las primeras manifestaciones anginosas y pueden prolongarse por algún tiempo después del acceso. La mano queda flexionada sobre el antebrazo y los dedos encorvados en forma de garra.

Esta contractura es unas veces de forma tónica parecida a la tetania mientras que en otras ocasiones se manifiesta bajo la forma de contracciones clónicas.

La contractura interesa frecuentemente los dedos anular y meñique tomando el aspecto característico de la mano en actitud de violinista.

Los autores para explicar la producción de este nuevo reflejo visceromotor propio de la angina de pecho invocan un mecanismo idéntico al descrito por MACKENZIE para con el reflejo visceromotor de los músculos intercostales. En este caso las fibras centripetas sensitivas cardio aórticas transmitirían a la médula cervico-dorsal la excitación dolorosa la cual actuando sobre las células de las astas anteriores determinarían la contractura de los músculos pectorales e intercostales.

El nuevo reflejo visceromotor del miembro superior es tributario de la misma explicación. Los filetes sensitivos cardio-aórticos llegan por los ramificantes a la octava raíz cervical y cuatro primeras raíces torácicas posteriores para terminar en los segmentos medulares correspondientes. Dentro del mismo segmento metamérico las células motrices excitadas determinan los fenómenos de contractura ya descritos.

Clínicamente pueden distinguirse dos formas del nuevo reflejo visceromotor: la forma mioclónica que parece la predilecta de las anginas de pecho acompañadas de insuficiencia cardíaca grave y en los estados de mal anginoso; y la forma miotónica que se presenta preferentemente en aquellos casos de angor sin síntomas evidentes de insuficiencia cardíaca o cuando los accesos aparecen raramente bajo la forma de gran crisis.

Es innegable que el nuevo síntoma motor merece formar parte del síndrome anginoso y es muy probable, como hacen notar los autores, que su frecuencia sea bien manifiesta una vez llamada la atención sobre su existencia. (*Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang*, Julio de 1925).

L. TRIAS LE BES.

CIRUGÍA

La administración endovenosa de glucosa y solución hipertónica de Ringer para la reducción de la hipertensión intracraneal.
MAX M. PEET.

El empleo de la ingestión de la solución hipertónica de sulfato de magnesio para reducir la hipertensión intracraneal, está contraindicada en los casos de shock o de marcada deshidratación del organismo por pérdida cuantiosa de líquidos, como ocurre en las hemorragias intensas o en los vómitos continuos. La existencia de un pulso acelerado y débil contraindica la deshidratación por la hipertensión arterial que produce y que se suma a la ya existente.

La inyección endovenosa de cualquiera solución salina o glucosada hipertónica hace bajar la tensión céfalo-raquídea a cero o subcero; la tensión venosa disminuye algo, en tanto que la tensión arterial permanece normal casi constantemente. De aquí se deduce que en la clínica la reducción de la hipertensión céfalo-raquídea por medio de la inyección endovenosa de dichas soluciones, no debe inspirarnos temor por no acompañarse de deshidratación general del organismo e hipotensión sanguínea concomitante. La tensión céfalo-raquídea es individual y relativamente independiente de toda alteración de las tensiones vasculares. Normalmente es más baja que la arterial y superior a la del seno sagital.

Únicamente durante la inyección intravenosa de dichas soluciones se produce un ligero aumento transitorio de la tensión intracraneal a consecuencia del mero aumento del volumen sanguíneo. Apenas concluida la inyección, baja la tensión céfalo-raquídea, llegando a su minimum a la media hora.

Haciendo un estudio comparativo de las distintas soluciones inyectadas se ha encontrado que la inyección endovenosa de solución salina hipertónica o de líquido de Ringer produce, después de una rápida disminución de la tensión intracraneal, un retorno gradual a la tensión normal seguida de nueva hipertensión final y continuada.

En cambio, con la administración endovenosa de solución hipertónica de glucosa, dicha hipertensión consecutiva terminal no llega a producirse, siendo el descenso de la tensión intracraneal más gradual y prolongado. Las soluciones hipertónicas de cloruro sódico eran aparentemente tóxicas en la experimentación en los animales, probablemente por desequilibrio salino del suero sanguíneo. En cambio la solución de Ringer y el suero glucosado hipertónico no producen nunca efectos tóxicos. El suero glucosado hipertónico posee además la gran ventaja de su notable valor terapéutico para combatir el shock aumentando el volumen de la sangre circulante y combatiendo la acidosis, a la par que suministrando las calorías tan necesarias en estos casos.

