

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Los cardíacos negros (Enfermedad de Ayerza) y la esclerosis de la arteria pulmonar. BULLRICH y BEHR.

El estudio de la esclerosis pulmonar tiene numerosos y viejos antecedentes en clínica y anatomía patológica. GIROUX, en un artículo publicado en *Archives des Maladies du Cœur* (1910, pág. 218), hace una minuciosa historia de este síntoma. TRAUBE, en 1878, invocaba la hipertensión de la pequeña circulación como una determinante de la esclerosis de la pulmonar. ANDRAL y BOUILLAND relataban casos en 1829 y 1835.

ROMBERG y AUST describen, cada uno, un caso de esclerosis de la arteria pulmonar con gran hipertrofia del ventrículo derecho, disnea y cianosis intensa, al parecer primitiva, acercándose al síndrome de que tratan los autores en su trabajo y que ha despertado gran interés en los círculos médicos argentinos, por haber sido descrito y aislado allí por el profesor AYERZA, en una de sus lecciones magistrales, en 1891.

La observación detenida de seis enfermos ha demostrado a los autores que el llamado "cardíaco negro" con arreglo al cuadro clínico de AYERZA, es un paciente afecto de un síndrome netamente caracterizado. Existen en estos enfermos caracteres comunes (algunos de los cuales no han sido todavía estudiados) que definen claramente el cuadro nosológico.

Los autores establecen las siguientes conclusiones:

La *enfermedad de Ayerza*—término empleado para designar los "cardíacos negros"—no es una entidad morbosa; merece, sin embargo, ser conservado el nombre del que por primera vez aisló el síndrome, como se hace con los de ADDISSON, BRIGHT, STOKES-ADAMS y HANOT. No es una entidad morbosa, pues el síndrome puede obedecer a diferentes causas etiológicas y el substratum anatómico es, consiguientemente, variado en extremo.

La dilatación del tronco de la arteria pulmonar, observada con los rayos X, no es sinónima de esclerosis.

La obscuridad del hileo no es sinónima de esclerosis de los ramos intralobulares de la arteria pulmonar, pudiendo ser determinada por otras causas.

La tuberculosis pulmonar, la bronquitis crónica anterior a la sífilis, la sífilis asociada a procesos bronquiales crónicos, el enfisema pulmonar, las intoxicaciones asociadas (tabaco, alcohol), desempeñan un papel importante en la producción del síntoma.

Ni las lesiones bronco-pulmonares observadas en la autopsia y en las preparaciones histológicas, ni las lesiones arteriales autorizan la afirmación de que tales afecciones y la génesis del síndrome sean de naturaleza sífilítica.

Los autores no niegan, sin embargo, la propiedad que tiene la sífilis de crear el síndrome, bien sea provocando bronquitis sífilíticas crónicas primitivas, bien arteritis primitivas sífilíticas de la pulmonar. Tales hechos apoyan la opinión de que se trata de un síndrome y no de una entidad morbosa.

Hoy día, creen los autores que es imposible afirmar que en los bronquiales y pulmonares crónicos la arteritis de la arteria pulmonar (cuando existe) sea primitiva, pues en este caso el proceso arterial debiera remontarse a la infancia, lo que es contrario a la idea fundamental del síndrome. Todos los enfermos son bronquiales y pulmonares crónicos desde muchos años antes; en el caso contrario, son "cardíacos negros" con el mismo título que los afectos de la enfermedad de ROGER, pero sin entrar en el cuadro de la enfermedad de AYERZA.

Puede establecerse la diferencia siguiente: No todos los "cardíacos negros" están afectos de la enfermedad de AYERZA; por el contrario, todos los casos de enfermedad de AYERZA que han alcanzado el período de asistolia derecha, cualquiera que sea su grado, son "cardíacos negros".

Opinan también, como TRAUBE, que la arteritis pulmonar, cuando existe, es secundaria a la hipertensión de la pequeña circulación.

No se puede negar la probable existencia de una arteritis primitiva de la pulmonar, pero conviene aclarar si tales casos entran en la categoría de los "cardíacos negros" o de la enfermedad de AYERZA, sobre todo si faltan los antecedentes bronco-pulmonares crónicos.

La cianosis de los "cardíacos negros" de AYERZA es consecuencia de la anoxemia consecutiva a la disminución de la superficie respiratoria de los pulmones (con o sin esclerosis arterial). Más tarde, con los progresos de la asistolia y el retardo de la circulación venosa, la cianosis se agrava progresivamente.

Existe una reacción de la médula ósea que es, seguramente, un proceso de defensa contra la anoxemia, mediante la hiperproducción de elementos figurados de la sangre.

La hipertensión venosa no es sinónima de asistolia. Los autores han comprobado, en algunos de sus casos, hipertensiones venosas manifiestas, sin ningún signo de claudicación del corazón derecho.

En resumen: Los "cardíacos negros" de AYERZA son bronquiales o bronco-pulmonares crónicos, desde la infancia, que se vuelven cianóticos por causa de la destrucción de su parénquima pulmonar y dificultad de la hematosi. Estas mismas lesiones pulmonares, con o sin esclerosis de la arteria pulmonar, provocan el éstasis en la pequeña circulación, determinando, a la larga, la asistolia derecha crónica. (*Revista Médica Latino-Americana*. Diciembre 1925).

L. TRIAS DE BES

Los más recientes conocimientos sobre la etiología y la profilaxis del sarampión. G. CARONIA.

El Prof. CARONIA se ocupa primeramente de la etiología del sarampión y después de señalar que los únicos conocimientos positivos que acerca de ella se tenían, antes de los trabajos de los investigadores de la Escuela italiana eran: a) que el virus sarampiñoso se encuentra en la sangre circulante, en las secreciones conjuntivales, nasales y de la mucosa bucal, en los esputos y en las escamas; b) que es filtrable a través de los filtros de Chamberland usuales y c) que es capaz de producir experimentalmente la enfermedad en los monos y conejos, expuso como partiendo de estos datos pudo llegar a la conclusión de que el *diplococo viridans*, estudiado por TUNNICLIFF en América, y que era aislado en el exudado naso-faríngeo y en la sangre de los sarampiñosos, podía ser hallado, asimismo, en exudados de niños afectos de otras enfermedades y que algunas reacciones con carácter de especificidad y cierto poder patógeno que simulaba tener, eran debidos, probablemente, el virus morbillosos que se hallaba presente en el medio sembrado con material infectado. También podían atribuirse a una interpretación errónea.

Pudo, también, quitar toda importancia al germen de THOMSON, del mismo tipo que el diplococo anterior y a las inclusiones de aspecto especial descritos por algunos autores y considerados por ellos como la expresión del germen del sarampión.

En 1921 emprendió CORONIA sus investigaciones, utilizando idénticos métodos que DI CRISTINA para la escarlatina.

Las primeras investigaciones tuvieron carácter bacteriológico. Abandonó CARONIA los medios usuales de cultivo, que le proporcionaron siempre resultados negativos, y se limitó a usar lo medios catalizadores, que son de dos tipos; el de DI CRISTINA y el de TAROZZI-NOGUCHI.

