

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

Acción cardíaca del cloruro de calcio. Estudio electrocardiográfico experimental. FROMMEL.

La acción cardíaca del calcio ha sido objeto de diferentes trabajos sin que hasta el momento presente se haya llegado a formular un criterio definido sobre la cuestión.

Los efectos cardiotónicos del calcio son en realidad conocidos desde antigua fecha y no es de hoy la asociación de la digital y del calcio que algunos médicos prescriben de un modo empírico, sin que conozcan las razones experimentales que justifican aquella asociación medicamentosa. Digamos, sin embargo, que el empleo del cloruro cálcico en la terapéutica cardíaca ha venido siendo acogido con manifiesta indiferencia. A ello ha contribuido no sólo la escasa documentación experimental sino también ciertas dificultades de orden clínico como son la inyección endovenosa (única vía realmente eficaz) y el aumento de la coagulabilidad sanguínea que en los cardíacos, ya de sí expuestos a las trombosis y a las embolias, puede constituir una real contraindicación.

La práctica tiende a demostrar, sin embargo, que estos inconvenientes revisten más bien los caracteres de un prejuicio que no de una contraindicación efectiva. Más importante es, sin duda alguna, el problema de la incertidumbre en el verdadero mecanismo de acción del calcio en la fisiología cardíaca.

Las sales de calcio son absolutamente indispensables en el mantenimiento de la actividad cardíaca neutralizando a nivel del corazón el efecto del potasio según GROSS y ZONDECK, o bien del sodio según BUSQUET, KRAUS y LOEB.

La inyección de las sales de calcio produce en el animal toda una serie de trastornos que van desde la taquicardia sinusal a la bradicardia, pasando por la fibrilación y el bloqueo. Aparte de esta acción sobre el ritmo cardíaco, está unánimemente admitido que el calcio posee una influencia *tonotropa* según la cual los sístoles se hacen más intensos y prolongados, mientras el diástole disminuye de amplitud (ADLER y POLLAK, HAFNER, KRAUS). Como consecuencia de esta acción *tonotropa*, las dosis tóxicas de calcio determinan el paso del corazón en sístole.

La acción del calcio sobre el corazón humano, parece adaptarse a los hechos experimentales observados sobre el animal. El mecanismo de esta acción se ha explicado por tres teorías distintas: una de ellas se basa en una influencia directa del calcio sobre la fibra miocárdica, las otras dos tienden a explicar la acción cálcica mediante una excitación simpática (teoría simpaticotónica), o bien aumentando el tono pneumogástrico (teoría vagotónica).

Esta última teoría es a juicio del autor la que parece más aceptable teniendo en cuenta las pruebas experimentales llevadas a cabo hasta ahora.

Por su parte el autor ha estudiado experimentalmente la cuestión bajo un riguroso control electrocardiográfico y ha llegado a la conclusión que el cloruro cálcico modifica la excitabilidad y la conductibilidad cardíaca, manifestándose esta acción, lo mismo en el animal sano como en aquel cuyo pneumogástrico ha sido lesionado. Sin embargo, este último parece menos sensible a la acción cálcica y la dosis activa tiene que ser mucho más elevada.

Es por lo tanto forzoso admitir que el pneumogástrico participa necesariamente, aunque en grado variable, en el modo de acción del calcio sobre el corazón.

En cuanto al efecto de este medicamento sobre el corazón, es un hecho fuera de toda duda, si bien no es posible afirmar si esta acción se ejerce directamente sobre la fibra miocárdica o por intermedio de los ganglios nerviosos intracardíacos.

En conjunto puede afirmarse que las propiedades del calcio tienen grandes analogías con las de la digital. (*Archives des Maladies du coeur*. Paris, Febrero de 1927).

L. TRIAS DE BES.

El método de Whipple en el tratamiento de la anemia. MINOT y MURPHY.

Es en realidad un hecho de observación antigua, la influencia que determinados alimentos ejercen sobre la hematopoesis; de

entre estos recordaremos, la carne cruda, la médula ósea y el bazo.

