

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Contribución al estudio de la Uabaina.—Su posología por vía bucal. R. GAMARD.

Este trabajo, muy documentado, es el que mejor deja en su punto esta cuestión. El autor demuestra con numerosas observaciones en su apoyo, que la Uabaina por vía bucal es sensiblemente menos activa que por vía intravenosa. Para obtener satisfactorios resultados por vía gástrica hay que utilizar dosis bastante elevadas. Prescribese de XXV a C gotas por día de una solución al dos por mil según el grado más o menos marcado de la hipotonicidad miocárdica que debe tratarse.

Pero si por vía bucal la Uabaina utilizada a solas se comporta como un tonicardiaco de segundo orden con indicaciones limitadas, no sucede lo propio al asociar este glucosido con la Digitalina, según la fórmula preconizada por LAUBRY con el nombre de Digibaína.

El autor consagra un interesante capítulo de su tesis a esta nueva forma de tonicardiaco, insistiendo sobre el carácter particularísimo de esta asociación, en la una proporción relativamente pequeña de Uabaina es suficiente sin embargo para reforzar considerablemente la acción de la Digitalina. Con el uso de la Digibaína, contrariamente a lo que se observa empleando la Digitalina, no se nota nunca habituamiento aún después de uso prolongado.

Finalmente el autor resume en pocas palabras las indicaciones de esta nueva asociación: *La Digibaína*, escribe, está indicada en todos los casos en que sería clásico formular la digitalina.

Así pues, según R. GAMARD, la Uabaina por vía bucal manifiesta su máximo de actividad cuando va asociada íntimamente a la digitalina y es bajo esta forma en que el médico obtendrá su máxima eficacia. (Tesis. Paris 1925).

Las inyecciones intravenosas de salicilato sódico. P. CARNOT y BLAMOUTIER.

Los autores aportan en su trabajo una interesante experiencia personal sobre la administración por vía endovenosa del salicilato sódico, reflejando con ello las modernas tendencias encaminadas a buscar una mayor eficacia en la acción terapéutica del salicilato.

La administración por ingesta es casi unánimemente considerada como insuficiente, sin que la técnica de las dosis masivas recomendada por DANIELOPOLU, de Bucarest, haya contribuido a dar una resolución ampliamente satisfactoria del problema que en este caso viene agravado por las dificultades determinadas por la intolerancia medicamentosa.

Por otra parte, el campo de acción terapéutica del salicilato ha tenido en estos últimos años una mayor extensión en virtud de su empleo en el tratamiento de la encefalitis epidémica; ello ha sido sin duda la causa de que diversos autores hayan pensado hace ya algún tiempo en recurrir a la vía endovenosa. Es justo citar los nombres de GILBERT, BERNARD y KOURY quienes en una interesante comunicación presentada en Julio de 1921 a la Sociedad de Biología dieron a conocer las primicias del método demostrando que las inyecciones bicitidianas de 2 gramos de salicilato sódico mantienen al organismo bajo la acción constante del medicamento. Un año más tarde SCHLESSER, bajo la dirección de LUTEMBACHER, da a conocer en su tesis doctoral una serie de interesantes experiencias en las que se evidencia que un riñón con permeabilidad normal elimina en un plazo de 13 horas un gramo de salicilato administrado en inyección intravenosa, una dosis doble (2 gramos) se elimina en 20 horas y una dosis triple (3 gramos) en el término de 36 horas. Más recientemente BERNARD, MARCHAL y BUREAU en la Sociedad médica de los Hospitales preconizaron la inyección de 10 c. c. de una solución glucosada al 10 por 100 de salicilato sódico, como tratamiento de la encefalitis.

Los autores creen con razón que el único inconveniente de verdadera trascendencia que cabe oponer a las inyecciones intravenosas de salicilato viene determinado por la fleboesclerosis obliterante a que da lugar el empleo de soluciones dema-

siado concentradas. Existen concentraciones aparentemente débiles como lo es al 10 por 100 pero que indudablemente determinan en corto plazo la obliteración venosa a consecuencia de la continuidad forzosa del tratamiento.

Fundándose en estas razones de orden eminentemente práctico CARNOT y BLAMONTIER utilizan y recomiendan emplear siempre soluciones tituladas al 4 por 100 con las cuales han evitado siempre la fleboesclerosis obliterante aun en tratamientos prolongados. Solo existe el leve inconveniente de tener que inyectar una masa de inyección más voluminosa, pero este inconveniente lo es únicamente en el orden técnico al tener que recurrir a jeringas cuyo tamaño no siempre es asequible. Estas dificultades son empero insignificantes ante la considerable ventaja de eliminar la obliteración de la vena.

Un hecho interesante a señalar es el de que la inyección intravenosa de salicilato no produce la menor tendencia al choque siempre que la dosis total de salicilato inyectada no sobrepase de los 4 gramos. Tampoco se presentan los signos de intolerancia—zumbidos de oídos, gastritis, etc.—tan frecuentes en la administración *per os*.

Los autores han seguido la técnica expuesta en numerosos casos de reumatismo poliarticular agudo y en algunos de encefalitis epidémicas y como consecuencia de ello exponen las siguientes indicaciones terapéuticas:

Reumatismo poliarticular agudo.—Las pequeñas dosis (0'20 gramos a 0'40) por vía endovenosa serán utilizadas como equivalentes a dosis diez veces más fuertes administradas por ingesta, siempre que se desee obtener un efecto terapéutico similar al de la vía digestiva pero no pueda recurrirse a esta vía por intolerancia medicamentosa.

Las dosis medias (1 gramo a 3 gramos) por vía venosa serán empleadas en los casos graves en que se pretenda detener la invasión del endocardio por la infección reumática.

Las dosis fuertes (3 gramos o más) se emplearán en los casos de manifiesta gravedad acompañados de complicaciones severas o en aquellos reumatismos marcadamente recidivantes. Estos tratamientos intensivos pueden ser completados mediante la ingestión de dosis complementarias que permiten reducir el tratamiento venoso a una sola inyección diaria dada por las mañanas.

Por regla general el tratamiento salicilado venoso debe ser considerado como un *tratamiento de asalto* que será más tarde reemplazado por un tratamiento por ingesta que tendrá los caracteres de *medicación de entretenimiento*.

En resumen el tratamiento salicílico por vía intravenosa en el reumatismo poliarticular tiene sobre el tratamiento digestivo la ventaja de *reducir las dosis para un mismo efecto terapéutico y el intensificar la actividad para una misma dosis*.

Encefalitis epidémica.—Los autores exponen su criterio bajo los siguientes términos: 1.º En la *encefalitis epidémica aguda de forma grave* es conveniente inyectar por vía venosa, lo más precozmente posible después de la aparición de los accidentes, dosis considerables de salicilato sódico que oscilarán entre los 4 y 6 gramos diarios repartidos en dos o tres inyecciones. Estas inyecciones deberán ser prolongadas largo tiempo pues la regresión de los síntomas no sobreviene sino es después de varios días de comenzado el tratamiento. Deben ser continuadas por espacio de algunos días después de la cesación aparente de los accidentes encefalíticos.

2.º En la *encefalitis de mediana gravedad* bastará el empleo de dosis medias de salicilato (de 1 a 4 gramos) por vía intravenosa completadas con otras dosis en ingesta. Los autores tienen todavía en tratamiento algunos casos desde hace cerca de dos años sin que se hayan producido manifestaciones de parkinsonismo.

3.º Contra las *secuelas encefalíticas tardías* las inyecciones intravenosas de salicilato han dado en la gran mayoría de los casos resultados poco favorables.

En conjunto puede afirmarse que las inyecciones venosas de salicilato proporcionan en los estadios iniciales de la encefalitis, aun en los casos de gran gravedad, éxitos brillantes y positivos; en los casos antiguos o crónicos tratados tardíamente los resultados son, en cambio, poco halagüeños.

La precocidad del tratamiento en relación a la infección constituye un factor muy importante de éxito terapéutico. (Paris Medical, 5 Diciembre 1925).

L. TRIAS DE BES.

Cirugía

Peligros de las suturas primitivas de los traumatismos abiertos en tiempo de paz. B. DESPLAS.

La sutura primitiva es infinitamente delicada en sus indicaciones y efectuada equivocadamente puede ocasionar al herido un perjuicio siempre muy grave, a menudo mortal (gangrena gaseosa, artritis séptica, osteitis necrótica).

En cirugía de guerra los métodos terapéuticos de los últimos años de guerra puestos en práctica en la cirugía del frente han permitido el rápido reintegro de los heridos a sus efectivos militares por la rapidez de su curación, sin secuelas. En estas condiciones, la eficacia de la sutura primitiva requería esencialmente heridas recientes, con escasa atricción, interesando en débil grado las masas musculares, además de las condiciones de estabilidad, seguridad y continuidad en los cuidados. Las heridas de las regiones de gruesas masas musculares (nalgas, muslo, cintura escapular), así como las producidas por grandes fragmentos de proyectil de artillería, aunque de apariencia superficial, no debían ser suturadas.