La siembra en estos terrenos especiales de sangre o de médula ósea de los sarampiñosos en período prodrómico o eruptivo, manteniendo el medio sembrado a 37° grados y en anaerobiosis permite observar, a partir del segundo o tercer día como se inicia en el fondo del tubo un ligero enturbiamiento que, progresivamente, invade toda la columna líquida, hasta que hacia el octavo o décimo día determina un enturbiamiento uniforme y un precipitado granuloso sobre las paredes del tubo. Este precipitado, que es más firme en el medio de DI CRISTINA y más tosco en el de TAROZZI-NOGUCHI, se acumula más tarde en el fondo, mientras queda clarificada la columna líquida.

El examen microscópico en gota pendiente revela, a partir del segundo día, unos pequeñísimos corpusculos esféricos animados de vivaces movimientos y unos diplococos de forma especial dotados de movimientos bastante lentos. Unos y otros aumentan en número de los días sucesivos.

El examen del producto de centrifugación, previo frotis y teñido con Leishmann o azul de metileno, revela, a grandes aumentos, unos corpusculos esféricos de un tamaño de 0'3-0'4 micras, que destacan por su mayor colorido del resto del sedimento, ligeramente coloreado. Estos corpusculos son gram-negativos. Todo hace suponer que al lado de las formas visibles descritas existan formas invisibles y filtrables, perdidas en el

terreno de cultivo intensamente enturbiado. CARONIA, para demostrarlo, ha filtrado con los filtros de Berkefeld o el de Chamberland de poros más finos, los cultivos ya bien desarrollados y ha obtenido el desarrollo de nuevos cultivos, aunque más lentos y tardíos.

CARONIA ha observado formas análogas a las descritas, en la médula ósea, en la secreción conjuntival y naso-faríngea, en el hígado, bazo y riñones de un niño muerto en período exantemático. No ha podido observarlas en la sangre.

La constancia del hallazgo microscópico y cultural es una prueba de especificidad, como lo son la posibilidad de reproducir la enfermedad en el individuo receptivo con el germen cultivado y la obtención de reacciones serológicas específicas. Orientadas las investigaciones en este último sentido, CARONIA ayudado por la profesora SINDONI y después de perfeccionada la técnica, obtuvo claras reacciones de especificidad, pues en el último período del exantema y durante el período de descamación, hay aglutinación evidente, desviación del complemento y elevado índice opsonómico.

En cuanto a la reproducción experimental del sarampión, la principal dificultad estriba, como para todas las enfermedades exantemáticas, en la falta de receptividad de los animales de laboratorio. Sin embargo, recientes experimentos han demostrado que es posible reproducir la enfermedad, en forma casi típica, en los monos y de un modo análogo en los conejos.

CARONIA ha emprendido una doble serie de investigaciones experimentales; en la primera ha estudiado los efectos sobre el conejo, del virus sarampiñoso contenido en la sangre y en los diversos exudados; en la segunda, los efectos sobre el mismo animal, del cultivo por él obtenido. Practicaba los experimentos en conejos muy jóvenes, de un peso variable entre 400 y 1000 gr. y de preferencia albinos, pues estos se prestan mejor a la observación de los fenómenos cutáneos y mucosos.

Con la sangre y el filtrado del exudado naso-faríngeo de los sarampiñosos en actividad, inyectado por vía intravenosa, ha obtenido, después de un período de incubación que oscilaba entre diez y once días; un cuadro semejante al descrito por otros autores y que consistía en: estacionamiento o disminución del peso, enrojecimiento de las mucosas y a veces de la piel, fiebre leucopenia, descamación y en ocasiones la muerte. Pudo comprobar bacteriológicamente y microscópicamente, la presencia de corpúsculos iguales a los cultivados en el enfermo humano y positividad de las reacciones serológicas para el micro-organismo cultural obtenido de los sarampiñosos.

Los mismos resultados obtuvo inoculando los cultivos de varias generaciones (de la tercera hasta la décima). Incluso alguna vez pudo observar con la inoculación de cultivos formas más graves seguidas a veces de muerte, y en algún conejo manifestaciones bronco-pulmonares o entéricas.

Estos resultados sobre los animales, unidos a la constancia de los datos bacteriológicos, microscópicos y serológicos, con lo que, en el fondo, todas las leyes de KOCH se cumplen, inclinan a CARONIA a convenir en que tiene en cultivo un germen microbiano que no es extraño al determinismo de la infección sarampiñosa. CARONIA reconoce que reina gran exceptimismo sobre la posibilidad de reproducir el sarampión en el conejo, pues frente a los resultados positivos, son numerosos los resultados negativos registrados en la literatura.

En estas condiciones, queda la prueba suprema y definitiva de la reproducción en el hombre, en el que puede darse la forma típica e indiscutible de la enfermedad.

Las tentativas de reproducción experimental en el hombre son suficientemente numerosas para inclinar al investigador a intentar la prueba con el virus de cultivo.

Antes de efectuar esta prueba y a fin de prevenirse contra todo accidente desagradable, CARONIA practicó una serie de pruebas de ensayo.

Primero comprobó, con experiencias sobre los animales, que los cultivos de muchas generaciones (más allá de la décima) no provocan hechos morbosos, pero dan inmunidad.

Más tarde comprobó que los cultivos anteriores a la décima generación, inoculados en pequeña cantidad, tampoco dan lugar a manifestaciones morbosas, pero confieren inmunidad.

La repetición en los niños de estas tentativas proporcionó análogos resultados.

Entonces procedió a inocular por vía intramuscular cultivos viejos de la décima generación, en pequeña cantidad. En los niños así inoculados no se observaba ningún trastorno, pero después de diez o doce días se obtenían con su sangre reacciones

serológicas positivas para el virus de los cultivos y se comprobaba la inmunidad pincelándoles la garganta con moco de sarampiñosos.

Entonces pasó a la inoculación intramuscular de fuertes dosis de cultivo de la tercera y quinta generaciones y rico en desarrollo.

En tres niños obtuvo una forma atenuada, en todo análoga al sarampión verdadero, por la inoculación, caracteres clínicos, hematológicos, serológicos y bacteriológicos.

Las investigaciones de CARONIA, publicadas desde hace unos tres años, han sido confirmadas por numerosos autores, pero han encontrado también contradictores. Las críticas y refutaciones son en gran parte iguales a las opuestas a las investigaciones de DI CRISTINA y CARONIA sobre la escarlatina.

Dejando aparte las críticas teóricas, CARONIA registra los resultados discordantes señalados por MAYER y BÜRGERS (1), de Düsseldorf, y MARKOS, de Budapest.

Las objeciones de estos investigadores pueden resumirse del modo siguiente:

1.º Los corpúsculos descritos por CARONIA y DI CRISTINA se encuentran también en los medios de TAROZZI-NOGUCHI sembrados con sangre de enfermos de otras afecciones, con la de individuos sanos y hasta en terrenos no sembrados. Tales corpúsculos, según LUMIÈRE, de Lyon, serían productos de la fermentación del trozo de órgano que forma parte del terreno de cultivo.

2.º La reproducción experimental, tanto en el hombre como en los animales, sería debida al virus diluido en el cultivo, pero no cultivado en realidad.

3.º Las reacciones serológicas no serían específicas.

4.º Sería demasiado el parecido entre los gérmenes aislados en las más diversas infecciones, como la escarlatina, el sarampión, la roseola, la varicela, etc.