El mecanismo esencial que disminuye la hipertensión intracraneal en el empleo de la inyección endovenosa de soluciones hipertónicas está fundada en las leyes de la difusibilidad y de la tensión osmótica. El líquido de Ringer en solución saturada al 35 %, debido a su acción más rápida que la del suero glucosado, debe preferirse en los casos de traumatismo cerebral agudo sin shock que exigen una descompresión rápida y también cuando conviene reducir el volumen cerebral durante una operación intracraneal. En este caso las pruebas visuales son evidentes y notables; a los pocos minutos se dilata una dura-madre abultada y rígida, en tanto se contrae lo suficiente un cerebro proyectante, para permitir el cierre operatorio sin dificultad. En los casos en que es de temer la hipertensión terminal que produce el líquido de Ringer, se administra a continuación de su inyección endovenosa, una segunda inyección de suero glucosado hipertónico. Esta última solución hipertónica al 50 %, debe preferirse en los casos agudos en que exista shock o hemorragia y en los casos menos agudos en que exista deshidratación o vómitos continuos y también cuando no se requiere una disminución tan rápida de la hipertensión como ocurre algunas veces después de las operaciones. En algunos casos de fractura craneal con coma, el paciente se despertó por completo a los pocos minutos de la inyección endovenosa de suero hipertónico. (*The Journal of the Am. Med. Association*, 15 Julio 1925.)

P. MAS OLIVER.

Sympaticectomía periarterial "Moreschi combinado" y resecciones nerviosas. Estudio comparado de la técnica, resultados e indicaciones operatorias. J. COTTALORDA-FILIPPINI.

La terapéutica de los trastornos tróficos de las extremidades por la sympaticectomía ha hecho pasar a segundo término otros procedimientos operatorios tales como la incisión de Moreschi y la simple resección de los filetes nerviosos apesar de haber también proporcionado algunos éxitos.

Los autores han hecho un estudio comparativo del valor de los tres métodos tratando una serie de úlceras y varicosas y otras de naturaleza indeterminada, y probado el valor terapéutico de la sympaticectomía en el tratamiento de tres casos de gangrena senil, uno de mal perforante plantar y otro de elefantiasis.

Antes de decidirse a intervenir han sometido a sus enfermos al reposo en cama durante unos 8 o 10 días, tiempo suficiente para observar si las lesiones tienen tendencia por el mero hecho del reposo a la curación. Intervinieron únicamente en los casos que no se manifestó ninguna mejoría.

Las úlceras fueron intervenidas, cuando se demostró ausencia de antecedentes, Wassermann negativo o bien tratamiento de prueba sin resultado.

En la técnica de la simpaticectomía después de la ligadura de las colaterales, desnudan la arteria en la extensión de unos 8 o 10 cm. hasta que se produce la reacción vaso constrictiva de Hertz y Lérique.

Los autores denominan "Moreschi combinado" a una incisión circular única practicada por encima de la úlcera y de la pantorrilla y que llegue hasta la aponeurosis y reseca 3 o más cm. de los filetes nerviosos que se evidencian; resección que se reduce al safeno interno casi exclusivamente. En los casos de úlceras varicosas añaden la resección de las venas dilatadas.

Teniendo en cuenta algunos éxitos señalados por PROUST y DE NABIAS, han experimentado la simple neurectomía. En las úlceras situadas en la cara interna de la pierna resecan el safeno interno y en las de la cara externa y posterior el cutáneo peroneo y el safeno externo, dependiendo desde luego los nervios resecaos de la extensión y asiento de la úlcera. Sea cual fuere el método empleado en el tratamiento de las úlceras, éstas son objeto de una mejoría manifiesta llegando algunas a cicatrizar. Desgraciadamente en muchos de los casos la cicatrización se interrumpe, no siendo posible aunque se vuelva a intervenir, utilizando el mismo o distinto método que se empleó la vez primera, llegar a una cicatrización completa. En el tratamiento de las úlceras varicosas el "Moreschi combinado", por actuar simultáneamente sobre el elemento vascular y nervioso, ha sido el que les ha dado mejores resultados.

La simpaticectomía en el tratamiento de tres casos de gangrena senil obtuvo siempre una mejoría de los fenómenos dolorosos, mejoría muy breve en dos de ellos (16 a 30 días), terminando el uno por la amputación y el otro por la muerte. El tercer caso, que fué tratado inmediatamente después de la aparición de algunas placas negruzcas en los dedos y región anterior del pie, desnudada la femoral, al producirse la reacción vaso-constrictiva se abrió la arteria sin que pueda atribuirse tal accidente a un traumatismo instrumental, viéndose obligados a resecarla en la extensión de unos 4 cm. realizando así una simpatectomía total. La intervención obtuvo el retroceso de los fenómenos gangrenosos y la desaparición del dolor. El enfermo pudo reanudar la marcha, persistiendo la mejoría durante seis meses; al final de los cuales la reaparición de la gangrena obligó a una amputación alta.

En el caso de elefantiasis consecutiva a una resección de ganglios inguinales y a erisipelas de repetición y que antes había sido mejorado por la operación de Konvolcón (resección de la aponeurosis). La simpaticectomía no añadió ninguna mejoría a la ya antes obtenida.

En el mal perforante plantar la curación fué rápida y completa, siendo la enfermedad que proporciona éxitos más completos a la simpaticectomía. (*Lyon Chirurgicale*. Marzo-Abril 1925).

J. MAS OLIVER.

De la enterostomía complementaria en la cura radical de las oclusiones intestinales agudas. DELORE, MALLET-GUY y CREYSSEL.