Sin embargo, estos conceptos hasta ciertos punto vulgares no han tenido una sanción verdaderamente científica hasta los trabajos de George H. WHIPPLE (*Amer. Jour. of Physiol.* 1920) en los que tras largas y pacientes investigaciones pudo evidenciar la influencia cierta y constante que la ingestión de riñones y sobre todo de hígado ejerce sobre la regeneración de los glóbulos rojos y la hemoglobina.

WHIPPLE pudo demostrar científicamente esta influencia regeneradora partiendo de una serie de pacientes y curiosos experimentos sobre perros reducidos a un determinado grado de amnesia (50 por 100 de hemoglobina) mediante una serie de pequeñas sangrías repetidas semanalmente.

A partir de este momento se administran a los perros diversos alimentos y medicamentos.

Los resultados de estas experiencias han conducido a WHIPPLE a formular las siguientes conclusiones:

1.^a La alimentación a base de hígado de buey es el agente más eficaz en la regeneración de la hemoglobina y de los glóbulos rojos.

Una alimentación abundante en hígado sostenida por espacio de dos semanas puede producir de 90 a 100 gramos de hemoglobina.

2.^a El corazón de buey y el músculo extriado tienen un afecto menos marcado que el del hígado.

3.^a El arsénico no tiene ningún efecto, al paso que el hierro posee un valor considerable.

4.^a Durante los períodos de dieta favorable, el organismo almacena substancias vecinas de la hemoglobina que serán ulteriormente utilizadas en la formación de esta substancia y de los glóbulos rojos.

Esta reserva se efectuará sobre todo en el hígado de modo que este órgano vendría a desempeñar un papel importantísimo en la hematopoesis.

Es probable, dice WHIPPLE que en el tratamiento de las anemias en el hombre, ciertos alimentos sean más eficaces que los medicamentos. Incluso en las anemias complejas, la anemia perniciosa humana, la anemia nefrítica y la anemia cancerosa, el factor alimenticio deberá ser tenido en primera fila como elemento terapéutico.

Las investigaciones de WHIPPLE han tenido una feliz continuación en MINOT y MURPHY de la Universidad de Harvard.

Estos autores han empleado un régimen compuesto en su mayor parte de hígado y carne muscular. Esta dieta hepática ha dado excelentes resultados en 45 casos de anemia perniciosa en los que habrán fracasado las terapéuticas modernas, incluso la transfusión. En el momento en que MINOT y MURPHY publican su artículo, han transcurrido ya ocho meses desde que dichos enfermos realizaron su dieta hepática y es de notar que se mantienen los brillantes resultados obtenidos. Solo en dos enfermos, sobre 45 anemias perniciosas tratadas, los resultados han sido negativos.

En los enfermos tratados con éxito, se ha visto pasar la cifra de glóbulos rojos desde 1.500.000 hasta 4.000.000 en el término diez semanas y la tasa de hemoglobina de 55 hasta 80 por 100 y aun más.

Es indudable que este nuevo régimen alimenticio bien sensible por cierto, abre unos horizontes prometedores en el tratamiento de las anemias. (*Jour. of the Amer. med. Assoc.* Agosto 1926).

L. TRIAS DE BES.

Ginecología

Tratamiento del prolapso uterino. J. BLANC FORTACIN.

Las consideraciones anatómicas y fisiopatológicas que condicionan la producción de las ptosis genitales, son estudiadas por el doctor BLANC en las 18 primeras páginas de su opúsculo, formando un resumen perfecto que orienta a maravilla para la selección y crítica de los procedimientos quirúrgicos encaminados a devolver al útero su posición y su carácter de viscera contenida abdominal. El procedimiento de neoligamentopexia del Dr. BLANC, nos parece digno de estudio y procuraremos practicarlo en los casos de buena indicación, que por otra parte creemos bastante limitados.

El capítulo de Aplicaciones en la práctica, es muy completo e ilustrado con numerosas figuras que pueden servir de referencia de gran valor para el que no haya tenido ocasión de

vivir con el escalpelo en la mano, este importante problema de cirugía ginecológica.