A la primera de estas objeciones han respondido CARONIA y sus colaboradores, demostrando que en los terrenos no sembrados o sembrados con sangre de individuos sanos, no se verifica el desarrollo de los citados corpúsculos. CARONIA añade que ha podido ver las preparaciones de BÜRGERS y comprobar, con sorpresa, que los corpúsculos que este autor describía como iguales a los por él observados, eran solamente unos banales gérmenes de impurificación del tipo del *micrococcus candidans*.

La segunda objeción puede ser rebatida poniendo en relieve que la dilución del virus no tiene lugar más allá de la segunda generación.

A la tercera objeción responde CARONIA, que cuando las investigaciones serológicas se ven reforzadas con las oportunas contrapruebas, debe dárseles valor de especificidad.

La última objeción no es grave, en el fondo. La semejanza morfológica y cultural no constituyen identidad patógena. En el campo de la bacteriología se ha dado ya el caso de bacilos morfológica y culturalmente semejantes y que tienen un valor patógeno absolutamente diferente, por ejemplo el tífico y el paratífico. En el dominio de los ultravirus, en los que es casi imposible el estudio morfológico, no hay porqué maravillarse de ciertos parecidos morfológicos y culturales. Además, lo extraño sería que en enfermedades clínicamente afines, como son la escarlatina, sarampión y roseola, encontrásemos gérmenes cultural y microscópicamente diferentes.

La diferencia entre estos virus, más que en su morfología, debe estar en su poder patógeno y por esto CARONIA y sus colaboradores han buscado la capacidad vaccinal de estos virus, pasando del campo puramente científico al de las aplicaciones profilácticas y terapéuticas.

Refiriéndose siempre al sarampión, expone CARONIA como al proceder a las tentativas experimentales en el hombre, había ya comprobado que el virus por él obtenido en cultivo poseía capacidad inmunizante, ya que fenolizado e inoculado a niños sanos los preservaba del contagio, aunque se les pincelase la garganta con moco de niños sarampiñosos.

La Prof. SINDONI, partiendo de estas primeras experiencias, ha preparado una vacuna con fines profilácticos, vacuna consistente en líquido de cultivo, rico en desarrollo e inactivado mediante la adición de 0'5 por ciento de fenol. En 500 niños, pertenecientes a medios en que había sarampión, pudo comprobar la citada profesora que tres inyecciones en días alternos por vía intramuscular, de aquella vacuna, evitan el con-

(1) ARS MEDICA. Número 1. Julio 1925.

tagio. En conjunto ha observado apenas el 2 por ciento de morbilidad y ninguna mortalidad.

El resultado es notable dada la general receptividad de los niños para el sarampión, receptividad comprobada por una especial reacción obtenida por DE VILLA con la inoculación intradérmica del líquido cultural. Con estas inoculaciones se ha observado que los niños que han tenido sarampión o están convalecientes de él, no presentan ninguna reacción, mientras que aquellos que no han pasado la enfermedad dan enrojecimiento e infiltración.

CARONIA expone las *tentativas de terapéutica específica* que se realizan, partiendo de sus investigaciones etiológicas, con vacuna preparada con virus cultural sometido a lisis mediante suero de convalecientes. Las aplicaciones son escasas y no permiten, todavía, sentar un juicio definitivo. Sin embargo, en los pocos casos examinados se ha observado una menor duración de la enfermedad, una rápida mejoría de cada una de sus manifestaciones, curación constante y ausencia de complicaciones. (Conferencia dada en la Facultad de Medicina de Madrid. Traducida del italiano por el Dr. GARCÍA DEL DIES-TRIO y publicada en *Archivos esp. de Pediatría*, Agosto 1926).

Accidentes nerviosos paralíticos, consecutivos al tratamiento antirrábico. PAULIAN.

Relata cinco casos, estudiados personalmente, en que aparecieron accidentes paralíticos consecutivamente al tratamiento antirrábico.

Pasa revista a las opiniones emitidas por los autores en lo concerniente a la etiología y patogenia de tales accidentes:

BABES y REMLINGER atribuyen una acción preponderante a la toxina rábica;

PRIBAM y PULAY incriminan a las citotoxinas;

COURMONT y ROCHAIX a los fermentos defensivos;

CORNWAL a la reacción anafiláctica;

SCHWEINBURG y MÜLLER conceden una importancia capital a la acción intensa de las fuertes dosis de substancia nerviosa. Los accidentes aparecieron por la utilización de un virus puro o casi puro, contenido en las fuertes dosis.

Una aplicación práctica de estas últimas opiniones, consiste en la atenuación del virus por el fenol (PUNTONI) o por el éter (HEMPT).

Los accidentes paralíticos guardan proporción con la utilización rápida de dosis de virus muy activo y las estadísticas señalan las proporciones siguientes:

1 por 10.000 con el método lento de HÖGYES.

1 por 5.000 con el método pasteuriano clásico.

1 por 2.000 con el método pasteuriano moderno.

1 por 800 con el método rumano.

1 por 400 con el método alemán.

1 por 30 con el método suprainensivo.

Empezando el tratamiento con médulas frescas (tres días) se obtienen más accidentes que con el método pasteuriano lento. Desde que los autores se han pronunciado contra el método lento, los accidentes paralíticos aparecen con mayor frecuencia.

PAULIAN deduce de los casos por él observados, que los accidentes son debidos a la impregnación tóxica del sistema nervioso por el virus contenido en la vacuna antirrábica. Ciertos síntomas subjetivos de aparición precoz: lumbago, parestesias, sensación de debilidad en las extremidades, etcétera, permite sospechar la aparición de los accidentes y, en consecuencia, interrumpir el tratamiento para reanudarlos en momento oportuno. (*Paris Médical*, 26 agosto 1926).

Sobre el tratamiento de la malaria por los preparados de Cadmio. R. REITLER.

En su trabajo sobre la acción farmacológica de las sales de cadmio (*D. m. W.*, 1925, 11) puso de relieve VOCHMANN la notable acción protoaricida de este metal. Ello indicó la oportunidad de investigar sus efectos terapéuticos sobre la malaria. Estas investigaciones interesaron al autor en gran manera debido a que, si bien la lucha contra la malaria se basa principalmente en la quinización de los enfermos y portadores de parásitos, tiene en lo elevado del precio de la quinina un grave inconveniente difícil de solventar y además por considerar que,

aunque sea sólo en parte, representa el sustitutivo un importante progreso en la lucha contra esta plaga.

Aunque desde nuestro comienzo hasta el presente no hayamos podido contar con numeroso material para nuestras investigaciones, ello ha servido de base para observar que los resultados hasta ahora obtenidos son completamente precisos y que no se puede dudar de la acción favorable del cadmio en la malaria, aun cuando para conseguir un resultado duradero parece que los preparados de que hasta ahora podíamos disponer no eran suficientes y hacían necesaria su combinación con la quinina. Nos reservamos, para el momento que creamos oportuno, bajo la base de poder contar con mayor cantidad de material y más amplias observaciones, el resolver este punto definido, pero por el momento tan sólo participaremos los resultados obtenidos por el tratamiento cádmico no combinado. Los preparados necesarios para nuestras investigaciones nos fueron amablemente proporcionados por la firma v. Heyden y fueron: el preparado Núm. 716 B. (Solución de Cadmio-Tartrato sódico con 1 % de contenido en Cadmio) para inyecciones intravenosas y para las intramusculares el preparado Cadmiol (Subsalicilato de Cadmio en suspensión oleosa, con 5 % de Cadmio).