No tratan los A.A. de discutir las ventajas de la cura radical, sino de mostrar el gran servicio que puede presentar, en ciertos casos, la asociación a esta cura radical, de una fistulización complementaria del intestino.

Esta fistulización temporal, permite amenudo evitar las complicaciones que frecuentemente, después de una intervención de las más simples, comprometen los resultados llevando incluso a veces a la muerte rápida del operado. Aunque este método no es nuevo, creen útil los A.A. insistir sobre su valor y precisar su técnica e indicaciones.

Tiene la indicación de la enterostomía complementaria dos fundamentos distintos. Los primeros hechos que la justifican en muchos casos, parten de la observación de casos sencillos, operatoriamente, en que después de la supresión del obstáculo,

el paso de los líquidos acumulados en el cabo superior intestinal provocan al ser absorbidos en el intestino subyacente, graves fenómenos de intoxicación que conducen muchas veces rápidamente a la muerte. Experimentalmente se ha visto, que inyectando a un cobayo líquido de retención intestinal, aun aseptizado, resulta muy tóxico para dicho animal. Por estos solos hechos, la enterostomía complementaria estará indicada cuando se trate de un enfermo intoxicado y sobre todo cuando quede por debajo del asiento de la obstrucción, una gran porción de intestino delgado con poder absorbente considerable, máxime si se tiene en cuenta que cuando menos para dicho intestino, el poder de absorción es todavía mayor después de estar excluido por cierto tiempo.

Ahora bien. Al lado de este síndrome precoz de intoxicación se presentan frecuentemente otros accidentes que dependen de la infección peritoneal. Se trata en ocasiones de un cuadro franco de peritonitis con lesiones bien aparentes a la autopsia, pero más a menudo nos encontramos ante la persistencia o la reaparición precoz de íleus, a pesar de la supresión del obstáculo mecánico, debido a un íleus dinámico paralítico por inflamación de la serosa subyacente, conforme a la ley de Stockes.

Contra estos accidentes secundarios, sin obrar de una manera tan radical, como contra los accidentes precoces de intoxicación, la enterostomía complementaria tiene también valor inducible, como han venido a demostrar los buenos resultados obtenidos en algunos casos con la fistulización del intestino, una vez ya declarados los accidentes. Esta fistulización secundaria es, sin embargo, menos segura en sus efectos que la enterostomía primitiva, por ser muchas veces demasiado tardía.

No practican los autores un ano contranatura corriente, sino que siguen para la enterostomía una técnica semejante a la gastrostomía por el procedimiento de FONTAN. Describen la técnica por ellos seguida y la preconizan porque no tiene los peligros que puede tener una enterostomía practicada por los métodos corrientes, en una porción alta del intestino delgado. La estrecha comunicación con el exterior por la luz de una sonda en la enterostomía por el método de FONTAN, no deja poner en contacto los líquidos intestinales con los planos parietales. Por otra parte la pequeña fístula se cierra casi siempre espontáneamente. Sus ventajas, aun en los casos en que su indicación no es absoluta, superan a sus inconvenientes.

Exponen los autores algunos casos clínicos bien demostrativos de los hechos expuestos. (*La Presse Médicale*. 16 Septiembre de 1925.)

F. DOMENECH ALSINA.

SIFILIOGRAFÍA

La pluralidad de los virus sífilíticos. CLEMENT SIMON.

Desde hace mucho tiempo había llamado la atención la evolución de la sífilis en los paralíticos generales y tabéticos; ERB, NONNE, MOLTT, etc., pensaron para explicar este fenómeno en un *virus nervioso*. Esta interesante cuestión ha sido nuevamente planteada por LEVADITI y A. MARIE, FOURNIER y SCHWARTZ, y llevada al terreno de la experimentación. Las primeras ideas fueron considerar dos gérmenes: uno dermatropo y otro neurotropo. Enseguida creyeron en la existencia de varios gérmenes que determinan la evolución de la sífilis. Veamos los argumentos en pro y en contra que sirven para formar un criterio respecto al asunto.

Argumentos clínicos. 1.º La sífilis que ha de terminar en parálisis general o en tabes, presenta síntomas secundarios muy discretos o no los presenta. FOURNIER dice que estos enfermos creyendo y engañados por la benignidad de su afección se tratan mal, origen de los fenómenos nerviosos. Hay casos en que apesar de tratamientos activos, se presentan sífilis nerviosas pero estos casos datan del tiempo en que los tratamientos no eran intensivos. SÉZARY dice que no todas las sífilis discretas terminan en sífilis nerviosas y que en cambio sífilis floridas pueden terminar en fenómenos nerviosos.

2.º La sífilis nerviosa es muy rara en los países tropicales donde el germen dermatropo estaría muy extendido. JEANSELME contesta diciendo que en las Colonias Inglesas con asilos bien organizados, se encuentran blancos contaminados de parálisis general, mientras los negros quedan exentos, apesar de ser la sífilis de los blancos, en estos casos, de origen indígena. Y cita un caso de un negro habituado a la vida europea, contagiado de

parálisis general. Lo que da una preponderancia al terreno sobre el germen, que es lo que invocan los unicistas.