COMAS CAMPS

Dermatología

Punción de los ganglios regionales para el diagnóstico de las sífilis recientes. M. B. WOLFF.

La punción de los ganglios de la región donde aparece o ha habido una lesión sospechosa de esclerosis inicial, puede aclarar en muchos casos el diagnóstico, cuando en esta lesión sea imposible o difícil encontrar el espiroqueta o la Wassermann sea todavía negativa.

Cuando el examen sea imposible por la duración de la lesión.

Cuando haya sido tratada y por tanto puede ser el examen de la secreción negativa.

Cuando el chancro sea inaccesible, por ej., en el caso de una esclerosis intrauretral.

Cuando sea extragenital y el examen directo muy difícil; y

Cuando la esclerosis esté ya cicatrizada.

En todos estos casos la punción de los ganglios satélites dará una prueba positiva de espiroqueta.

La punción se hace con anestesia de cloruro de etilo, con aguja gruesa y aspirando con una jeringa en la que hay suero fisiológico. La mezcla del suero y la secreción ganglionar será examinada por los medios corrientes. (*Urologie and Cutaneous Review*, Agosto 1926.)

CARRERAS.

Oftalmología

Contribución a la anatomía de la enfermedad de Oguchi. OGUCHI. (Japón).

KOMONO dió el nombre de enfermedad de Oguchi a los casos de de hemeralopia que presentaban el fondo del ojo color blanco-grisáceo, por ser OGUCHI el primero en publicar dos observaciones de los mismos. Hasta ahora, en el Japón, ya se han publicado más de 30, lo que ha permitido observar que el indicado colorido blanco-grisáceo, desaparece después de tener al paciente algunas horas en la obscuridad. A este cambio de color se le dió después el nombre de "Fenómeno de Mizuo". Nakamuro notó que no en todos los casos existe el tal fenómeno y bautizó esta segunda alteración "Tipo segundo de la enfermedad de Oguchi". Esta afección es en resumen una anomalía estacionaria congénita de la retina, una variedad de hemeralopia congénita. Muchas veces es familiar, indicando a menudo la consanguinidad de los padres. Regularmente la agudeza visual central es normal, previa corrección de alguna ametropía. El campo visual es normal con mucha luz y muy reducido y en forma concéntrica, con poca. El sentido de los colores es siempre normal aunque reducido para el azul.

El color blanco grisáceo del fondo se mezcla a veces a un tono amarillento formando pequeñas porciones como de panes de oro. La zona de despigmentación no es uniforme, la parte central es normal, en la periferia se traslucen los vasos coroides. En ciertos casos también se encuentra que la alteración cubre todo el fondo.

En este espacio despigmentado se destacan mal las imágenes de los vasos retinianos, razón por lo que no es muy notable la diferencia entre arterias y venas. El curso de los vasos se destaca mejor en la periferia pudiéndose seguir con facilidad los pequeños hacecillos, y notándose admirablemente los reflejos claro y oscuro que producen.

Según el autor esta enfermedad es una despigmentación de la capa exterior de la retina, originada por la formación granulada de las substancias lipoides en los epitelios. (*Archiv. für Ophthalmologie*, 1925).

Deducciones prácticas de mi teoría sobre el movimiento del iris.

K. MÜNCH.

El autor dice que el iris es un órgano puramente neuromuscular.

Hace notar que la ciencia se ha ocupado muy poco en lo que al iris se refiere, existiendo muchas opiniones distintas. Habla de las experiencias y publicaciones de sus colegas y de las suyas propias, las que se pueden reducir a lo siguiente:

Sus deducciones en terapéutica: En toda herida penetrante de la córnea es recomendable para evitar la formación de

sinequias, además de las operaciones que pueden estar indicadas para el caso, en primer lugar los midriásicos, como por ejemplo cocaína-adrenalina, los que para que produzcan el efecto deseado es preferible en vez de instilaciones, inyectar, una vez por lo menos y al principio del tratamiento, una pequeña cantidad de solución no muy débil, subconjuntivalmente y cerca del limbo. La atropina sola no es nunca suficiente, debe ir acompañada de cocaína y adrenalina y es necesaria únicamente en las heridas que afectan la zona óptica.