Partiendo de la suposición de que la aplicación endovenosa pudiera dar resultado más rápido y preciso que el tratamiento con preparados específicos, tratamos primitivamente 3 casos con el preparado 716 B., o sean una terciana y una tropical febricitantes y un portador de gametos de tropical. Los dos primeros recibieron dos inyecciones de 2'5 cm.3, el tercero sólo una. En los dos casos febriles desapareció la temperatura ya después de la primera inyección. En el enfermo de tropical desaparecieron los esquizontes y gametocitos poco después de la inyección; no pudo demostrarse con seguridad la acción de los trópicogametocitos en el portador de gametos. Los esquizontes de la terciana fueron también rápidamente anulados, los gametocitos se mantuvieron todavía algo más en la sangre. También aparecieron en dos ocasiones, como consecuencia de la inyección, graves trastornos, consistentes en disnea, edema del rostro y diarreas mucosas. Aunque todos ellos estaban completamente restablecidos al cabo de tres días, hemos prescindido de seguir aplicando el preparado 716 B. y nos hemos orientado hacia el tratamiento intramuscular con Cadmiol.

Hemos tratado hasta ahora con este preparado a diez enfermos. Las inyecciones se administraban en general dos veces a la semana, empleando como a primera dosis media 0'5 centímetros cúbicos y para las demás 1 cm.3. Como que se trataba de un preparado específico cuya reabsorción se debe considerar como muy lenta y estable, no tuvimos en cuenta ninguna relación entre el momento de aplicar la inyección y el de la aparición de los accesos. Aparte de considerables fenómenos dolorosos locales y alguna vez una pequeña y pasajera elevación de la temperatura, no hubieron de anotarse fenómenos reaccionales de ningún género. Los fuertes dolores en el lugar de la inyección tuvieron no obstante una consecuencia desagradable, debido a que casi todos los pacientes, lo más tarde después de la cuarta inyección pedían la suspensión del tratamiento, a pesar de que en todos los pacientes, excepto en uno, cesaron los accesos, después de la primera o a la segunda inyección.

De nuestros enfermos, tres pertenecían a la malaria terciana, dos a la cuartana, uno a la tropical y uno a una infección mixta de terciana y tropical. Todos ellos, incluso dos enfermos de terciana con temperaturas subfebres irregulares y diarreas rebeldes, acusaban los típicos accesos febriles. La aparición de la fiebre y el hallazgo de parásitos se establecía del siguiente modo:

En dos casos de terciana con elevadas temperaturas cesaron los accesos después de la primera inyección, los parásitos, esquizontes y gametocitos, desaparecieron de la sangre. Uno de ellos recibió cuatro inyecciones y permaneció luego (siete semanas después de iniciado el tratamiento) libre de accesos y de parásitos. El segundo, que había recibido tres inyecciones, quedó igualmente sin accesos (3 semanas de observación), pero cuatro días después de la última inyección volvieron a aparecer los parásitos en gran número en la sangre periférica, aminorándose, no obstante, notablemente al finalizar la tercera semana, diez días después de la última inyección. Un tercer paciente febril de terciana, tuvo al día siguiente de la primera inyección un nuevo acceso, permaneció por espacio de

doce días de observación, durante los que se le aplicó otra inyección, apirético, no obstante los parásitos seguían subsistiendo. El cuarto, finalmente, no perdió los accesos ni aun después de la segunda inyección, sin embargo el número de parásitos había disminuido notablemente; tuvo que continuar el tratamiento con quinina. En los pacientes con terciana disenteriforme desaparecieron los accesos, así como los escasos parásitos aparentes en la sangre, después de la primera inyección. Los pacientes recibieron en total tres inyecciones y durante un período de observación que osciló entre los 15 y 30 días no apareció ninguna recaída. De los dos casos de cuartana, el uno quedó después de la primera inyección libre de accesos y de parásitos, dos días después de la segunda inyección volvieron a aparecer los esquizontes y gametocitos, pero la temperatura seguía siendo normal. El otro caso perdió los accesos después de la segunda inyección, pero rechazó la continuación del tratamiento; no obstante se le puso en observación. Al décimo día después de la última inyección se hallaron numerosos esquizontes y gametocitos, al décimoquinto día sólo se veían escasos gametocitos, después de una observación de cinco semanas el examen de la sangre fué negativo. La temperatura fué siempre normal. Finalmente, el enfermo de tropical, así como el caso de infección mixta de terciana y tropical quedaron apiréticos desde la primera inyección. El primero, que recibió tres inyecciones y quedó con la sangre libre de gametos, perdió los parásitos después de la primera inyección y permaneció por espacio de tres semanas libre de accesos y de parásitos, pero al finalizar la cuarta recidivó. El último recibió seis inyecciones, los esquizontes de *Plasm. vivax* desaparecieron después de la primera, los gametocitos después de la tercera, mientras que los gametocitos de *Plasm. falciparum* todavía eran aparentes después de la última inyección. La temperatura se mantuvo normal.

Echando un vistazo sobre nuestras actuales observaciones se desprende como un resultado sorprendente su rapidísima acción sobre la temperatura y sobre todo su proporcionalmente escasa influencia respecto al hallazgo de parásitos. Aún en los casos en que al principio desaparecieron los parásitos de la circulación y volvieron a aparecer con mayor o menor intensidad, su nueva aparición no produjo trastorno alguno. Por lo tanto parecían perjudicados en su función patógena. Sería quizás posible, mediante un tratamiento más prolongado con Cadmiol, obtener la desaparición permanente de los parásitos, pero como antes dijimos, sería pocas veces asequible. Por tanto debe ser objeto de ulteriores investigaciones, el ensayar si un corto tratamiento combinado de Cadmiol y quinina puede conducir a una curación duradera o a lo menos a los mismos resultados hasta ahora obtenidos con el tratamiento usual por la quinina. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 12 agosto 1926).

Contribución a la patogenia de la tos ferina. DUARTE SALCEDO.

Las conclusiones que establece el autor son las siguientes:

La tos ferina es una enfermedad especialmente mortífera en España, siendo necesario una perfección en su conocimiento y una organización de su tratamiento.

La edad es el factor pronóstico más seguro, por que a medida que el niño es menor, la tos ferina tiene mayor intensidad en sus síntomas y, por tanto, más gravedad.

La adenoiditis aguda y la forma coqueluchoidea de la adenopatía tráqueobronquial, son las enfermedades que requieren atención especial para el diagnóstico, y con las que tiene la tos ferina ciertas analogías patogénicas.

La tos ferina es una enfermedad tuberculizante por excelencia, por despertar las lesiones ganglionares latentes, y por agravar las que están en evolución activa. Por repercutir intencionalmente en el sistema ganglio-pulmonar, determina una atenuación de los procesos de defensa contra la tuberculosis (anergia tuberculínica) y es motivo de su reactivación y predisposición.

La mayoría de autores consideran el bacilo de BORDET-GENGOU como el germen causal de la tos ferina. Dicho germen disminuye progresivamente en número de los exudados y superficies mucosas, y sabemos que la contagiosidad es mayor en el período catarral y va disminuyendo en el curso de la enfermedad, siendo casi nulo el contagio al final del período de las quintas.