3.º La sífilis conyugal. Sería lógico pensar en un gran número de casos de sífilis nerviosa. CROCC dá una estadística en que resulta que del 30 % de esposas de parálíticos generales contaminadas, no presentaba ninguna síntomas de parálisis ni tabes. LEVADITI y MARIE creen que no es necesario que presenten síntomas nerviosos aunque el germen contagiado fuere neurotrofo.

4.º La sífilis familiar no dá una prueba para la teoría dualista. Apesar de que los herederos de parálíticos presentan debilidad mental, melancolía, idiotéz, epilepsia, etc. En un solo caso era parálítico general el heredero.

5.º Más importancia tienen los argumentos que aducen demostrando que individuos distintos sin parentesco hayan sido portadores de parálisis general o tabes, contaminados por la misma fuente. Sin embargo muchos de estos casos pueden ser también invocados por el terreno y no por el germen.

6.º La resistencia al tratamiento de las sífilis nerviosas que la explican por la resistencia del germen. Sin embargo *virus neurotrofos* inoculados a conejos han provocado lesiones tan fácilmente curables como las resultantes de *virus dermatrofos*. Para explicar esta resistencia se han emitido varias teorías:

a) *Teoría de Sicard*.—Ha dado una explicación a la acción tan distinta de los medicamentos. Según las lesiones, hace una primera distinción entre la parálisis general y tabes y las otras lesiones nerviosas: hemiplejia, paraplejia sífilítica. Estas últimas ceden tan aprisa como una lesión visceral o cutánea puesto que el trastorno es vascular, en cambio en las otras el trastorno es primitivamente nervioso, lo cual hace que los treponemas se encuentren en contacto con un protoplasma rico en lecitinas, grasas fosforadas, etc. Por esto explica la resistencia a las medicaciones clásicas.

b) *Teoría de Levaditi y Marie*.—No creen que el motivo de la resistencia esté en el treponema. Creen que los medicamentos al entrar en el organismo se transforman, como pasa con el atoxil que *in vitro* no es tripanosomicida, pero si se añade tejido hepático sí lo es porque se forma un derivado. Es posible que con los arsenobenzoles pase la mismo y que el sistema nervioso sea incapaz de transformarlos en los productos activos necesarios. No hay, pues, gérmenes arseno-resistentes, sino organismos más o menos aptos para utilizar los medicamentos.

c) *Teoría de Sézary*.—Cree que para que obren los medicamentos son necesarias oxidaciones fuertes; y como el tejido nervioso posee un poder reductor poderoso, los medios terapéuticos son ineficaces.

d) *Teoría de Marinesco*.—MARINESCO opina que si las sífilis nerviosas no se curan es debido a que los medicamentos no llegan donde los treponemas se alojan. Efectivamente por medio de inyecciones colorantes ha visto que sólo llegan a las capas superficiales de la corteza. Los treponemas se encuentran en gran número en las capas profundas de la corteza cerebral y así se comprende que los medios terapéuticos sean ineficaces.

Así parece, pues, que la teoría de la arseno-resistencia puede ser desechada. Y que la resistencia de las sífilis nerviosas se explica sin la intervención de un *virus nervioso*.

7.º Algunos autores han invocado la rara coincidencia de tabes y p. g. con lesiones cutáneas, pero si se busca bien la proporción, se ve que es la misma que con otras lesiones viscerales o vasculares. Además, que hay muchos casos en que coexisten las lesiones nerviosas y cutáneas. Y esta coexistencia lógicamente ha de ser debida al mismo germen.

8.º Hay otros argumentos que hay que hacer constar:

a) *Objeción de analogía microbiana*.—Para ciertas especies microbianas hay un *tropismo*. Los b. coléricos o tíficos tienen una afinidad específica para la mucosa intestinal. ¿Hay que admitir, pues, dos tropismos para un mismo germen? El b. tuberculoso, que dá reacciones tan diversas, cada día se admite más su unicidad. LEVADITI y MARIE responden diciendo que hay muchos gérmenes que tienen variedades bien distintas en una misma especie, pero estas son variedades que difieren por sus cualidades biológicas más que por su organotropismo.

b) *Objeción del contagio limitado del virus neurotrofo*.—Si se supone un germen con afinidad exclusiva para el sistema nervioso no sería contagioso más que en el período del chancro y, por tanto, habría una gran tendencia a desapa-

recer, y es al contrario, que más bien aumentan los casos de sífilis nerviosas.

c) *Objeción de la inoculación al hombre*.—Según los dualistas un parálítico general, estaría inmunizado para un germen neurotrofo, pero no para un germen dermatrofo. Realizando las experiencias de KRAFT-EBING se ve que la inmunidad es la misma para todos los gérmenes. LEVADITI y MARIE argumentan diciendo que en el hombre la inmunidad es cruzada, lo que explicaría estos hechos.

Como de la exposición de estos hechos clínicos no se pueden sacar consecuencias, vamos a llevar la argumentación al terreno experimental.