Al lado de las suturas primitivas los cirujanos del frente practicaban, según los casos, suturas primo-secundarias y secundarias verdaderas, pero cuando los heridos debían ser evacuados rápidamente por exigencia de las necesidades militares, se limitaban a simples excisiones de los tejidos contusos y a curas asépticas, siendo luego objeto de suturas secundarias detrás del frente. En estos casos, alrededor de los tres días de la primera excisión amplia, se observaban a menudo zonas necróticas en la periferia de la piel y mortificación de parte de las aponeurosis, de los tabiques intermusculares y de las fibras musculares, lo cual requería nueva excisión de la herida en sus partes mortificadas antes de intentar la sutura.

Alrededor del contorno volumétrico de la herida primitiva existe una zona de alteración trófica de los tejidos proporcional al grado de aplastamiento, que regula la evolución de la herida y depende de la fuerza viva del proyectil.

Estos hechos se observan igualmente en la práctica civil. En los aplastamientos graves de las extremidades, cuando se practica una amputación sobrepasando ampliamente los límites del traumatismo y recayendo sobre tejidos de apariencia completamente sana y dejando sin suturar los colgajos, es frecuente observar a los tres días una zona necrótica irregular por mortificación de los tejidos cuya troficidad se halla profundamente alterada por el aplastamiento. Si estas heridas hubieran sido suturadas primitivamente el desarrollo de una infección anaerobia hubiera sido inevitable.

En la práctica civil actual los grandes traumatismos de la calle o los accidentes importantes del trabajo son casi siempre aplastamientos: una región del cuerpo queda cogida entre una resistencia invencible (acera, pavimento, raíles,) y un agente traumático excesivamente pesado y con amplia superficie de apoyo (ruedas de vehículos). Las lesiones traumáticas observadas en los miembros, varían de gravedad según se halle o no interesado el esqueleto; en el primer caso la amputación es casi obligatoria, en el segundo se trata de lesiones de las partes blandas cuya extensión verdadera sobrepasa de mucho los límites aparentes del traumatismo.

1.º En los traumatismos de la calle no debe nunca practicarse la sutura primitiva, ni aún en ausencia de lesión ósea y con ligero grado de atricción muscular.

2.º Si existe una fractura ampliamente abierta, con atricción muscular considerable, lesiones nerviosas o vasculares, deberá practicarse una amputación alta sin sutura.

3.º Una herida muscular, con fractura limpia, poco esquirlada, por agente exterior, sin lesión vaso-nerviosa, deberá ser excidida ampliamente; nada de osteo-síntesis ni de sutura primitiva.

4.º Si la herida traumática es extensa, con grandes despegamientos cutáneos y considerable dislaceración muscular, aun en ausencia de lesión ósea, vascular o nerviosa, es preferible efectuar una amputación precoz que dejar desarrollarse, aun sin sutura, una infección gangrenosa rápida, no siempre solucionada por una amputación tardía.

En la sutura primitiva lo difícil no es la técnica sino la exactitud de sus indicaciones no influenciadas por teorías, doc-

trinas o ideas *a priori* que, brillantes y seductoras, han resultado tan eficaces en manos de excepción, como siniestramente peligrosas cuando han sido demasiado vulgarizadas. (*La Presse Médicale*, 24 Marzo 1926).

J. MAS OLIVER.

Los resultados tardíos de las resecciones gástricas en el cáncer del estómago. H. HARTMANN.

El autor da cuenta de su estadística integral que comprende los resultados obtenidos en 100 casos, investigando sistemáticamente el grado de curación alcanzado y la presencia o ausencia de recidivas más o menos lejanas; de esta estadística se desprende que la curación del cáncer gástrico se obtiene en un 30 por 100 de los casos operables.

Este resultado puede obtenerse tan solo, practicando la ablación del tumor y la de los tejidos inmediatos invadidos, tal como se practica en la extirpación de la mama cancerosa. Convenía por lo mismo, establecer sobre bases precisas la técnica operatoria, previo estudio detallado de la anatomía patológica quirúrgica del cáncer gástrico. Este estudio ha sido efectuado por CUNÉO, examinando detenidamente todas las piezas de píloro-gastrectomía procedentes del servicio del Prof. HARTMANN, habiendo comprobado las siguientes particulares:

Hacia el lado duodenal la neoplasia está bien limitada, a pico, formando como un tapón; en cambio del lado gástrico hay invasión a distancia propagándose en particular hacia la pequeña curvatura. Estudiando los cortes histológicos en serie ha comprobado esta forma de propagación, hallando el duodeno invadido tan solo en un 37 % de los casos y en estos la porción invadida era de 5 a 7 mm, llegando excepcionalmente a 1 cm. La invasión de la pequeña curvatura se encuentra en un 86 % de los casos. La neoplasia, nacida en la mucosa infiltra en profundidad las demás túnicas del estómago—submucosa, muscular y serosa—siendo de notar que la invasión en superficie de la sub-mucosa es mayor que la de la mucosa, hallándose a veces nódulos cancerosos a distancia por debajo de una mucosa sana.

CUNÉO ha estudiado igualmente la invasión linfática del cáncer gástrico. Los ganglios de la pequeña curvatura deben ser considerados prácticamente como siempre invadidos; se encuentran situados hacia arriba, pegados contra la pequeña curvatura, satélites de la coronaria estomáquica en el punto en que dicha arteria penetra en el estómago y abandona su rama anterior.

Los ganglios de la gran curvatura, llamados *ganglios sub-pilóricos*, resultan invadidos con menos constancia; deberán no obstante ser igualmente extirpados. Están situados en la parte derecha de la gran curvatura y a distancia de la misma, a lo largo de las arterias gastro-epilólicas. La resección no se efectuará por lo mismo a ras de estómago, sino que comprenderá una porción de epiploon gastro-cólico.

Los ganglios *retro-pilóricos* están situados por detrás del tractus digestivo a nivel del borde inferior del páncreas.

Por lo mismo, una intervención correcta deberá extirpar en bloc: poco duodeno, gran parte de estómago, en particular hacia la pequeña curvatura y los tres grupos ganglionares descritos.

Antes de proceder a la gastrectomía deberá cerciorarse si es factible efectuarla en estas condiciones, previa exploración minuciosa de las partes, lo cual constituye el primer tiempo. Si el hígado, el peritoneo o los mesos se encuentran invadidos, la extirpación, aun siendo posible, es inútil. Se averiguará si la lesión se ha hecho inextirpable por invasión local; para ello se dividirá el pequeño epiploon y luego el grande y deslizando los dedos por detrás del estómago, en la trans-cavidad, se notarán las adherencias que el tumor haya podido contraer con los órganos conexiónados con la pared posterior del estómago, singularmente con el páncreas.

Decidida la intervención, se liga la coronaria cerca del cardias y junto con los ganglios, se la rechaza hacia el píloro; se liga la gastro-epilóica a la izquierda de los ganglios invadidos y por debajo de los vasos y de los ganglios, se secciona el epiploon gastro-cólico previamente ligado por pequeñas por-

ciones. El estómago se secciona oblicuamente a fin de extirpar la mayor extensión posible de la pequeña curvadura, luego se rechaza la porción piloro-gástrica hacia la derecha, dejando al descubierto su cara posterior y el páncreas. En el ángulo diedro así formado, se liga la arteria gastro-duodenal y se separan del páncreas los ganglios retro-pilóricos que se dejan pegados a la cara posterior duodeno-pilórica. Seccionando el duodeno queda realizada la extirpación completa y en un solo bloque de la neoplasia y de las parte invadidas del sistema linfático.

La continuidad del tubo digestivo se puede restablecer por diversos procedimientos. La sutura término-terminal por abocamiento cabo a cabo (BILLROTH I), y la *implantación duodeno-gástrica* de KOCHER, fijando el cabo duodenal en la cara posterior del muñón gástrico cuya sección es previamente suturada, son métodos excelentes desde el punto de vista funcional. Pero en las resecciones extensas las suturas pueden quedar tensas y sufrir estiramientos; además en el método de KOCHER, cuando queda poco sitio en la pared posterior del muñón gástrico, la implantación duodenal debe ejecutarse forzosamente muy cerca de la sutura de la sección gástrica y estando hundida en la luz del estómago puede obtener la boca anastomótica y dificultar su funcionamiento.

En estos casos de *resección extensa*, se pueden suturar las dos secciones gástrica y duodenal y ejecutar una *gastro-entrostomía complementaria* (BILLROTH II), o bien ejecutar la *implantación gastro-yeyunal*, cerrando el cabo duodenal e implantando la sección gástrica en una asa yeyunal abierta según su borde convexo (POLYA).

¿En qué condiciones sobrevienen las recidivas? En la estadística antes citada se encuentra que el 90 por 100 de los casos recidivados han sobrevenido durante los dos primeros años y que pasado este tiempo, son muy raras. Desconocemos si ciertos factores deben particularmente hacer temer la recidiva. La variedad histológica de la neoplasia no permite sentar afirmaciones a este particular. Igual puede decirse respecto al análisis del jugo gástrico, pues los resultados obtenidos por PAUCHET y HARTMANN son diametralmente opuestos, en cuanto a la relación entre la presencia del CLH libre y el pronóstico ulterior.