Cada día se descubren más formas frustadas y es preciso dar más importancia a los portadores de gérmenes. Los conocimientos que tenemos sobre la inmunidad ferinosa son todavía muy empíricos. No siempre aparece claro el mecanismo de contagio, y es probable que el bacilo pertussis pueda ser, aunque accidentalmente, hésped de las vías respiratorias.

El diagnóstico bacteriológico solo tiene utilidad práctica en ocasiones excepcionales.

Las complicaciones broncopulmonares de la tos ferina son debidas a asociaciones microbianas banales.

La vacunoterapia es útil como profiláctica, siendo necesario, para el éxito, dosis muy elevadas, preparación recientísima y su aplicación precoz.

La proteinoterapia da buenos resultados si su aplicación es pronta, y si se trata de organismos *reaccionables*. La vacuna antialfa es una buena medicación paraespecífica.

La eteroterapia (método de AUDRAIN), es el procedimiento quimioterápico preferente, sobretudo en las complicaciones pulmonares.

La roentgenoterapia y la diatermoterapia, métodos noveles todavía en estudio, están dando grandes resultados por actuar directamente sobre las lesiones ganglionares (determinantes de la tos, según modernas concepciones).

Las lesiones anátomo patológicas encontradas por el autor, acusan una intervención evidente del sistema linfático mediastínico.

La protogenia de la tos ferina, tal como la concibe DUARTE SALCEDO, sería la siguiente:

Una *infección específica* (primer factor) determina un estado catarral de las vías respiratorias superiores, pero fugaz y leve, acompañado de fenómenos generales.

Sigue un período de *reacción linfática* (segundo factor), coincidiendo con la mejoría de los síntomas mucosos y generales, en que la red linfática entra en juego, produciéndose linfagitis y adenitis numerosas, especialmente en los grupos peribronquiales y mediastínicos. La fisiopatología del sistema linfático del aparato respiratorio de la infancia, tiene una evolución y una solidaridad funcional especiales, que corroboran esta intervención.

La *aptitud tusígena* del niño (tercer factor) justifica la tos quintosa, espasmódica, síntoma fundamental. En la reacción inflamatoria de los ganglios mediastínicos, son irritados y comprimidos los troncos nerviosos del neumogástrico y recurrente, por sus íntimas relaciones de vecindad, y esta es la causa de la tos quintosa.

El niño es un ser de excitabilidad refleja aumentada y de inestabilidad simpática por una parte y tiene las susceptibilidades linfáticas mencionadas, que disminuyen en la pubertad, por otra parte.

No es el germen el que determina la tos, sino las lesiones anátomo-patológicas que origina el germen en un terreno apropiado. (*Actualidad Médica*, Abril 1926).

N. BATTESTINI

Cirugía

Sobre la influencia de la avitaminosis en la consolidación de las fracturas. I. FRAENKEL.

Este trabajo tiende a dar una idea resumida de las relaciones causales que existen entre una alimentación conveniente y la consolidación ósea, así como aclarar algunos puntos en la patogenia de determinadas formas de pseudoartrosis.

WATENABE ha experimentado en cráneos de conejillos de indias y ratones escorbúticos; SACHETTO en fracturas de palomos atacados de beriberi; notando ambos autores que la curación en tales casos se retardaba o no se presentaba.

Frente a los estudios realizados por ARAEL y FRAENKEL en el Instituto de Higiene de Berlín, se plantean las siguientes cuestiones: 1.º Se retarda o se suprime la curación de una fractura mediante la avitaminosis-C? 2.º Existe una diferencia respecto a la consolidación, según las variedades de concentración de vitaminas? 3.º El retardo en la consolidación puede llegar a la pseudoartrosis? 4.º Influye la avitaminosis en una fractura recién consolidada? 5.º La introducción de vitaminas modifica favorablemente el retardo de curación?

De los experimentos realizados en 18 animales deduce que: los *alimentados normalmente* aumentan de peso y la fractura se

consolida regularmente. A los ocho días se observa cierta redondez en los fragmentos; a los catorce el callo periosteal es manifiesto, a los 28 el espacio interfragmentario se reduce y la consolidación tiene lugar a las cinco o seis semanas. En los *poobres de vitaminas* (ingeriendo mezcla de zumo de limón agrio) aparece un descenso en la curva del peso, pero el proceso óseo curativo no ofrece diferencias notables con el anterior notándose sólo una menor solidez del callo. *Los avitaminósicos* viven en general unas tres semanas únicamente muriendo de escorbuto de los 21 a 28 días; la consolidación ósea nula. A veces a los 14 días solo aparece un pequeño engrosamiento perióstico.

En estos huesos escorbúticos se observan las mismas lesiones típicas que asemejan con las que aparecen en el escorbuto de los niños (MÜLLER-BARLOW): el hueso está atrofiado, reducido y transparente, la diáfisis invade la línea epifisaria existiendo una zona fragmentaria que en la radiografía aparece como un reborde de límites poco precisos. (FRÉKEL).

Después de las experiencias realizadas, dice ARAEL, bien puede afirmarse que es posible transformar una fractura actuando sobre la nutrición según la riqueza en vitaminas de esta, y más aún, una fractura ya consolidada, es susceptible bajo un régimen avitaminósico, de reproducirse nuevamente. Existen una serie de estados patológicos, infecciones crónicas, etc. en las cuales la fuerza de regeneración del organismo está alterada practicándose en este sentido interesantes investigaciones: la tuberculosis miliar del conejo de indias es un problema relacionado con esta cuestión hoy día en estudio. (*Klin. Woch.* Mayo 1926).

Tratamiento operatorio de las parálisis. SEIFFERT.

Lo primero que interesa es evitar la contractura; niños menores de diez años sólo serán operados cuando la movilidad de la extremidad quede garantizada mediante una plastia tendinosa; en los demás casos es preferible esperar más allá del primer decenio siendo el aparato el objeto de la terapéutica en este período. En las formas espásticas se empleará la operación de STOFFEL y las tenotomías con cierta prudencia. La operación de FORSTER puede a veces recomendarse. (*Klin. Woch.* Junio 1926).

M. SOLER TEROL

Ensayo terapéutico, en un caso de osteitis fibrosa generalizada, por medio de la extirpación de un tumor de los cuerpos epiteliales. MANDL.

La cirugía de los cuerpos epiteliales se ha limitado hasta el momento presente a respetarlos o sustituirlos. La implantación se ha practicado en casos de lesión involuntaria de los mismos y en la parálisis agitante. Existen asimismo otras muchas enfermedades que están en relación con estados patológicos de las paratiroides, sobre todo en las enfermedades de los huesos, raquitismo, osteomalacia y osteitis fibrosa, se han podido comprobar experimental y anatomopatológicamente alteraciones manifiestas de las mismas, como tumores e hipertrofias.

En cuarenta y cinco casos de hipertrofia de los cuerpos epiteliales observados por HEFFHEINZ la encuentra asociada a enfermedades del esqueleto en 25, de los cuales en 17 se trataba de una osteitis fibrosa.

ERDHEIM consideraba dicha hipertrofia no como la causa de estas enfermedades óseas, sino como una consecuencia de las mismas. Admitida esta teoría, para lograr un resultado terapéutico, deberíamos implantar cuerpos epiteliales, mas si en lugar de una hipertrofia se tratara de un tumor que actuara en sentido distrófico como por ejemplo en las acromegolia, un tumor de hipófisis, entonces la extirpación estaría indicada. Esta intervención fué propuesta por SCHLAGENHAUFEN hace 10 años, pero prácticamente no se había empleado jamás.