ARGUMENTOS DE ORDEN EXPERIMENTAL

Desde que en 1913 NOGUCHI descubrió gran número de treponemas en la masa cerebral de un parálítico general, fué admitida dicha afección como de naturaleza sífilítica. Faltaba la prueba experimental que fué buscada enseguida. POETREL con LEVADITI y MARIE inocularon gérmenes extraídos del cerebro de un parálítico, a monos. Siempre los resultados fueron dudosos. Una verdadera inoculación no ha sido comprobada lo que es una lástima, pues se podrían comparar las lesiones inoculadas por los distintos gérmenes.

Las inoculaciones en el conejo han dado más pruebas y es en estos experimentos en los que fundan LEVADITI y MARIE su teoría dualista, citando caracteres distintos entre el virus neurotrofo y el dermatrofo. Veamos cuales son estas diferencias:

1.º *Período de incubación*.—Con sangre de parálíticos inoculada al conejo, se han obtenido lesiones con una incubación de 3 y 4 meses. Con secreciones del chancro la incubación es mucho más corta, pudiendo llegar a 15 días. Sin embargo WILLE ha obtenido con materia cerebral de parálíticos incubaciones de 15 a 20 días. JAHHEL hace notar que siempre las incubaciones son muy distintas incluso en el hombre y que por lo tanto es muy difícil saber exactamente a que atenerse. Por lo tanto hay que acoger con reservas la afirmación de LEVADITI y MARIE de que las inoculaciones con gérmenes neurotrofos son más largas que las conseguidas con gérmenes dermatrofos.

2.º *Aspecto de las lesiones*.

LEVADITI y MARIE resumen las diferencias en esta forma:

| | |
|---|----------------------------|
| Virus neurotrofo | Virus dermatrofo |
| <i>Epidermis</i> . Ulceración superficial, erosión | Ulceración profunda |
| <i>Dermis</i> . Lesiones vasculares. Sin endo ni peri arteritis | Peri y endo artritis |
| <i>Infiltración</i> . Poca | Intensa |
| <i>Neoformación conjuntiva</i> . Nula | Intensa |
| <i>Distribución de treponemas</i> . Capas epiteliales | Capas profundas |

3.º *Evolución*. La curación de las inoculaciones debidas al virus neurotrofo son, en general, extremadamente largas (90 hasta 195 días).

4.º *Virulencia*.—LEVADITI y MARIE han practicado los siguientes experimentos. Han inoculado virus procedentes de chancros (dermotrofo) a tres monos y un hombre. Siempre la inoculación ha sido positiva. Han repetido la experiencia con sangre de parálítico y tanto en el hombre como en los monos no ha sido posible la inoculación. Sería interesante inocular parálíticos con gérmenes provenientes de conejos, pues si fuesen indemnes al germen neurotrofo y sensibles al germen dermatrofo sería un argumento de fuerza para los dualistas.

LEVADITI y MARIE admiten que si los parálíticos son inmunes a los dos gérmenes es porque presentan la inmunidad cruzada que no se presenta en los conejos.

5.º *Inmunidad cruzada*.—LEVADITI y MARIE inspirados en los experimentos hechos con espirilos de fiebres recurrentes, han hecho experiencias análogas con gérmenes dermatrofos y neurotrofos. Los conejos que curan de la sífilis experimental debido al germen dermatrofo, son refractarios a una inoculación nueva. Si los dos gérmenes son similares la inmunidad sería la misma ante los dos gérmenes. KLARENBECK dice que la inmunidad conferida es incierta.

LEVADITI y MARIE creen que el virus neurotrofo confiere inmunidad contra si mismo. Para ello hacen la siguiente experiencia. Inoculan dos conejos con virus neurotrofo con éxito. Inmediatamente después de curado uno de ellos inoculan el testículo derecho con virus heterogeno de Truffi, que dá por resultado un chancro, con numerosos treponemas. El izquierdo inoculado con virus neurotrofo, o mejor dicho de parálisis gene-

ral dá resultado negativo, a lo menos hasta los dos meses después. De todas maneras hay muchos conejos refractarios a la inoculación lo cual quita valor a la experiencia.

SÉZARY hace la crítica diciendo que no sabemos si todos los gérmenes procedentes de chancros son dermatotropos como ellos suponen. Además si el germen neurotrofo no es patógeno para el hombre, como se propaga? Si es debido a la adaptación al medio ya tenemos nuevamente la influencia del terreno.

Desde luego se presentan en el conejo dos enfermedades experimentales. Una debida a la inoculación de la sífilis humana y otra que tal vez podríamos incriminar a la sangre de parafítico general KLARENBECK cree que la enfermedad que han observado LEVADITI y MARIE podría ser muy bien la enfermedad espontánea en los conejos, la *Spirochetose cuniculi*

LA ESPIROQUETOSIS ESPONTÁNEA DE LAS LIEBRES Y CONEJOS

Desde hace mucho tiempo se sabía que existía una enfermedad venérea en los conejos. Al principio no fué posible distinguir los espiroquetas productores de esta enfermedad y el treponema pálido. En 1920 KALLE, RIVYRETT y MOCBUS describieron las diferencias esenciales como sigue.