¿Puede esperarse mejorar el porcentaje de las curaciones definitivas? Es verdad que el cirujano es impotente contra las metástasis latentes, pero éstas constituyen un exiguo número de los casos mortales. En general los enfermos sucumben por las recidivas locales y las peritonitis cancerosas. En sus casos el autor ha observado casi constantemente una invasión del sistema linfático, principalmente de los ganglios pre-pancreáticos que al comprimir el canal colédoco, determinan ictericia por retención. Está pues indicado hacer una extirpación muy extensa y cuidadosa de los ganglios: el esfuerzo de los cirujanos deberá orientarse en este sentido. Los casos de injertos cancerosos en la cicatriz abdominal autorizan a suponer que ciertas peritonitis cancerosas post-operatorias son quizás el resultado de la siembra de células cancerosas en el curso de la operación: deberá pues limitarse con gran cuidado el campo operatorio y evitar toda maniobra susceptible de provocar el desprendimiento de las células cancerosas.

Lo que importa principalmente es la intervención precoz antes que la neoplasia haya sobrepasado el primer grupo ganglionar, el de la rama derecha de la arteria coronaria y por lo mismo es a los médicos a quienes incumbe el diagnóstico precoz y el aconsejar la intervención desde un principio. (*La Presse Médicale*; 27 Febrero 1926).

P. MAS OLIVER.

Sobre el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado abiertos en las vías biliares. F. DEVÉ.

El tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del hígado abiertos en las vías biliares es motivo de fuertes controversias. Dos escuelas principalmente las sostienen, la escuela francesa por una parte y por otra la escuela argentina a la que se ha unido la escuela uruguaya. Para justificarlas D. cita, ante todo, siguiendo un riguroso orden cronológico, las principales opiniones emitidas sobre este punto tan debatido en el proporcionalmente corto período de veinte años.

Todas las teorías emitidas pueden resumirse en dos netamente opuestas, dos grandes indicaciones operatorias y dos reglas de conducta contradictorias: 1.^a *Coledocostomía preventiva, con frecuencia suficiente.* 2.^a *Quistotomía, siempre o casi siempre suficiente.*

Admitiendo la posibilidad de curación por uno u otro de los dos métodos, una opinión intermedia aconseja *combinar*, siempre que sea posible, *la evacuación del quiste con el drenaje de la vía biliar principal.*

¿Puede aclararse el litigio por el resultado de las estadísticas aportadas? No lo cree así el autor.

FINOCHIETTO ha hecho remarcar que la simple *quistotomía* ha curado 12 operados sobre 13, correspondiendo a la estadística argentina. En la estadística uruguaya recientemente aportada por Domingo PRAT y PIQUERIZ de 12 enfermos tratados por la marsupialización, han muerto la mitad.

Si se quieren cifras estadísticas más extensas indica el autor el resultado del análisis de 162 observaciones de orden quirúrgico, con los resultados siguientes:

59 casos tratados por la *marsupialización del quiste sin drenaje biliar directo* con 33 curaciones. (56 por 100).

42 tratados por el *drenaje biliar exclusivo* (coledocostomía, colecistostomía), con 27 curaciones. (64,2 por 100).

23 en los que la *apertura directa del quiste, combinada con el drenaje biliar* (coledocostomía o colecistostomía) ha sido efectuada de *una sola vez*, con 16 curaciones (69,5 por 100).

Finalmente 17 casos en los que el *drenaje biliar primitivo* ha sido *completado por la apertura secundaria del quiste* con 15 curaciones (11,7 por 100).

Mas la comprobación siguiente demuestra el escaso valor de tales cifras globales y el peligro de las deducciones prácticas que se pueden sacar.

En las 21 observaciones restantes la intervención consiste en una *laparotomía exploradora negativa* (14 casos) o bien se ha limitado a una operación accesoria: *colecistectomía* con o sin *apendicectomía* (7 casos); con 13 curaciones (62 por 100).

¿Podrá deducirse de esto que en casi los dos tercios de los casos de quistes de hígado abiertos en las vías biliares, la curación se verifica *espontáneamente*?

Los hechos deben dividirse en dos grupos según que las vías se encuentren libres u obstruidas. (FINOCHIETTO y VILLEGAS).

a) Un enfermo pseudo-litiásico que ha tenido una fase más o menos prolongada de obstrucción biliar seguido de permeabilidad típica, es decir que ha pasado la crisis y el colédoco se manifiesta desobstruido, es necesario en un principio intervenir por la amenaza persistente de ulteriores migraciones vesicales.

En el caso que el asiento del quiste haya sido reconocido no es urgente intervenir. La evacuación íntegra del quiste está solamente indicada.

Por el contrario si es imposible de reparar la bolsa se impone la abstención operatoria.

b) Si el pseudo-litiásico se encuentra en plena crisis, se esperará, si los accidentes son recientes y el estado general del enfermo lo permite, algunos días es espera de una desobstrucción espontánea.

Mas si la retención se prolonga, si los accidentes febriles o generales que acompañan a la ictericia por retención no permiten dudar de una angiocolitis grave, la intervención se impone con urgencia.

El diagnóstico topográfico de los quistes hidatídicos de hígado evacuables en el canal biliar es de extrema importancia ante la intervención quirúrgica, como también su diagnóstico precoz.

LECÉNE y MONDOR en 1914 opinaban que fuera de circunstancias excepcionales, este diagnóstico es prácticamente imposible. El autor está persuadido, al contrario, que médicos y cirujanos pueden reconocer antes de la operación la naturaleza hidatídica de los accidentes.

Es sobre todo, con la vulgar colelitiasis que en la práctica, la obertura biliar de los quistes del hígado, se prestan más a confusión. QUENU ha creído encontrar en la tabla sintomática algunos elementos de diferenciación entre las dos afecciones. Mas los "matices" en cuestión no tienen nada de constante y menos de característico.

La edad y el sexo pueden influir en facilitar el diagnóstico.

Se puede decir que un cólico hepático que sobreviene en un hombre de menos de 30 años puede, hasta cierto punto darnos la suposición de un cólico biliar hidatídico.

También debe llamarnos la atención la profesión (equinococia profesional) y la herencia (equinococia familiar), como también la naturaleza del enfermo (*tierras clásicas* de la enfermedad hidatídica).

La comprobación de un tumor hepático aclara singularmente el diagnóstico, deficiente a veces por la profundidad del quiste. En ausencia de todo abombamiento o arcada tóraco-abdominal perceptible el médico deberá dar importancia a la matidez hepática remontada hacia el tórax encima de la 5.^a costilla por delante y de la 9.^a por detrás.

Un exámen radioscópico podrá confirmar esta suposición clínica revelando una ascensión y una arcada característica de la cúpula diafragmática derecha.

Hoy estamos en posesión de pruebas biológicas de reconocido valor que aportan una casi certeza diagnóstica, entre ellas hay la *intra-dermo-reacción* de CASONI y la *sub-cuti-reacción* de PONTANO un poco menos sensible que la precedente. Estas pruebas biológicas tan simples como inofensivas serán completadas por dos reacciones de laboratorio; la *desviación del complemento* de GHEDINI-IMAZ APPHATIE y LORENTZ y la *precipito-reacción* de FLEIG y LISBONNE.

Hoy día, el diagnóstico diferencial de la abertura de los quistes hidatídicos del hígado en las vías biliares no debe ser nunca considerado como un problema prácticamente imposible gracias a los datos combinados del exámen clínico, de la exploración radiológica y de las reacciones biológicas específicas. (*Journal de Chirurgie*. 6 Diciembre 1925).

J. SALARICH.

Ostetricia

Sobre el tratamiento del céfalo-hematoma. POTOCKI.

El céfalo-hematoma no siempre se resuelve sin complicación. Algunas veces es asiento de una neoformación ósea. Para evitar esta y otras complicaciones es conveniente, cuando el céfalo-hematoma es muy voluminoso o si la reabsorción es muy lenta, puncionarlo con toda la asepsia y realizar a seguido una compresión con tiras adhesivas. (*Academie de Médecine de Paris*. Sesión del 23 de Marzo de 1926. *La Presse Médicale*. 27 Marzo 1926).

Foramas hemorrágicas de infección uterina post-partum. COUVELAIRE.

Pueden presentarse hemorragias graves post-partum sin que haya retención placentaria. El puerperio parece normal durante 8 a 15 días, luego se presentan metrorragias repetidas y cada vez más copiosas, al mismo tiempo que síntomas de una infección de marcha septicémica. Es una forma muy grave, tanto más por cuanto predispone a manobras intempestivas en busca de la retención que se sospecha y que no existe.