En el caso que nos ocupa se trataba de un enfermo afecto de osteitis fibrosa típica de pelvis y fémur que no mejoró con ningún tratamiento, sino que por el contrario continuó siempre progresando.

Le fueron implantados asimismo con resultado negativo cuatro cuerpos epiteliales obtenidos de un traumático moribundo.

A 30 de Julio de 1925 se le extirpó un nódulo de forma de almendra situado entre la cara posterior del tiróides y la tráquea y que examinado microscópicamente fué conceptuado como un probable tumor maligno de cuerpo epitelial. El re-

sultado fué una notable mejora que se inició a los pocos días de intervenido; la orina se aclaró rápidamente disminuyendo la cantidad de cal eliminada con la misma a 9.6 mg. %, mientras que antes de la operación eliminaba 54 mg. %. A los cuatro meses se comprueba radiográficamente un aumento notable de la mineralización de los huesos afectos cuyos contornos se aprecian mucho más precisos. Si objetivamente el paciente se encuentra muy mejorado, han desaparecido todos los dolores, ha aumentado de peso y puede andar con ayuda de una muleta y bastón mientras que antes no podía levantar las piernas del plano de la cama.

Atendidos su inocuidad y resultados, dicha intervención podrá por lo tanto estar indicada y emplearse en determinados casos. (*Zentralblatt für Chirurgie*, núm. 5, 1926).

F. RIERA RIEROLA

Urología

Semiología renal. Las tumoraciones renales. G. MARTÓN.

Es bastante frecuente ver enfermos que se presentan con un síntoma, rara vez único, pero a veces tan sobresaliente con relación a los demás, o tan importante, que ellos lo mencionan como único, tales por ejemplo las tumoraciones de los riñones, de los flancos abdominales o lumbares, y en estas circunstancias, se ofrecen al clínico estas cuestiones que tiene que resolver: 1.ª *Saber si la tumoración que se le ofrece a su examen es renal.* 2.ª *Cual es la causa de este aumento de volumen.*

I. ¿ES UN RIÑÓN?

Las condiciones en las cuales se ha de juzgar, no son siempre las mismas. Ellas varían según se trate de una tumoración de mediano volumen (*riñón de mediano volumen*), de un *riñón de gran volumen*, de un *riñón flotante voluminoso* o de un *riñón ectópico voluminoso*.

A RIÑÓN DE MEDIANO VOLUMEN.—El riñón aumentado de volumen en medianas proporciones, es necesario buscarlo cuando se da en individuos fuertes o se prestan mal a la depresión de su pared abdominal. Se le explorará manualmente, por la palpación practicada, única o sucesivamente por uno o todos los medios de exploración por palpación del riñón; los tan conocidísimos de GUYON o bimanual, de GLÉNARD o del pulgar y del decúbito lateral del lado opuesto a la tumoración. Se conocerá y se podrá asegurar que se trata de un riñón por los caracteres siguientes. a) Es una tumoración lumbar, es decir un tumor que se le percibe hacia atrás sin que la mano anterior sea obligada a hacer el más mínimo esfuerzo para conducir la tumoración al contacto con la mano posterior. b) La tumoración renal presenta una *fiজেza relativa*; es decir, que no es posible su movilización en mucha extensión. Los dedos de la mano posterior pueden rechazarla hacia adelante, a contactar con la mano anterior; esta translación de atrás adelante provocada bruscamente constituye un fenómeno, caracterizado por una sensación manual que se llama *peloteo renal*. Por otra parte salvo el caso en que el riñón está inmovilizado y aprisionado en una perinefritis muy acentuada, sigue los movimientos de elevación, y depresión o descenso del diafragma; esto se demuestra fácilmente, palpando el polo inferior del riñón entre las dos manos. c) Un carácter muy importante es que la *tumefacción presenta por delante de ella*, si es renal, una *zona de sonoridad* a la percusión, debido a que el riñón tumoral rechaza y tiene siempre delante la porción correspondiente del colon, ascendente o descendente. Los tumores hepáticos o esplénicos rechazan al contrario el intestino hacia abajo, y determinan una macidez que se continúa con el órgano de que dependen. En caso de duda, para distender el intestino se practicará una insuflación del colon con aire, por vía rectal y por el intermedio de una sonda, a la que se adaptará, en su pa-bellón, el aparato de bolas insufladoras del termo. d) Los tumores renales son de forma más o menos *redondeada* o sea que no presentan borde duro y limpio tan perceptible en la inmensa mayoría de casos que las tumoraciones forman parte del hígado o del bazo. Todos estos caracteres permitirán diferenciar un *grueso riñón* de un *tumor de la pared abdominal*, los fibromas en particular, cuya situación es más superficial y que se inmovilizan por la contracción de la pared. Los *tumores del intestino grueso*, sobre todo, los de los ángulos del colon, pueden sobre todo ser tomados por una tumoración renal. Pero

estos tumores intestinales son abdominales y no lumbares y es excepcional que un tumor del intestino un poco voluminoso, no hubiera provocado trastornos intestinales. Las *tumoraciones del hígado* o de la *vesícula biliar* a la derecha, y del bazo a la izquierda son a veces de una distinción muy delicada de las tumoraciones renales. Hace falta tener en cuenta que mientras los tumores renales son lumbares, los del hígado y del bazo son abdominales, y no pueden ser conducidos a la región lumbar más que por la presión apoyado de la mano anterior. Por otra parte, y esto es de gran importancia, *estos tumores que se llegan a conducir a veces a la región lumbar o fosa lumbar por la presión sostenida de la mano anterior, no permanecen en ella no siendo renales; ellos vuelven inmediatamente a la superficie o a las regiones abdominales que constituyen su asiento natural, aun cuando al enfermo en exploración lo hagamos permanecer en reposo absoluto.* Estos tumores presentan macidez que se continúa con los órganos de que ellos dependen; los tumores renales al contrario son cubiertos por una zona de sonoridad. Las tumoraciones del hígado y del bazo, se les acostumbra a percibir un borde limpio y duro, las tumoraciones renales en cambio son redondeadas. Todos estos caracteres deben ser seriamente estudiados pues los errores no son raros, y alguna vez se ha llegado a tomar un vulgar lóbulo hepático derecho pediculado y descendido por el uso continuado del corsé, por un tumor renal. En ciertos casos de *quiste de hígado de desarrollo posterior*, la dificultad puede llegar a ser indescifrable por la sola consideración de los caracteres del tumor; hace falta entonces recurrir al cateterismo preteral y posiblemente con sonda opaca a los rayos X, al objeto de practicar en caso necesario una radiografía y pieloradiografía.