Distribución y contagio.—La enfermedad está muy extendida. Los dos sexos están igualmente afectados. Se trasmite por el coito o contacto. La incubación dura de 60 a 125 días. Se puede transmitir por inoculación.

Morfología.—Es igual que el treponema pálido, solo varían algo las propiedades tintóreas.

Síntomas.—Las lesiones se localizan generalmente en los genitales, en forma de erosiones superficiales o de papilas recubiertas de escamas; no hay adenitis. Respecto a su generalización no hay datos concretos para poderla afirmar. Su evolución es lenta y por tanto es difícil decir algo sobre la gravedad de la misma.

Anatomía patológica.—Hay fenómenos inflamatorios y no hay infiltraciones perivasculares.

Serología.—NOGUCHI ha encontrado la Wassermann negativa. Desgraciadamente no se pueden sacar consecuencias en concreto porque hay conejos normales que presentan Wassermann positivo.

Quimioterapia.—El spirocheta cuniculi es muy sensible a los arsenobenzoles, bismuto y mercurio.

Virulencia.—No se transmite ni al hombre ni al mono.

Diagnóstico entre la *Sp. cuniculi* y la sífilis experimental.—Las dos enfermedades son producidas por un spirocheta que es el mismo apesar de lo que se ha querido encontrar. La incubación es más larga en la *Sp. cuniculi*. La *Sp. cuniculi* produce erosiones o papulas, la sífilis experimental produce verdaderas ulceraciones. La inoculación intratesticular produce una orquitis en la sífilis y no da síntomas en las sífilis de los conejos. La evolución es más larga en la *Sp. cuniculi* que en la experimental. La *Sp.* de los conejos no es inoculable ni al hombre ni al mono.

Todos estos caracteres dan una gran analogía entre esta enfermedad y la inoculación del virus neurotrofo. ¿Es realmente la misma? Es muy posible que así sea y es probable que las experiencias de LEVADITI y MARIE y sus inoculaciones con el virus neurotrofo sean spirochetosis de conejos en incubación y que han evolucionado durante las experiencias.

Cuanto llevamos argumentado, es suficiente para formarse una idea del estado actual de la cuestión. Las teorías de LEVADITI y MARIE y de FOURNIER y SCHWARTZ darían la explicación de la evolución y variedades de la sífilis. Pero no están bien demostradas. Los argumentos clínicos son insuficientes. Las experiencias muy dudosas. Si se quieren demostrar estas teorías será con la inoculación al mono y al hombre. El conejo como vía experimental hay que abandonarlo para la sífilis, pues lleva a un caos de confusiones. (*Annales de Dermatologie et Syphiliographie*. Junio, 1925.)

A. CARRERAS.

RADIOLOGÍA

El pneumatocele de los vidrieros y los tumores salivales del canal de Sténon justificables de un tratamiento roengentérapico. J. SÉNEQUE.

El pneumatocele del canal de Sténon es una afección profesional frecuente en los vidrieros. Es una afección generalmente indolora y benigna.

Se presenta generalmente una tumefacción intermitente y bilateral a nivel de las dos regiones buccino-maseterinas. La tumefacción aparece cuando el enfermo sopla el vidrio y una simple presión sobre la mejilla la hace desaparecer al mismo tiempo que se produce un ruido como de burbujas de aire en el agua saliendo burbujas de aire y saliva por el orificio bucal del canal de STENON. Aunque benigna la afección puede dar lugar a crisis de parotiditis y tumores por infección y estenosis del canal.

Especialmente cuando ha existido una infección del canal o ha tenido lugar alguna crisis de perotiditis es necesario curar la afección que hasta ahora podía corregirse ligando el conducto de Sténon a su emergencia de la parótida (MORESTIN). El caso relatado por el autor, apropósito precisamente de un vidrio permite indicar como tratamiento de elección la radioterapia. El enfermo en cuestión fué tratado por LEPENNETIER, ayudante de BELOT. Irradiación sobre la región parotidiana y buccino-maseterina; distancia focal 40 cms.; filtro de zinc 0,5 m/m y aluminio 2 m/m. Dosis de la piel 5,340 Ro 26 H; las sesiones practicadas los días 5, 6, 7, 9, 11 y 13 de Marzo siendo el tiempo total 5 h. 48'; Chispa 41 cms. e intensidad 3,5 MA. El resultado fué innegable. (Téngase en cuenta que las sesiones solo se realizaron contra un lado, y es posible que para hacer un tratamiento doble, sería conveniente descansar un mes al menos entre el tratamiento de cada lado).

Se comprende que agotando con los rayos X la función de la parótida desaparezca la afección, y por lo tanto no solo en el pneumatocele de los vidrieros, sino en todo tumor salival del canal de STENON, por cicatrices estenosantes o por infecciones consecutivas, podría emplearse esta indicación terapéutica. (*Presse Médicale*, 29 Agosto 1925).

VICENTE CARULLA.

Radioterapia preventiva del cáncer de la mama, post operatoria. BECLERE.