COUVELAIRE ha observado esta forma grave en dos casos. En la primera enferma las hemorragias se presentaron después de un puerperio normal, se practicó un legrado y un taponamiento y la enferma sucumbió a la hemorragia que se repitió formidable después de la intervención. La segunda enferma presentó a los 19 días de un puerperio normal metrorragias que se continuaron hasta el 26 día en el que fué visitada la enferma, presentando a la exploración un útero voluminoso, blando y doloroso. Se le practicó una histerectomía; la cavidad uterina no contenía resto alguno de placenta, pero había un piosalpinge estreptocócico izquierdo. El curso post-operatorio fué muy accidentado, acabando con la perfecta curación de la enferma. (*Société d'Obstetricie et de Gynecologie de Paris*. Sesión del 8 de Marzo de 1926. *La Presse Médicale*. 3 Abril 1926).

COMAS CAMPS

Enucleación del huevo en la operación cesárea. FOURNIER.

Insiste el autor en las ventajas de su método que expuso ya sumariamente en el pasado Congreso de Ginecología: facilidad

de ejecución y máxima seguridad siempre que pueda ser verificado en huevo intacto. DEMELIN y DURAIQUE hacen notar la sencillez de este método que permite la ablación íntegra de las membranas del huevo. Ocurre en ocasiones en la cesárea clásica que la extracción de la placenta no es completa quedando adheridas membranas o restos placentarios a nivel del segmento inferior que necesitan ser retirados mediante una compresa. Ello no ocurre nunca mediante el proceder de la enucleación.

He aquí el "modus operandi" en los detalles que difiere de la técnica clásica:

Intervención a fecha fija, y lo más próxima posible al término de la gestación. Decúbito dorsal y *posición horizontal*. Nada de ergotina. Anestesia clorofórmica.

Laparotomía de 18 cms; exteriorización del útero y protección de las asas intestinales procurando cerrar por detrás de cuál la pared intestinal mediante dos pinzas que se cruzan y fijan.

Función del útero y enucleación del huevo. Este tiempo varía en arreglo a la inserción de la placenta, que puede ser anterior o posterior.

Desconociéndose su situación precisa, conviene incidir metódicamente y por capas la línea media anterior, a partir del punto culminante del útero en una longitud de 18 cms.; profundizando más en una longitud de 3 a 4 centímetros se llega a descubrir la membrana ovular. En el caso de caer sobre la placenta se reconoce esta por su aspecto tormentoso y por la intensidad de la hemorragia que deja escapar la sangre a chorros.

Si la inserción placentaria es posterior se introduce el índice izquierdo entre las membranas y la pared uterina y levantando esta última se termina la incisión completa a golpe de tijera procurando respetar la integridad del huevo que abomba entre los labios de la herida.

Resta únicamente enuclear manualmente el huevo que se despegaba sin dificultad. Comprimiendo de arriba abajo sale intacto. A veces basta para ello separar ambos labios de la incisión uterina y comprimir ligeramente la pared posterior. POTOCKI señala un caso de expulsión espontánea una vez incindida la pared uterina.

Si la placenta se inserta en la cara anterior, la decolación es todavía más fácil. Su propio peso la atrae una vez despegada hacia afuera y adelante.

El huevo íntegro es recogido por la comadrona. Su apertura puede hacerse sin precipitaciones. Pasado algún tiempo el niño lanza su primer vagido. Si se rompe rápidamente nace el feto como atontado. Durante el intervalo la placenta no sangra. No existe por tanto peligro de hemorragia ni de asfixia. Según el autor, esta modificación de la cesárea clásica la hace superior a la cesárea baja, más larga e indirecta, siempre que no exista rotura de membranas. (*La Presse Médicale*. núm. 27-1926).

J. VANRELL.

Ginecología

Estudio sobre la trompa intersticial normal. C. DANIEL.

He aquí las conclusiones de esta documentada monografía:

Incrustada en la pared uterina, la trompa intersticial, con su estructura propia, se impone como órgano que posee una función bien determinada que no debe ser incorporada ni a la porción extrauterina del oviducto, ni al cuerpo uterino.

La configuración de su luz, con crestas más o menos aparentes y en número variable, separadas por surcos y numerosos divertículos ramificados, es bien diferente de la trompa libre, la cual, por el contrario, se caracteriza por la regularidad de sus cuatro grandes pliegues longitudinales bien pronunciados.

Acentúan su autonomía anatómica: la mucosa propia que la recubre; la disposición de su túnica muscular, con una capa interna de fibras longitudinales, y el predominio de tejido conjuntivo en la muscular (lo que puede explicarse por la compensación funcional que el músculo uterino presta al conducto tubárico en su trayecto intramural).

Los caracteres macroscópicos y la estructura histológica hacen sospechar el papel fisiológico importante que la trompa intersticial debe jugar en el transcurso de la menstruación y

del embarazo. Se ha demostrado que en estado normal se hallan cerradas las trompas y que se necesita una presión de 60 a 70 milímetros de Hg. para demostrar la permeabilidad de las trompas libres.

En el curso de la menstruación la mucosa intersticial sufre un estado de hiperhemia análogo al de la mucosa uterina que facilita la obturación de las trompas y de su orificios uterinos.

La hiperhemia y la hiperplasia se acentúan sobre todo durante la gravidez del útero y llegan a determinar, desde el principio del embarazo, la obliteración del canal intersticial, obliteración acentuada por el gran número de crestas que predominan en su cavidad, por su situación y por el calibre del *ostium uterinum*.

La estructura del estroma de la mucosa, tan parecido al del útero, nos hace comprender que es posible la placentación en la trompa intersticial sin que, a pesar de ello, la mucosa tubárica participe en la formación de las cubiertas ovulares.

La multiplicación de investigaciones sobre el particular y el conocimiento más exacto de la trompa normal y patológica nos harán comprender mejor el papel de este canal en la migración ovular y nos pondrán en camino para resolver, quizás, el problema de la nidación del óvulo en el embarazo ectópico.

Ello nos permitirá, asimismo, precisar ciertas cuestiones prácticas, tales como las reglas para estudiar la permeabilidad tubárica en la esterilidad y sentar los principios de posibilidad de una terapéutica intratubárica directa por las vías naturales, orientando hacia una nueva vía la cirugía de la trompa intersticial gravídica o enferma. (*Gynecologie et Obstétrique*, Enero de 1926).

J. VANRELL.

Embarazo ectópico e inflamación tubárica.

PANKOW. No comparte la opinión de que la nidación tubárica del óvulo fecundado depende de una hiperenergía ovular que hace desarrolle precozmente su poder histolítico penetrando y fijándose en la mucosa de la trompa. Creo que son las anomalías de la trompa las que predisponen como factor principal a la nidación tubárica del óvulo fecundado y en especial las anomalías congénitas (divertículos). Estos divertículos raramente son consecutivos a abscesos parietales de la trompa. La gonococia tubárica, causa tan frecuentemente obstrucción y esterilidad que es muy excepcionalmente base de un embarazo extrauterino.

OPITZ. No comparte esta opinión y cree más bien en la enorme frecuencia de divertículos de origen inflamatorio.

V. FRANQUÉ. Cree también en la gran influencia de la gonococia y es lo único que puede explicar el aumento de frecuencia de los embarazos ectópicos.

FRANKL. La etiología inflamatoria es la regla, la malformación, la excepción.

(XIX Congreso alemán de Ginecología. Viena, 3 a 6 Junio 1925).

Sobre la castración (esterilización) temporal por los rayos X y el radium.

BORELL. Las indicaciones de la esterilización temporal deben ser muy meditadas ya que aquella favorece el aborto en caso de nuevo embarazo. Deben estudiarse bien las indicaciones en los casos de anexitis gonocócicas y tuberculosas, lo mismo que para los grandes miomas. Para las metrorragias de las vírgenes y mujeres jóvenes y la dismenorrea, hay que abstenerse en la mayoría de casos y razonar mucho en los que al parecer no tengan otra solución.

GUMMERT. Es contrario a la esterilización temporal que altera todos los folículos; ha visto un niño de tipo mongólico concebido dos años después de una irradiación.

SCHOEDEL. Es también contrario a la esterilización temporal por los rayos X, pero la acepta por el radium que ha practicado 100 veces (4 embarazos seguidos de niños normales).

FLASKAUF. Defiende la irradiación que no detiene más que los folículos maduros. Aporta 133 embarazos después de los rayos X y 54 después del radio sin ningún niño anormal. Los casos publicados deben someterse a una severa crítica.

DARTINS. Cree que es muy difícil regular las dosis de rayos de manera a obtener siempre el efecto de esterilización deseada.

(XIX Congreso alemán de Ginecología. Viena, 3 a 6 Junio 1925).

COMAS CAMPS.

Urología

Nuevos estudios sobre la quimioterapia intravenosa de la gonococia. Empleo de los mordientes (tintorería) en terapéutica. H. JAURIÓN y M. VAUCEL.