Los tumores y los aumentos de volumen del bazo se prestan a las mismas consideraciones para su distinción de las tumoraciones renales; el borde duro y cortante que poseen en la mayor parte de veces es un carácter distintivo de gran importancia; son además tumores más abdominales que lumbares y su matidez se continua bajo el reborde costal, hacia la región normalmente ocupada por el bazo; hay sin embargo quistes del bazo que se desarrollan hacia atrás del epiplón gastroesplénico y pueden simular un tumor renal. Los *tumores de la cola del páncreas, los aumentos de volumen de los ganglios lumbares*, se prestan poco a la confusión; están mucho más hacia la línea media, rechazan los intestinos, encuadrándose en ellos, y no son tumores francamente lumbares. Las *perinefritis* pueden simular un aumento de volumen del riñón. Sin embargo la masa constituida por la perinefritis, hace cuerpo con la pared, y es de mucha más fijeza que el riñón; se encuentra mucho más hacia la parte posterior de la región lumbar. Hay que advertir, por otra parte, que riñón grueso y perinefritis pueden perfectamente coexistir y coexisten de hecho en muchas ocasiones.

B RIÑONES O TUMORACIONES RENALES DE MUY GRAN VOLUMEN.—Las dificultades para el diagnóstico exacto se aumentan considerablemente, en los casos de riñones extraordinariamente voluminosos, porque el tumor llega a ser entonces verdaderamente abdominal y puede ser confundido con todos los tumores del abdomen, y sin embargo ciertos caracteres, son tan especiales de ellos, que permiten en general, reconocerlos. Es verdad que llegan a hacer tumores abdominales, pero también son *lumbares*, es decir son tumores *lumbo-abdominales* y detalle de gran importancia es que nunca se enmarcan o encuadran con el intestino (marco sonoro). La zona sonora la tienen siempre delante del tumor; están siempre cruzados por una *zona de sonoridad en su parte o cara anterior*. Estos son caracteres que permiten distinguir las grandes tumoraciones renales de los *quistes hepáticos* en los cuales la macidez se continua con la del órgano; de los *quistes del ovario* o de los *fibromas del útero* tumores que rechazan el intestino hacia los flancos, donde se percibe su sonoridad y en los cuales el desarrollo de abajo arriba, ha sido a veces incluso notado por los enfermos.

C GRANDES RIÑONES FLOTANTES.—El grueso riñón flotante es de un diagnóstico todavía más difícil; desde el momento en que ha perdido el contacto con la región lumbar, puede ser confundido con los tumores más variados. El carácter que permitirá establecer el diagnóstico es, *la posibilidad de rechazar el tumor hacia la región lumbar donde permanecerá fácilmente*, mientras el enfermo permanezca en reposo, o no se le haga salir por presión. El tumor una vez reducido hacia la fosa lumbar no tiene tendencia a volver espontáneamente hacia el lugar

en que se le ha descubierto primitivamente. Este síntoma permitirá distinguir el *grueso riñón flotante* de los *quistes del mesenterio*, de los *tumores del epiplón*, de los *tumores pediculados del ovario, del hígado*, y de ciertas *tumoraciones de la vejiga biliar*. Todos estos tumores pueden, en determinadas circunstancias, ser conducidos hacia la región lumbar, pero tan pronto como se les abandona, vuelven espontáneamente al sitio donde se les había encontrado y que constituye su asiento habitual.

D GRUESOS RIÑONES ECTÓPICOS.—Cuando el desplazamiento del riñón en lugar de ser el resultado de una movilidad accidental es el resultado de una ectopia congénita, o bien cuando, las adherencias han inmovilizado en posición baja un riñón primitivamente movable, se hace imposible, conducir el tumor hacia la fosa lumbar. En estos casos el diagnóstico es particularmente difícil, si nada nos llama la atención del lado del aparato urinario. Al contrario, si una manifestación cualquiera, autoriza a pensar en una afección renal, se puede sospechar la ectopia y demostrar la naturaleza del tumor por la radiografía practicada, después de la colocación de una sonda ureteral opaca. En general el diagnóstico es posible, aun basándose únicamente en los caracteres de la tumoración, bien observados y recogidos; cuando quedan dudas es necesario recurrir a otros medios de exploración. La *fenondoscopia*, aunque poco empleada, es susceptible de dar resultados precisos, en particular para los tumores de la región hepática o esplénica.

La *radiografía*, da resultados mucho más precisos y ciertos sobre todo practicada, después de una buena *colocación de una sonda opaca en el ureter*. El *cateterismo del ureter* puede suministrar datos sobre los caracteres de la orina de cada riñón y descubrir una alteración del riñón (funcional) que viene a confirmar la idea que ya se había formado del tumor. Pero hay casos en que un riñón puede estar aumentado de volumen sin que sus eliminaciones estén alteradas. Un último procedimiento para conocer, si se trata de un grueso riñón, es la prueba de la *albuminuria por palpación o masaje* (MENGE). Esta consiste en abarcar lo que se cree ser un riñón, y practicarle un masaje durante algunos minutos. Si se trata de un riñón, y no existía albuminuria antes, se la puede ver aparecer después de esta maniobra.

Por último en el caso en que la solución del problema no se pueda obtener, se puede recurrir a una *operación exploradora* antes que a una punción.

Por lo demás estos últimos casos, son excepcionales pues si bien puede darse el caso que la tumoración exista sin ningún trastorno funcional, en los casos de tumores que afecten el riñón, se podrán constatar a menudo una serie de desórdenes funcionales, que no solamente ayudarán a localizar la tumoración, en el riñón, sino además, contribuirán a determinar su naturaleza.

II NATURALEZA DE LA AFECCIÓN QUE DETERMINA LA TUMORACIÓN

a) Frecuentemente la naturaleza de un riñón tumoral, no da lugar a discusión; en un enfermo de edad, las hematurias totales, espontáneas no influenciadas por el reposo, con intermitencias frecuentes, coincidentes con un tumor renal, harán sentir el diagnóstico positivo de *cáncer del riñón*. Lo mismo se asegurará la *enfermedad quística*, si se encuentran los riñones tumorales en los *dos lados*, con pequeñas abolladuras o superficie arracimada; estos síntomas de exploración, pueden ir acompañados o no, del síndrome de nefritis intestinal (albuminuria, además). En los *quistes hidatídicos*, el error, no es posible cuando el quiste está abierto en un cáliz, o en la pelvis renal y el enfermo elimina vesículas en la orina. En los quistes hidatídicos no abiertos, el diagnóstico queda como el de quiste seroso o serohemático del riñón. La *pielonefritis* está caracterizada por la piuria renal, por la existencia de un riñón más o menos aumentado de volumen, doloroso, alguna vez por la fiebre; que darán a demostrar el origen de esta pielonefritis: tuberculosa, litiásica o infección banal. La *hidronefrosis*, la *pionefrosis*, banal o tuberculosa serán fáciles de asegurar, si el enfermo acusa dolores en la región lumbar, coincidiendo con un aumento de volumen del riñón, que disminuye por la emisión de una cantidad abundante de orina, clara en el caso de hidronefrosis. Si se tratara de hidronefrosis o pionefrosis, cerradas, el tumor sería francamente fluctuante o renitente, y la sonda ureteral, detenida a cierto nivel no suministraría ningún líquido.

b) En otros casos la naturaleza de una tumoración renal, es de

una apreciación mucho más delicada, sea porque la afección se presente de manera algo anormal, sea porque los síntomas funcionales queden reducidos al minimum, o por encontrarse en presencia de una afección rara, mal caracterizada en la cual ni se piensa; *neoplasia sin hematuria, riñón litásico sin dolor ni hematuria, quiste seroso o quiste hidatídico cerrado, tumor paranefrítico, lipomas o fibromas del riñón, cáncer de la pelvis renal*. Es necesario proceder en estos casos a una serie de investigaciones biológicas y radiográficas, que pueden dar la clave del problema diagnóstico. c) Por último, ciertos riñones son grandes porque son únicos o constituidos por dos riñones soldados (masa renal única). Hay pues riñones tumorales o gruesos riñones sanos. La exploración funcional permitirá conocer que su funcionamiento es perfecto y a veces que un riñón falta y por eso el existente está más desarrollado. (Extractado del volumen editado por Masson y C.^a. Paris, 1926).