BECLERE, cree que es necesario realizar la radioterapia preventiva del cáncer del pecho, con dosis relativamente pequeñas y frecuentes. Los resultados contradictorios obtenidos en distintas clínicas, relativos al tratamiento a intención curativa con la radioterapia profunda del cáncer de la mama a juicio del autor, contraíndica este tratamiento, creyendo que el tratamiento debe ser quirúrgico, dejando para la radioterapia una acción preventiva. Los tratamientos preventivos realizados con dosis elevadas, dichas epiteliomatosas, producía lesiones en los pulmones y aún aumenta el porcentaje de recidivas, porque alterando los tejidos sanos disminuye las condiciones de defensa local contra la neoplasia.

BECLERE fundamenta su opinión de que las dosis deben ser relativamente pequeñas y repetidas, en una serie de consideraciones de orden biológico, apropósito de las antiguas experiencias de GUILLEMINOT demostrando que las células en estado de latencia si bien resisten más a las acciones destructivas de los rayos X, en cambio acumulan las dosis recibidas, a diferencia de las células en actividad que son más sensibles pero que entre convenientes estadios de tiempo no acumulan las dosis recibidas. Las experiencias que cita de GUILLEMINOT es la clásica acción de los rayos X sobre una haba que irradiada convenientemente y dividida en dos trozos, puesto a germinar un trozo, muere rápidamente y el otro trozo conservado en este estado largos meses, el día que se hace germinar sigue el mismo curso que el trozo primero, como si la irradiación hubiere tenido lugar el día antes. Cita el autor las experiencias de JUGLIN con los huevos del *ascaris megalocephala* donde queda demostrado que las dosis, aunque se dividan, suman el mismo resultado que si se dieran en una sola vez. Por lo tanto las células en estado latente como las semillas de huevos, conservan las dosis recibidas durante muchos meses y ni siquiera la división de tiempo disminuye los efectos.

BECLERE, cree que en la mama, luego de la intervención quirúrgica, quedan mejor que en otro sitio cualquiera del organismo, un máximo de células en un estado de latencia, cosa fácil de comprender si se recuerda como tarda en recidivar muchos años a veces la neoplasia en la piel, como consecuencia de haberse despertado células neoplásicas que vivieron tan largo período de latencia. Por lo tanto dosis sufi-

cientes pero inofensivas para los tejidos normales, del 50 % según BECLERE, acumularían sobre las células latentes dosis cinco o seis veces cancericidas, sin que los tejidos vivos normales se resintieran apenas de este tratamiento. Claro que es preciso exigir una irradiación con ondas, lo más cortas posible, es decir, gracias a potente instrumental.

Las estadísticas y la opinión de casi todas las escuelas de todos los países coinciden hoy en esta orientación, según el autor. (*Bulletin de l'A. F. pour l'E. du Cancer*. Agosto 1925).

VICENTE CARULLA.

OFTALMOLOGÍA

Dos casos de dacrioadenitis orbitaria aguda. B. TRISTAINO.

Los dos casos que presenta fueron ambos atacados de una manera brusca. Edema palpebral y conjuntival, marcado estabismo y exoftalmo, curándose en pocos días por medio de la aplicación sostenida de fomentos calientes.

Hace las conclusiones siguientes:

La infección puede alojarse exclusivamente en la porción orbitaria sin participación de los tejidos profundos, como vió en su primer caso; también puede interesar primero en mayor o menor grado el tejido célula-adiposo orbitario, y de allí propagarse a la porción orbitaria de la glándula lagrimal, como ocurrió en el segundo caso.

La afección exclusiva de la glándula, además de los síntomas externos corrientes, produce una desviación hacia abajo y hacia el interior del globo ocular, con limitación de los movimientos. Además existe un pequeño grado de exoftalmo, que es tanto más prununciado cuanto más profundos son los tejidos orbitarios.

Si la afección antes de atacar la glándula invade el tejido célula adiposo orbitario, el cuadro sintomático de la dacrioadenitis se precisa, y en tal caso el exoftalmo es uno de los primeros síntomas. (*Bolletino d'Oculistica*, marzo 1923).

Resultados de la anaplerosis de LAGRANGE para el mejoramiento de la prótesis ocular. A. TORRES ESTRADA.

Deseando contribuir al mejoramiento de la prótesis ocular, el autor, el año 1918 presentó a la Sociedad Mexicana de Oftalmología un procedimiento operatorio consistente en la amputación de una porción del segmento posterior del ojo, seguida de la implantación de un fragmento de panículo adiposo tomado del paciente, previa limpieza del contenido de la membrana fibrosa de envoltura ocular.

Este procedimiento lo puso en práctica casi sistemáticamente durante seis años, halagado por los buenos resultados inmediatos y algunos tardíos. En muchos casos el muñón se atrofiaba tomando el aspecto de fardo, característico del ojo atrofiado, además de que se humecía y se hacía menos móvil.

El Prof. LAGRANGE dió a conocer el año 1919 un procedimiento de autoplastia intra-orbitaria que ha denominado anaplerosis orbitaria, que tiene la ventaja sobre sus similares, de tener asegurada la vitalidad del injerto, siendo este un colgajo pediculado, tomado de los tejidos subcutáneos de la región temporal del paciente.