En 2 de Junio de 1925 uno de los autores junto con Ed. DIOT y N. VOUREXAKIS, comunicaba a la "Académie de Medicine" los resultados favorables de un ensayo de quimioterapia intravenosa de la blenorragia por el clorhidrato de diaminometilacridina. En aquel trabajo se formularon las siguientes conclusiones. 1.º El amarillo de acridina escogido como antigonocócico por algunos autores extranjeros ha hecho entre sus manos las pruebas *in vitro* e *in vivo*. Además de sus propiedades tintóreas se afirma un buen antiséptico interno perfectamente inofensivo a las dosis usuales. Sin embargo nuevos estudios podrán quizá obtener de la familia acridínica o de cualquier otro grupo químico, un compuesto más apropiado.

2.º El método intravenoso nos parece merecer un más amplio empleo en quimioterapia de la blenorragia. Al primer golpe de vista, desde luego, satisface más al espíritu que la desinfección por vía externa de varios miles de glándulas de todas las formas anatómicas y tamaños. Los resultados terapéuticos son buenos. En la práctica él es rápido y poco aséptico. Es por lo menos tan discreto como los inyecciones uretrales bicutidianas siempre molestas. Por este medio ningún temor hemos de tener de propagación de la enfermedad.

La gonococia femenina que necesita más vastas desinfecciones reclama todavía más que la blenorragia masculina esta modalidad de tratamiento.

La profilaxia encuentra el método a satisfacción por la eliminación constante del medicamento al lado del microbio. Por otra parte las inyecciones de consolidación a más largos intervalos, permiten concebir una lucha antigonocócica más eficaz.

Los autores, en el trabajo que extractamos, comienzan por exponer el método. El amarillo de acridina de la tintorería (trypaflavina, acriflavina, gonacrina), fué introducido en la práctica antiséptica por BROWNING, GULBRAUSEN, KEUNAWAY, THOMTON. Conviene señalar que el colorante más comúnmente llamado "Amarillo de Acridina" es un clorhidrato de 2-7 diamino 3-6 dimetilacridina, mientras que la trypaflavina es el clorhidrato de 3-6 diamino 10 metilacridina. Los términos de gonacrina y de trypaflavina designan pues un otro amarillo acridina. BOHLAUD fué el primero que lo empleó por vía endovenosa. El empleo del clorhidrato de diaminometilacridina se esparció bastante pronto para las septicemias; "pero, dicen los autores, por una curiosa y rara casualidad, su administración intravenosa, no había sido intentada contra la gonococia, hasta nuestros ensayos". La técnica empleada no puede ser más sencilla. Consiste en la repetición, hasta la curación de la enfermedad, de inyecciones intravenosas. lo más comúnmente cada dos o tres días, de 5 centímetros de de una solución acuosa de amarillo de acridina a la concentración de 2 %. No es incompatible con la vacuoterapia si se cree en la utilidad. No se emplean lavados ni instilaciones uretrales ni uretro-vesicales y los autores no recomiendan régimen alimenticio especial.

Los inconvenientes. La diamino-metil-acridina es un colorante cuyas manchas amarillo-oscuro, persisten tanto sobre la piel como sobre las ropas, hasta desaparición muy lenta por enjabonamientos repetidos, o fricciones múltiples con alcohol metílico ligeramente acidulado. Las manchas tegumentarias ceden fácilmente con el jabón Richaud cuya fórmula transcriben. Es indudable que estas manchas siempre indiscretas, pueden ser reducidas por un operador cuidadoso. Es difícil evitarlas completamente, puesto que una gota que refluya únicamente basta para producirlas.

La causticidad del amarillo de acridina esparcido en el tejido celular es su más grave inconveniente. Una pequeña cantidad de líquido inyectado fuera de la vena, produce un endurecimiento

inflamatorio, cuya reabsorción exige de 10 a 15 días. En las primeras 1417 inyecciones los autores, aun en los casos de extravasación, no habían tenido nunca una escara. Después en tres enfermos, de los que se había empleado la metil-acridina, con mordiente de tanino, produjo en el punto de la inyección, naturalmente por el hecho de la extravasación, una pequeña escara de un diámetro de una moneda de céntimo; este inconveniente les ha hecho abandonar esta variante, que por otra parte dicen ser más ventajosa que el método original. Queda pues que la acridina, indebidamente colocada en los tejidos, produce nódulos inflamatorios asépticos pero dolorosos y que este inconveniente demuestra su causticidad, sensiblemente igual a la del cianuro de mercurio; como este último producto, provoca a veces, endoperiflebitis localizada, susceptible de reabsorción espontánea, sin incidentes.

Ligeros fenómenos generales acompañan a veces inmediatamente a la inyección intravenosa de 5 cm. de Metil-acridina al 1 por 50. Se trata en la inmensa mayoría de casos de un *shoc* sin importancia. Excepcionalmente se ha presentado un ligero estado sincopal que ha desaparecido con facilidad. Proseguido el tratamiento ha sido perfectamente tolerado de todos los enfermos. La mayor parte de sujetos a 15 o 18 segundos de la inyección experimentan una sensación de quemazón y constricción de la garganta, congestión de la cara y calor perineal. El conjunto de estas reacciones no duran más de 5 o 10 segundos. A veces cuando sobre todo la dosis es más fuerte (se han inyectado impunemente de 10 a 12 cm. de la solución al 1 por 50) el paciente experimenta, palpitaciones, angustia, a veces vértigos y excepcionalmente náuseas. El pulso ligeramente acelerado alcanza raramente 90 o 100. En menos de un minuto todo vuelve al orden. En suma que lo que se llama *shoc*, en este caso, lo es desde el punto de vista fisiopatológico pero no merece este nombre en Medicina práctica. 2.620 inyecciones no han dado lugar a ningún incidente serio. En un caso, una de las inyecciones provocó fenómenos de urticaria localizada al miembro en que se practicó la inyección que desapareció espontáneamente al cabo de una hora. Si se administran las inyecciones cotidianas, para obtener más rápidamente la curación, llegase hacia el décimo quinto día, a un estado de cúmulo tóxico con náuseas ligeras, irritabilidad cardíaca y débil coloración de los tegumentos; en cuanto se reemprende el tratamiento por inyecciones trisemanales desaparecen estos accidentes benignos.

Los autores describen lo que ellos llaman el *coup de lumière acridínico*; a los rayos fuertemente activos del sol de primavera, nuestros enfermos, dicen, recientemente inyectados de este cuerpo fluorescente, (clorhidrato de diamino metil-acridina) presentaban en las cuarenta y ocho horas consecutivas un eritema solar de las partes descubiertas, a veces aún una pequeña erupción papulosa bajo los vestidos. Estos fenómenos de fotosensibilización se explican por la ley de Stokes y el estudio que von TAPPEIER y JOLDBANER han aplicado a los derivados de la acridina. Estos fenómenos, siempre muy benignos, raramente y debilmente febriles, son eficazmente prevenidos en todos sus síntomas por la administración de un antifoto-catalizador, por ejemplo por la absorción de un sello de 0.25 gr. de resorcina. No sobrevienen por otra parte más que durante los meses de Mayo y Junio, época electiva de los accidentes de fotosensibilización. La *eliminación urinaria* de esta sustancia, que no provoca, según análisis repetidos ninguna perturbación del quimismo renal, se efectúa como para el azul de metileno, la fenolsulfotaleína, y las otras sustancias colorantes. 10 cgr. de metilacridina, reclama un poco más de cuarenta y ocho horas para ser total. Este hecho, explica, por una parte el inconveniente que puede resultar de las inyecciones cotidianas largo tiempo renovadas, y los fenómenos de fotosensibilización de las cuarenta y ocho primeras horas.

Los autores hacen constar que la explicación de estos accidentes la hacen para evitar no el daño que es despreciable, sino la sorpresa y presentan una estadística de 165 sujetos ya tratados y 37 en curso de tratamiento. De los 165 enfermos ya tratados 153 son curados, según el criterio actual de la curación de la blenorragia, diferentes pruebas, exploración prostática, espermocultivo, prueba del nitrato, de las bebidas alcohólicas aromatizadas, etc. de estos 153 sujetos, 59 en primera invasión, evolucionando de más de dos meses, en el momento del tratamiento; de estos los había con uretritis anterior, poste-

rior y cistitis; tres con orquiepididimitis, 65 blenorragicos re-infectados o crónicos datando la infección primitiva desde dos meses a cinco años. Estos crónicos habían tenido 5 prostatitis agudas, 5 cistitis, 8 orquiepididimitis, 1 estrechado.

El tratamiento acridínico los ha conducido a la curación 21 casos fueron de multirecidivistas entre los que había tres con cistitis, 11 orquiepididimitis, 2 estrecheces; con ellos está completa la lista de 153 éxitos registrados, cuyo resultado fué conseguido a favor de

menos de 5 inyecciones en	22 casos
de 5 a 10	" 43 "
de 10 a 20	" 66 "
de 20 a 25	" 13 "
de 25 a 40	" 8 "

Los 12 casos que no ha dado resultado son por haber abandonado el tratamiento cuatro de 16 a 17 inyección, tres de la 15 a la 20, cuatro de la 20 a la 30 y uno a la 32.