A. OTERO

Otorinolaringología

Parálisis del nervio facial "a frigore". A. BARRAUD.

Estudia el autor las causas de las parálisis faciales llamadas "a frigore", basándose en una serie de casos clínicos en que relata la causa de la parálisis facial. En todos los casos citados hay reacción del aparato de la audición, en algunos operados había células peri-faciales y el acueducto de Falopio con fungosidades.

Cree que todos los casos de parálisis facial "a frigore" son provocados por reacciones mastoides o de la cara que comprimen el nervio. Una intervención a tiempo descomprime el nervio y cura la parálisis. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*. Junio 1926).

El vaciamiento petro-mastoideo. LIEBAULT.

LIEBAULT recomienda el empleo de la ambarina para curar los operados de vaciamiento petro-mastoideo. Tiene la ventaja, especialmente en los niños, de que las curas no son dolorosas y afirma el exponente que las curaciones son rápidas. En el espacio de 15 días el enfermo puede dedicarse a sus ocupaciones y la epidermización está muy adelantada. Unos simples lavados mantienen limpia la cavidad y evitan la maceación de la epidermis.

Nosotros hace años utilizamos la parafina pero los resultados fueron poco satisfactorios y abandonamos el procedimiento. (*Société de laringologie des hopitaux de Paris*. Sesión del 10 febrero 1926).

La adrenalina y la anestesia local. G. CANUYT y J. TERRACOL.

Las conclusiones que han obtenido los autores después de las pruebas *in vivo* e *in vitro*, parecen conducir a la conclusión del aumento de la primera fase de la coagulación de la sangre, la transformación de la proterozima en serozima es más rápida y más completa.

En la segunda fase de la coagulación se nota una aceleración de la reacción serozima-citozima que da como consecuencia una aparición más precoz de la trombina y aun parece una mayor cantidad de este principio.

A dosis normal la adrenalina aumenta la vasoconstricción, a dosis tóxica aumenta la vasodilatación. (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*. Julio 1926).

VILA ABADAL

Oftalmología

Iridotomía periférica de Curran en el tratamiento del glaucoma. A. GIFFORD.

CURRAN ha aconsejado en los ojos glaucomatosos, no inflamados, abrir a la raíz del iris un estrecho orificio de comunicación entre la cámara anterior y la posterior; para ello se sirve del cuchillete-aguja de KNAPP, que punciona la córnea al limbo, atraviesa el iris, vuelve a salir y muy amenudo, sin practicar la contrapunción corneal talla en el iris una pequeña abertura circular. El autor en un principio escéptico sobre el resultado de esta operación, la ejecutó después en treinta casos. Veintidós veces se trató de ojos sin inflamación

y cuya tensión era variable entre 32 mm. Hg. y 70 mm. Hg. SCHIOTZ. Diecisiete veces la tensión ha disminuido hasta 23 mm. Hg. con mejora de la agudeza y campo visuales; en cuatro casos el éxito fué parcial. En un caso hubo hemorragia intraocular grave. En ocho ojos en los cuales el iris no estaba empujado hacia adelante, la iridectomía fué inútil, pero no impidió de hacer por dos veces una trepanación corneo-escleral de ELLIOT que dió buenos resultados.

De esas observaciones el autor saca las conclusiones siguientes:

1.º Que en muchos casos de glaucoma crónico y agudo el contacto anormal del cristalino y del iris es de importancia.

2.º Sino todos, la mayor parte de glaucomas simples pueden aliviarse algún tiempo o bien indefinidamente, practicando en la raíz del iris uno o dos agujeros de un milímetro de diámetro.

3.º Que el glaucoma agudo puede ser curado por medio de esta operación.

4.º Los efectos de la iridotomía periférica son nulos o transitorios cuando la cámara anterior es profunda.

5.º Aunque los resultados no sean permanentes, puede servir como operación preparatoria.

6.º Si se obtienen resultados permanentes, la iridotomía periférica tal cual o más o menos modificada estará destinada a reemplazar a menudo la iridectomía y la trepanación corneo-escleral.

7.º La operación de Curran no puede practicarse sistemáticamente; habría que estudiar modificaciones que permitieran hacer un agujero en la periferia del iris. Se tendrá quizá que volver a emplear la pequeña iridectomía periférica? (*American Journal of Ophthalmology*. Septiembre 1926).

Tumores de la porción intracraneal prequiasmática de los nervios ópticos. E. DANDY.

DANDY presenta el caso de una niña de 13 años: ojo derecho amaurótico, ojo izquierdo con visión central inferior a 1/10, campo visual reducido, especialmente por la parte superior, sin hemianopsia. No había estasis papilar pero había atrofia. Las pupilas reaccionaban. Existía un ligero ptosis bilateral y trastornos en la elevación y movimientos de los globos. Radiográficamente la sombra de la glándula pineal era anormalmente visible, agradada la silla turca, los ventrículos normales tanto en posición como en dimensiones. Reacción de Wassermann negativa, líquido cefalo-raquídeo normal, los senos de las fosas nasales sanos. Después de ese examen se pensó en la existencia de un tumor prequiasmático. Una amplia craniectomía derecha dejó al descubierto dos tumores simétricos de la vaina dural de los nervios ópticos que la envolvían, situados al nivel de los orificios ópticos penetrando en la órbita. A derecha después de la resección del techo orbitario, se pudo sacar la totalidad del tumor, pero, a izquierda, se suprimió solamente la comprensión del nervio óptico. La agudeza visual mejoró hasta 1/10, con aumento del campo visual. El tumor era un endoteloma de origen dural.

El segundo enfermo era un niño de ocho años, cuyo ojo derecho estaba ciego, el ojo izquierdo tenía 1/10 de visión. Campo visual considerablemente reducido; papilas pálidas. Wassermann negativo, líquido cefalo-raquídeo y senos normales. La analogía con el caso precedente nos condujo a practicar una craniectomía derecha. Presentaba un tumor de la vaina óptica izquierda, situada al nivel del agujero óptico del grosor de una cereza. Como fué imposible extraerlo por lo muy raro de su posición, nos contentamos con desprender las adherencias del nervio. La agudeza visual del ojo derecho se restableció completamente. La del ojo izquierdo mejoró hasta 1/3. Es natural la mejoría del ojo izquierdo pero inexplicable la del derecho, que era completamente ciego y que no pareció ser comprimido por el tumor.

El autor dice que muchos tumores del nervio óptico situados en la órbita se extienden al cráneo, que no se debe abordarlos por vía orbitaria sino practicar una craniectomía; si es necesario se reseca la pared de la órbita a continuación. La extirpación total del tumor puede al mismo tiempo que la vista, salvar la vida. (*American Journal of Ophthalmology*. Marzo 1926).

I. BARRAQUER

Imprenta Badia - Doctor Dou, 14 - Teléfono 2344 A Barcelona