Sus deducciones sobre el diagnóstico: La semiología del movimiento del iris necesita un examen detallado a base de nuevos conocimientos sobre la mecánica del mismo. Muchos problemas insolubles se resolverían si esos estudios fuesen más amplios. (*Archiv. für Ophthalmologie*, 1925).

Un caso de úlcera corneal progresiva. HANS ULRIK MOLLER.

El Dr. MOLLER presenta un caso de un hombre de 29 años, cuya afección ocular databa de siete años. Se presentó primeramente irritación y fotofobia, luego infiltración de la córnea que degeneró en ulceración y vascularización de la porción ulcerada; gradualmente se pudo apreciar el aspecto típico de la úlcera rodens. Existía fotofobia pronunciada y ningún dolor. En la clínica dermatológica lo diagnosticaron de: Dilatación de los vasos cutáneos faciales, ligera rosácea, pero sin acné.

Hace notar luego que durante diez años TRIEBENSTEIN había recogido 274 casos de afecciones oculares asociadas con la rosácea y podía describir tres tipos, llamados:

1. Infiltración marginal de aspecto flictenular,
2. Infiltración subepitelial,
3. Queratitis progresiva.

Tanto TRIEBENSTEIN como ERDMANN aseguran que esta afección ocular puede muy bien presentarse sin que la acompañe ninguna afección cutánea, los párpados, por ejemplo, pueden quedar incólumes. Lo que ha adoptado igualmente LÖWENSTEIN haciendo pruebas en cobayos. (*Transactions of the ophthalmological Society of Copenhagen*, 27 Septiembre 1924).

La fototerapia en el tracoma. Donato Lo Russo.

El autor considera, basándose en una serie de observaciones clínicas e histológicas que la fototerapia puede curar el tracoma. Toda las formas, dice, son curables exceptuando aquellas de un carácter cicatricial avanzado. Está contraindicado cuando el tracoma está complicado de lesiones de la córnea. Los casos más rebeldes son aquellos en los que existe una infiltración profunda, porque los rayos químicos pierden su actividad a medida que penetran en los tejidos. Los resultados obtenidos no permiten considerar la fototerapia como un medio infalible en el tratamiento del tracoma, por lo tanto no pueden abandonarse los otros procedimientos apropiados al caso. Merece, sin embargo, tenerlo en cuenta.

Se extiende sobre las propiedades biológicas de la luz, su acción bactericida, su poder de penetración y su acción nociva sobre los tejidos. (*Annali d'ottalmologia e Clinica Oculistica*, 1926).

Tratamiento del eccema palpebral. Chr. LOTTRUP-ANDERSEN.

Después de hacer ligeras indicaciones sobre la sintomatología del eccema palpebral así como de su patología y etiología con el fin de poder definir sus distintas formas, dice que ha obtenido sorprendentes resultados con la tripaflavina.

Pinta el párpado con una bilita de algodón colocada al extremo de una varilla, empapada con una solución al 1 por 100 en alcohol y agua destilada por partes iguales. Por lo regular una sola cura es suficiente aunque se encuentren algunos casos en los que es necesario hacer dos. En aquellos casos complicados con eccema en otros puntos, se presentan recaídas mientras las otras afecciones de la piel no están curadas.

Esta terapéutica no la ha puesto en práctica cuando se ha tratado de eccema con fuertes exudados, debido a infección estreptocócica, no sabe por lo tanto si en estos casos es beneficioso este tratamiento o si por el contrario es irritativo, lo que no cree.

La sola desventaja de esta terapéutica, es que tiñe la piel de un color anaranjado, lo que molesta al paciente, pero desaparece con relativa rapidez. (*Acta Ophthalmologica*, vol. III, f. 3, 1926).