En los blenorragicos de primera invasión y al principio de la infección, el tratamiento acridínico intravenoso determina, lo más generalmente la curación de la primera a la quinta inyección. El gonococo en estos casos desaparece del pus uretral en 24 o 48 horas. Mas tarde el éxito del tratamiento es más costoso.

Para las complicaciones el resultado es por lo menos tan feliz. Los autores hablan de orquiepididimitis y artritis, rápidamente curadas. En fin, el solo inconveniente que presenta este método según los autores, consiste en la acción cáustica del del mismo para los tejidos, al extravasarse en los mismos, y esto es suficiente a remediarlo la habilidad de un operador mediano; en cambio las ventajas son clarísimas; una *inyección intravenosa cada tres días, sustituye a los lavados cada día repetidos*. La antisepsia interna, y descendente, tan natural e inofensiva, sustituye al chorro de líquido "contra corriente" con todos los riesgos de propagación desdichada de la enfermedad, hacia lugares todavía indemnes. Por el método acridínico no se presentan, al menos en los casos que los autores han tratado y registrado, complicaciones. Una sola que fué porque el individuo se hizo administrar una inyección de vacuna, en plena fase negativa de las anteriores; la tercera en ocho días; en plena reacción hipertérmica de tal imprudencia se instaló la epididimitis. El tratamiento por otra parte se puede llamar ambulatorio, pues únicamente el enfermo ha de ver al médico cada tres días una vez. En fin, y este es uno de los puntos más interesantes, por razones desconocidas de las cuales lo más aparente es la foto-sensibilización que confiere al producto la metil acridina tiene los más beneficiosos efectos sobre la salud y aspecto de los enfermos. Aumento de peso, pudiendo llegar hasta los 6 kilogramos; aspecto eutrófico que acentúa aun más la pigmentación (pues sin eritema solar, colorea algo el rostro), brillo de la mirada, detalles que hacen a la cura acridínica, semejante a las curas arsenicales. En uno, como en el otro sexo, la eliminación prolongada del producto antiséptico realiza un *optimum profilactico* admirable para la lucha antivenérea rigurosa y que no se puede ni soñar con las medicaciones en curso corriente. Es probable que durante la fase aguda de la enfermedad, la presencia constante de un antiséptico, que no deja de colorear algo el esperma evite el riesgo de contaminación; entonces las relaciones sexuales por sí mismas, no serían, sino un daño para el enfermo mismo. Estos últimos argumentos, aunque bien admisibles, según los autores quedan sin embargo por demostrar.

La acción de los mordientes en quimioterapia. Siempre con la intención de hacer más corta la curación, los autores han pensado, si dando como ciertas las ideas de EHRlich, en el caso de un fármaco colorante, no tendrían aplicación las nociones elementales de Tintorería.

Sabido es que hipotéticamente, el mecanismo de acción de los agentes quimioterápicos, según EHERlich y HATA, sería explicable por la existencia de grupos haptóforos fijadores del medicamento y que permitirían la intervención de grupos toxóforos, que son los que producirían la muerte del parásito. Aluden los autores a las teorías dominantes en Tintorería, y continúan afirmando como en esta rama de la Química Industrial Aplicada hacen falta a veces la intervención de los mordientes que MAUN define como susceptibles de provocar una

combinación química entre dos cuerpos que no tienen ninguna afinidad (colorantes adjetivos). En suma, en una operación tintorial bien conducida, colorante, mordiente y tejido realizan una combinación perfectamente fija; pero esta, resulta sea de una combinación primitiva entre el mordiente y el tejido que se encuentra sensibilizado, sea de una precipitación del colorante bajo la forma de sal soluble. Resulta pues de evidencia en quimioterapia, la acción de los mordientes, podrá según los casos tener resultados favorables o nefastos según aumente el poder parasitotrofo u organotrofo. No se pretende hacer un estudio biológico de los mordientes, sino únicamente algunos ensayos practicados a favor de la medicación acridínica en la gonococia. El *tanino* es el mordiente por excelencia y por otra parte electivo para los colorantes acridínicos. Se ha empleado *in situ* y por vía sanguínea. En la uretra bajo la forma de solución acuosa al 1 por 100 o de bujías uretrales con 5 cgr. de producto activo, realiza una fijación más enérgica, pero tiene una acción francamente irritante. Por vía sanguínea, se pueden inyectar 5 cgr. en la misma jeringa de gonacrina. En cuatro uretritis agudas así tratadas, se ha obtenido la cesación de la supuración a la segunda semana. Pero si bien la tolerancia general era manifiesta, los enfermos todos presentaban dolores a la micción que cesaron con la medicación. Esto hizo que se abandonara.

El *tanino* y el *emético* o *tártaro estibiado* son ventajosamente usados en la industria bajo la forma de baños sucesivos sobre los tejidos. El emético ha sido empleado en urología por CHRISTOPHERSON en inyecciones intravenosas contra la bilharziosis vesical. Pero así como empleado por sí solo no produce ninguna reacción febril, y escasamente ligeras nauseas que pasan rápidamente, es grandemente febrígeno cuando acompaña, precede o sigue a la inyección de acridina tánica. Por esta razón aunque los resultados son muy buenos, su interés teórico es débil, pues la experiencia nos enseña, que una reacción febril espontánea o provocada acelera el término de la gonococia. El *bicromato de potasa*, como en general todas las sales de *romo*, son magníficos mordientes en la industria, pero su extraordinaria acción tóxica sobre el animal, ha hecho rechazar su empleo, aun como prueba en el hombre.

Los *alumbres* constituyen una clase especial de mordientes. Es con estos compuestos que los autores han obtenido los mejores resultados prácticos. Son, por otra parte, bien tolerados por el animal; la rata blanca soporta impunemente 5 mgrs. de *alumbre de cromo* en inyección intraperitoneal en un vehículo de 1 centímetro cúbico.

El *alumbre de cromo* es el mordiente que los autores emplean corrientemente en la cura acridínica. Esta sal (sulfato de potasio y de cromo) susceptible de ser asociada en una misma solución al clorhidrato de diamino methyl-acridina (al 1 por 50 los dos productos), se ha obtenido en 16 enfermos, únicamente con tres o cuatro inyecciones una decisión terapéutica que no se obtenía por ningún otro medio. Es conveniente no prolongar más de una semana la acción de este mordiente pues produce constipación. Esta es la razón por la cual prefieren la asociación extemporánea, en el momento de la inyección de una solución de *alumbre de cromo* al 1 por 50, permite utilizar sin inconveniente las ampollas de gonacrina o trypaflavina.

En este orden de ideas según los autores hay derecho de esperar resultados del mercurocromo 220, obtenido por combinación de un átomo de mercurio y una molécula de dibromofluorescina. La utilización que YOUNG ha hecho de él, en otras afecciones urinarias, permite augurar favorables resultados en la blenorragia. Practicado con alternancias, o de manera discontinua, el método de los mordientes, en medicina general, ha de dar lógicamente interesantes resultados. La aplicación modesta todavía, pero bien probada, que se ha hecho en la blenorragia, es bien digna de mención.

Conclusiones. La terapéutica intravenosa de la blenorragia está en su comienzo a la hora actual, tendiendo a imponerse por su acción lógica. En efecto el objeto a conseguir, es la esterilización de las glándulas periuretrales, que toman esta designación, en el sentido más amplio de la palabra. Estas glándulas, estas anfractuosidades de todo orden (lagunas de Morgagni, folículos uretrales, glándula de Littre, alvéolos prostáticos, glándulas de Cowper) tiene como carácter común el ser inaccesibles por vía externa.

El aporte por vía sanguínea de un medicamento la sola vía realizable. El acceso de los gérmenes urinarios y vulgares, lleva infecciones secundarias que una vacuoterapia, por polimicrobiana que sea no las puede prever y por consiguiente no las puede curar. La administración "per os" de *amarillo de acridina*, a la dosis de 0'05 gr. en cápsulas de gluten no ha producido sino fracasos. Esta medicación "per os" tiene que ser suspendida rápidamente en razón de los cólicos intolerables provocados por el medicamento. Las inyecciones intravenosas, cada tres días han obtenido en cambio la curación. Reduciendo las conclusiones son las siguientes:

1.^a La quimioterapia intravenosa es la medicación racional de la blenorragia. Su difusión contribuirá a proscribir los lavados ilógicos y perjudiciales.

2.^a El clorhidrato de diamino-metil-acridina por ser un antiséptico electivo del gonococo no representa más que una etapa sin duda transitoria de la terapéutica intravenosa anti-gonocócica.

3.^a La quimioterapia metil-acridínica es deudora a la bacterioterapia de un apoyo interesante pero ligero. Es sobre todo de los mordientes, que ella utilizará con recursos cada día crecientes. Así se podrá abrir a la medicina general nuevos horizontes y dominios. (*La Presse Médicale*, núm. 13, 1926).