Describe la técnica de la operación y a continuación indica la modificación que ha aportado en dos puntos de esta técnica. En vez de hacer la incisión en T, hace una en forma de arco de circunferencia, con la concavidad vuelta hacia el borde orbitario y practicándola dentro de la parte cubierta de pelo de la región temporal, lo que permite disimular la cicatriz de una manera perfecta en la mujer y aun en el hombre. Esta incisión dificulta la operación, pero es compensada por el buen resultado estético.

La segunda modificación consiste en tomar temporalmente los músculos con pinzas de Prince, lo que facilita y abrevia la operación.

Los resultados obtenidos por el procedimiento, si bien no pueden calificarse de ideales y perfectos, por no tener el muñón una movilidad sinérgica con el ojo sano, parecen en cambio resolver el punto relativo a la atrofia del injerto. (*Rev. Ofi. del Hosp. de Ntra. Sra. de la Luz*. Marzo 1925).

¿Debe extraerse la catarata con o sin su cápsula, con o sin sutura? JOCQS.

Aunque parezca banal tratar este asunto sobre el que sin duda es difícil decir algo nuevo, no deja de ser verdad que cuando se tropieza con un artículo o discusión sobre el mismo, se lee con interés. La primera razón es que para nosotros es la operación más importante, y luego que durante la operación pueden producirse cierto número de incidentes más o menos graves, que no deben cogernos desprovistos, y para repetir lo que ya dije en 1906 "es una operación difícil, porque más que en ninguna otra, es necesaria una gran rapidez de ejecución, que no tolera resultados mediocres y que estos son aparentes para todo el mundo. No se trata aquí solamente de abrir sacar y coser, como en una laparatomía, sino que es preciso conservar las funciones de un órgano que son particularmente sensibles y delicadas".

Desde que en 1905 suscitamos un referendun, el interés de los oftalmólogos se ha limitado a dos puntos: extracción fuera de la cápsula y en la cápsula.

C. E. FINLAY compara estos dos procedimientos, considerando que los resultados visuales poco satisfactorios, que se obtienen a menudo con el procedimiento corriente de quistotomía, a pesar de practicar luego una discisión, capsulotomía o iridocapsulotomía, son la causa de la resurrección de la extracción intracapsular.

Me atengo a FINLAY que en su comparación de los dos procedimientos, dice: La extracción extracapsular tiene la ventaja que su ejecución es más fácil que la intracapsular, y el inconveniente de que los restos de masas blandas, constituyen un foco de inflamación.

Por el método intracapsular, la reacción post-operatoria es poca y la visión se obtiene en corto tiempo, si la operación ha sido correcta. Sus inconvenientes, además de la mayor dificultad de ejecución son; pérdidas y opacidades vítreas, hemorragias coroideas, queratitis estriadas, opacidades transitorias de la córnea, debidas a la comprensión por el volumen del cristalino. Se obtienen resultados visuales mejores pero mayor proporción de pérdidas totales de ojos. Ha operado varios casos por los procedimientos BARRAQUER y SMITH, habiendo tenido un tanto por ciento de pérdidas de vítreo. Refiriéndose al primero, dice que no solo son debidas al método, sino también a su inexperiencia. Cree que los dos métodos son buenos practicándolos en casos apropiados.

El autor dice que según él, la pérdida de vítreo más temible es la que se presenta al hacer el colgajo, lo que considera debido al estiramiento producido por el cuchillo. Aconseja pues, que en los casos dudosos, lo más acertado es practicar una sutura corneal y hacer el colgajo con la pica. (*La Clinique Ophthalmologique*. Mayo 1925).

Impresiones de un Médico operado de catarata de ambos ojos por el procedimiento Barraquer. BAGOT.

El doctor BAGOT, Médico del Instituto Marino de Roskoff, operado de catarata de ambos ojos por el procedimiento BARRAQUER, habiendo convivido en la clínica durante dos meses con otros operados por el mismo método, detalla la operación y sus impresiones particulares, llegando a las conclusiones siguientes:

Características: Ausencia de iridectomía total; colgajo conjuntival; suturas; extracción con su cápsula.

Resultados: Admirables. Puede afirmar que si la operación ha sido correcta los fracasos son raros, y si el fondo del ojo es bueno, la agudeza visual iguala un entero con lentes apropiados.

No ha visto los accidentes temidos por la mayoría de oculistas, hemorragias retinianas, pérdidas de vítreo, etc. En dos operados, un esfuerzo brusco, determinó una pequeña hemorragia del colgajo. Las suturas no cedieron, por lo que el colgajo quedó en su sitio y la sangre, no encontrando resto alguno, no llegó a organizarse, desapareciendo en muy pocos días bajo la influencia de fomentos y atropina.

Según su parecer la técnica operatoria del método BARRAQUER es el mayor perfeccionamiento de la operación de la catarata que se ha inventado después del descubrimiento del inmortal DAVIEL. (*Journal de Médecine et de Chirurgie*. Abril 1925.)

I. BARRAQUER.