A. OTERO.

Pediatría

Tres nuevos casos de *sodokú* observados en la región parisién. Paralelo entre el *sodokú* y la *sifilis*. E. APERT, Y. KERMORGANT y R. GARCIA.

Los casos de *sodokú* son en Francia cada año más numerosos. La enfermedad es hoy día bien conocida así como su etiología: se origina por la mordedura de una rata infectada; pocos días después violento y brusco acceso febril pasajero, y erupción cutánea no menos efímera. Reaparición cíclica de la fiebre y de la erupción a intervalos regulares de cinco a seis días, separados por períodos de salud. Duración larga si la enfermedad no es tratada debidamente. Causa: pululación intermitente en el organismo de un espirilo particular, parásito frecuente de la rata. Curación por los medicamentos espirilicidas.

Los autores creen encontrar analogías notables entre el *sodokú* y la *sifilis*; para hacerlas resaltar presentan tres casos por ellos observados. Los tres son casi idénticos por lo cual nos limitaremos a dar a conocer a nuestros lectores el primero que presentan, que tiene, además la ventaja de equivaler a una buena descripción del *sodokú*, poco conocido entre nosotros.

"El niño D., que habita la zona *non edificandi* de las fortificaciones, es mordido durante el sueño en el anular izquierdo. Al día siguiente los padres conducen el niño al dispensario donde se procede a la desinfección y cura de las cuatro pequeñas heridas producidas por los dientes de la rata. Las heridas cicatrizan, pero el anular queda un poco aumentado de volumen. Exactamente quince días después de la mordedura el niño es presa de un violento acceso febril que dura treinta horas y desaparece espontáneamente. Tres días después nuevo acceso: los padres justamente alarmados, conducen el niño al hospital.

El niño está en pleno acceso febril: 39° 5; el anular izquierdo está aumentado de volumen, tiene el aspecto de una espina ventosa; es una tumefacción fría: la piel es blanca, lisa, reluciente, la presión es poco dolorosa; el enfermito se queja de una adenitis axilar dolorosa; en la cara posterior del antebrazo unas placas de limfangitis. El diagnóstico de *sodokú* puede comprobarse por el examen bacteriológico de la sangre: los autores tuvieron la fortuna de descubrir sobre un simple frotis de sangre tratada por los métodos de impregnación argéntica, el parásito de *sodokú*; este diagnóstico se confirmó después por la inoculación a los animales sensibles (cobayos, ratones).

Durante la fases de apirexia el joven D. estaba en apariencia sano; la hinchazón de su dedo, la congestión ganglionar, desaparecían casi completamente y el enfermo estuvo cuatro o cinco días tranquilo, pero bruscamente una tensión dolorosa del ganglio axilar y un aumento de volumen del anular hacían prever el ascenso de la temperatura y un nuevo brote térmico.

Después del quinto siglo evolutivo vieron aparecer una erupción completamente ajena a toda causa alimenticia o medicamentosa. Esta erupción estaba constituida por placas congestivas de un color rojo oscuro que radicaban únicamente en la oreja izquierda, la frente, la nariz y las mejillas; el torax y los miembros estaban indemnes. Estas manchas congestivas al principio desaparecían al final del acceso; poco a poco pasaron al estado crónico y parecía que cada ascenso térmico fué seguido de un aumento de la zona congestiva.

Deseosos de comprobar el efecto del bismuto sobre esta espirolosis, trataron este enfermo con el Quinby. Lo consideraron, todas proporciones de edad guardadas (7 años), como un sujeto afecto de chancro y lo trataron, regularmente, por inyección de un centímetro cúbico y medio de Quinby. Este tratamiento fué seguido, con intervalos de reposo, durante tres meses sin ningún éxito. Entonces sometieron el niño a un tratamiento arsenical."

En los tres casos presentados y en los publicados anteriormente hay analogías con la sífilis.

Encontraron un *chancro de inoculación* que se constituye después de un período de incubación, pero al contrario de lo que pasa, en general, en la sífilis, parece no haber curación local. Encontramos una *adenopatía satélite* susceptible de congestión pasajera; finalmente, existe una *erupción cutánea*.

Desde el punto de vista terapéutico el parásito del sodokú no se ha mostrado sensible al bismuto, mientras que un tratamiento arsenical bien dirigido basta para curar el enfermo. Por el contrario, un tratamiento insuficiente parece tener una influencia nociva en la evolución de la enfermedad. La analogía es todavía más patente si se tienen en cuenta las investigaciones experimentales hechas con los parásitos obtenidos de los enfermos. Los autores han podido demostrar la posibilidad de provocar en el cobayo una enfermedad aguda (septicemia espirilar) y una enfermedad crónica cuyas determinaciones clínicas son o viscerales (forma visceral) o cutáneas (forma cutánea). Además, la transmisión hereditaria del sodokú demostrada por el nacimiento de cobayos con trastornos distróficos (malformaciones del cráneo, del pubis, del esqueleto de las patas, queratitis intersticial) hace más racional el estudio clínico comparado de la sífilis y el sodokú.

¿Asistimos, actualmente, a la adaptación al hombre de una espirolosis de los roedores? Sería esto una analogía más con la sífilis, cuyo origen animal (lama) cada día va teniendo más partidarios. (*Archives de Médecine des Enfants*, Febrero 1926.)

S. GODAY.

Radiología

Tratamiento del raquitismo irradiando con ultravioletas, la alimentación ordinaria y efecto de esta alimentación irradiada sobre la tuberculosis ósea. C. LEE PATISSON.

En 1918 y años sucesivos, E. MELLANBY señaló que la calcificación de hueso se controla grandemente por un elemento de la dieta que él llamó la "Vitamina Antiraquítica". Se ha hallado que esta substancia tiene similar distribución a la Vitamina "A" y posee similares propiedades, pero el consenso actual de opinión se manifiesta en contra de la identidad de esas substancias. No obstante, se admite ahora generalmente que los alimentos poseedores de grasa en abundancia y vitamina "A" soluble, tales como las grasas animales y pescado (leche, yema de huevo, etc.), ejercen un poderoso efecto estimulante sobre la calcificación del hueso.

De la observación de HULDSCHINSKY en 1919, han partido otras observaciones, de que los niños que sufren de raquitismo podían curarse mediante la exposición a las radiaciones U. V. emitidas por una lámpara de vapor de mercurio. Confirmaron sus resultados los experimentos sobre animales, y entonces surgió el problema de cómo estos dos factores influenciaban la calcificación ósea, es decir, la vitamina antiraquítica en el alimento y la exposición de la piel a la radiación U. V. poniéndose en evidencia que estaban relacionadas, que era claro que, hasta cierto punto, eran intercambiables: por ej., HUME y GOLBATT y SOAMES hallaron que si se tomaban

ratas jóvenes, que hubiesen cesado de crecer como resultado de privarse de vitamina "A" y se las expusiese a las radiaciones U. V., se reanudaba el crecimiento durante un tiempo. La luz U. V. movilizaba la vitamina "A". El paso siguiente fué el nuevo experimento de HUME en el que exponía las jaulas en que vivían ciertas ratas, a las radiaciones U. V. sin exponer las propias ratas. Halló que el desarrollo de las ratas se estimulaba, aunque tomaran poca vitamina "A" en su dieta. Al principio creyó que ello era debido al efecto de las radiaciones en el aire pero, después, se halló que era debido al serrín con que se cubría el suelo de los recipientes y que las ratas se habían comido. Entonces siguieron las investigaciones de STEENBOCK y BLACK, y al mismo tiempo las de HESS, en las que se halló que las exposiciones de algunos alimentos a las radiaciones U. V. conferían, a esas substancias, propiedades antiraquíticas que no poseían anteriormente.

Entretanto, MELLANBY había hallado que algunos alimentos, especialmente cereales, tienen un efecto productor del raquitismo en los animales jóvenes, es decir, que la acción de estas substancias es antagónica, en lo concerniente a la calcificación de hueso, a la vitamina antiraquítica en alimento y a la exposición de radiación U. V. También halló que el efecto productor del raquitismo de los cereales podía anularse hasta cierto punto, exponiendo directamente los cereales a las radiaciones U. V.

Está claro, por lo tanto, que entre a) los varios factores de la dieta que se sabe intervienen en la calcificación ósea y b) las radiaciones U. V. existe una relación constante, y el resultado de esta batalla es el estado de mejoría de los huesos, cuando tratamos el raquitismo con los ultravioletas.

El primer paso que había de darse era, evidentemente, ver si los resultados en los animales eran aplicables al hombre. Esto lo hizo primero COWELL. Tomó niños con raquitismo bien marcado y los alimentó con una dieta que no se esperaba curase el raquitismo. Uno de estos, retenido como testigo, continuó con marcado raquitismo al final de las investigaciones. La leche de los otros dos se expuso diariamente a las radiaciones de una lámpara de vapor de mercurio, quedando en cuanto a la dieta y otras condiciones de vida igual que el testigo. En ambos casos, la calcificación fué muy mejorada y se benefició grandemente el estado general de los pacientes. Desde que se publicaron estos resultados en 1925, han sido confirmados muchas veces.

Estimulado por los resultados mencionados, empezó, a fines del año pasado, a probar los efectos de varios alimentos radiados en niños tuberculosos de los huesos y articulaciones, y opina que las radiografías que puede enseñar harán con venir en que es muy deseable que se prosigan las investigaciones.

En estos casos, tomó una pinta (0'5679 litro de la usual, 1'1/2 pintas (0'850 litro) de leche. Se expuso a los rayos de una lámpara de vapor de mercurio a dos pies de distancia durante media hora diariamente. En dos casos, los pacientes tomaban comida de avena (una especie de sopa de avena que suele darse con leche) y uno de estos no tomó aceite de hígado de bacalao. se radió la sopa de avena además de la leche, a fin de reducir su efecto antagónico de vitamina "A".

Se han introducido muchos remedios en el pasado, que han producido resultados maravillosos los primeros meses, pero que luego han producido decepciones. Quere hacer resaltar el hecho de que no cree estar alegando pretensiones extravagantes a favor de este método de tratamiento con el actual estado de nuestros conocimientos.

Desde luego, es más difícil valorizar cualquier forma de tratamiento en los niños que en los animales, pues en los primeros ha de usarse al mismo tiempo todos los medios posibles para producir una mejoría, lo cual dificulta precisar la causa del beneficio.

Igualmente, es casi imposible conseguir un testigo de confianza en las investigaciones sobre el hombre, y ello por muchas razones, entre otras, las diferencias individuales de los sujetos. Puédesse con razón señalar que cualquier mejoría puede deberse a cualquier otro factor, y es tal que naturalmente habría de esperarse ocurriera en los pacientes tratados en un hospital al aire libre, por métodos dietéticos, locales y generales, modelados en los usados en el hospital Alton. Pero

en todos los casos, excepto dos, ya se habían tratado durante preñente.

El a. acompaña su interesante trabajo con un abundante historial clínico y radiográfico en comprobación de su tesis. (*The Brit. Journal of Radiol.*, Febrero 1926).

V. CARULLA RIERA.

Dermatología

Acción combinada de la anafilaxia y acciones péxicas en dermatología. B. DUJARDIN y N. DESCAMPS.

Las intradermoreacciones permiten estudiar experimentalmente las fluctuaciones de la anafilaxia local y alergia y la influencia de distintas acciones péxicas cutáneas, sirviendo de guía en la patogenia de muchas dermatosis.

I Anafilaxia local o alergia

Si con la ayuda de un antígeno, como el suero de caballo, se hace una intradermoreacción a un animal nuevo, no hay generalmente ninguna reacción.

Después de un número variable de inyecciones, se puede obtener, en ciertos sujetos, que la intradermoreacción sea nuevamente nula. Entonces ha llegado el momento de la *inmunidad*. El individuo posee suficiente cantidad de anticuerpo para saturar esta dosis de antígeno. El estado nuevo de un lado y la inmunidad por otro son las fronteras de la alergia.

II Las acciones péxicas de la piel

Las intradermoreacciones cutáneas nos aparecen como la imagen de los estados humorales en el curso de una sensibilización, pero las reacciones cutáneas son polimorfas, al contrario de las otras que son monomorfas. Son acciones nuevas al nivel de la piel las que provocan este polimorfismo. Estas acciones nuevas son las acciones péxicas de la piel. Se entiende por acción péxica, en general, la propiedad que tienen los tejidos de fijar las substancias extrañas. El prototipo de estos tejidos es el hígado, que es también el regulador de las demás acciones péxicas.

1.º Acción péxica lenta

Pasa, a veces, que una intradermoreacción, que no ha dado reacción inmediata, produce luego a los 8 días una reacción bien clara. Lo cual demuestra que el antígeno lentamente fijado, queda apto para reaccionar con el anticuerpo.

2.º Acción péxica hepatoide.

Llamada así por su semejanza con la hepática, en el sentido que pone al antígeno al abrigo de los anticuerpos de la circulación. Un sujeto sensibilizado por suero de caballo, una intradermoreacción puede dar lugar a un eritema que desaparece. Por medio de un baño general y por frotación reaparece una urticaria en los mismos sitios del eritema desaparecido. La piel tiene pues una acción péxica que hace variar el aspecto dermatológico de las lesiones, como veremos luego. Esta acción es la que nos explica la evolución de las sífilides en todos los períodos de la sífilis.

La fijación de los anticuerpos es muy distinta, si se presenta el conflicto solo en el dermis o en la epidermis. Concretando: podemos provocar experimentalmente, con un mismo estado de sensibilización, lesiones dermatológicas distintas.

La fijación del antígeno al nivel del dermis puede dar lugar a eritemas, o urticaria, crea reacciones nodulares y tisulares, que recuerdan las fuertes reacciones alérgicas de la sífilis terciaria o de las tuberculoides gomosas.

La fijación de los anticuerpos al nivel de la epidermis crea excemátides substituyendo un choc citoclásico al choc humoral

Aplicaciones dermatológicas

Esto explica que un mismo factor patogénico puede causar distintos procesos dermatológicos. Todo es debido a las dis-

tintas reacciones anafiláticas locales modificadas por la intercurencia de las acciones péxicas. Como base de toda patología cutánea hay que ver como condición *sine qua non*, una insuficiencia hepática. En todas las urticarias crónicas, edemas de QUINKE y dermatosis pruriginosas hay una hepatitis más o menos marcada. Lo mismo pasa en los prurigos de HEBRA. Esta insuficiencia deja llegar a la sangre antígenos, casi siempre de origen alimenticio que crea un estado de sensibilización anafilático. Si el aflujo es rápido provocará una urticaria. Si la sensibilización es lenta provocará, según sea en el dermis o en la epidermis, prurigos o excemátides.

Resumiendo: Si todos reconocemos la importancia de la anafilaxia en la etiología de las dermatosis, la dificultad está en saber el motivo de la diversidad de reacciones dermatológicas, que nosotros tratamos de explicar por las acciones péxicas.

Si la pexis se hace sobre el antígeno, dará lugar a dermatosis del grupo urticario. Si la fijación se hace sobre los anticuerpos hay que distinguir la acción sobre el dermis que da lugar a las reacciones nodulares y la acción sobre la epidermis que da lugar a los excemátides y excemas. (*Annales de dermatologie et syphiliographie*. Diciembre 1925).

A. CARRERAS.

Oftalmología

Consideraciones sobre la etiología y la patogenia del estrabismo convergente. J. FICHELE.

En vista de lo muy diferentes que son las teorías admitidas sobre la patogenia y la etiología del estrabismo, el Dr. J. FICHELE ha observado cuidadosa y detalladamente a cierto número de estrábicos, observaciones y estudios que lo han llevado a las conclusiones siguientes:

1.º Que el estrabismo viene observándose desde la época más remota. Es una afección que imposibilita al paciente a cruzar los ejes ópticos sobre un mismo punto de mira, no existiendo la diplopia por quedar abolida la visión binocular.

2.º Que la visión binocular exige la integridad de los músculos extrínsecos del globo, la de los centros que dirigen los movimientos de esos músculos y la del funcionamiento de los dos cerebros occipitales.

3.º Que el estrabismo es una afección cerebral, de origen central, generalmente psíquico, debido al desequilibrio de uno de los centros occipitales, que se traduce anatómicamente, por la desviación del ojo, y funcionalmente, por la suspensión psíquica de la visión binocular.

4.º Los estudios etiológicos del estrabismo se reducen a conocer las causas que se interponen al desarrollo de la visión binocular. El estrabismo es un trastorno de origen cerebral en el reflejo de la convergencia.

5.º Las causas del estrabismo convergente se pueden dividir en a) *Causas que lo predisponen*. Raramente la sífilis. Casi siempre la transmisión hereditaria. b) *Causas que lo determinan*. Las anomalías de la refracción especialmente la hipermetropía (75 por 100). Las enfermedades de la primera infancia, particularmente el sarampión (28 por 100) y las convulsiones (14 por 100). c) *Causas casuales*. Afecciones oculares que trastornan la visión binocular: las cicatrices de la córnea, la catarata, la ambliopía congénita y las amaurosis.

6.º La atrofia del centro de convergencia es el punto esencial de la patogenia del estrabismo.

La visión binocular es el resultado de estos tres factores: a) Una cierta igualdad sensorial en los dos ojos; b) Una sinergia oculo-motriz bilateral; c) Coordinaciones centrales que constituyen, hablando en propiedad, la visión binocular.

El estrábico presenta trastornos variados de esos distintos factores.

7.º Un estrabismo persistente arrastra secundariamente: Modificaciones del aparato motor, como son, la retracción de la cápsula de Tenon (?), el acortamiento de ciertos músculos y el alargamiento de sus antagonistas; modificaciones del aparato sensorial, o sea la ambliopía por falta de uso del ojo desviado. (*La Clinique Ophtalmologique*. Octubre 1925).

I. BARRAQUER.