

REVISTA DE REVISTAS

Fisiopatología

LABBE (M.), NEPVEUX (F.) y CHEVKI (M.): Efecto del alcohol sobre la glucemia y sobre los cambios respiratorios en los sujetos sanos y en los diabéticos. *Archives des Maladies de l'App. Digestif et des Mal. de la Nutrition*. Noviembre 1929.

El método seguido por los autores consiste en dar el alcohol a la dosis de 1 gramo por quilo de peso, diluido en 100 gramos de agua. El sujeto examinado debe estar en ayunas desde la víspera por la noche.

Han examinado 11 casos de diabetes, de los cuales 9 estaban complicados de acidosis, y 7 sujetos no diabéticos. En los diabéticos han observado que la ingestión de alcohol hace bajar la glucemia de una manera constante, siendo el descenso tanto mayor cuanto más alta es la hiperglucemia en ayunas. La duración de esta influencia del alcohol sobre la glucemia es bastante variable; empezó en la mayoría de los casos a la media hora de la ingestión del alcohol, durando unas dos horas y media.

En los sujetos sanos, contrariamente a lo que ocurre en los diabéticos, el alcohol produce hiperglucemia poco acentuada, que empieza casi siempre a la media hora de la ingestión.

Han investigado también la acción del alcohol sobre los cambios respiratorios, observando que en los sujetos sanos hay casi siempre aumento del metabolismo, es decir producción de calor, y disminución del cociente respiratorio y en los diabéticos si bien disminuye el cociente respiratorio no hay aumento del metabolismo.

No pueden dar una explicación exacta del mecanismo de esta acción del alcohol, aunque estas experiencias justifican su empleo a pequeñas dosis en los diabéticos, ya que hace descender la glucemia y obra en el mismo sentido que la insulina, sin que pueda demostrarse una acción nutritiva del alcohol en los diabéticos.

DESGEORGES (P.): Litiasis biliar y colibacilosis. *Archives des Maladies de l'App. Digestif et des Mal. de la Nutrition*. Noviembre 1929.

Según el autor, la infección hematógena de la vesícula es la principal causa de la litiasis biliar. Esta infección proviene de una septicemia tífica o de una bacteriemia cuyo punto de partida está en el intestino. Esta bacteriemia es muy frecuente, sobre todo en las mujeres y se encuentra realizada casi siempre por el colibacilo y en ocasiones por el enterococo; rara vez por otros gérmenes.

Los gérmenes intestinales llegan por los linfáticos a la gran circulación y son eliminados por la orina y la bilis, originando un síndrome entero-hepático. Además, la bacteriemia engendra hipercolesterinemia. Se encontrarían así realizados, según el autor, los principales hechos clínicos o experimentales que han servido de base a las distintas teorías que han intentado explicar la patogenia de la litiasis biliar.

Farmacología

MEZA (F.), DUSSERT (E.), SANHUEZA (H.) y MUÑOZ (N.): Rehabilitación de un tónico cardíaco: la convalamarina. *Revista Médica de Chile*. Agosto de 1929.

Los autores sientan la conclusión de que la convalamarina tiene una acción farmacodinámica análoga a la de la digi-

talina o uabaína; y si bien la acción sobre la excitación es menos intensa que la de la digitalina, en cambio, la acción sobre la diuresis sería mayor. Está indicada en todas las insuficiencias cardíacas, especialmente cuando la digitalina produce bi o trigeminismo sin lograr la compensación.

PECO (G.): Megaesófago secundario. *Revista Médica Latino-Americana*. Noviembre de 1929.

El megaesófago es un síndrome clínico que responde generalmente a dos causas fundamentales, una de carácter congénito y otra de carácter adquirido, secundario a un trastorno de la evacuación. El megaesófago congénito es, además, un esófago más largo que el normal (megadólico-esófago).

El autor estudia en este artículo el megaesófago adquirido y secundario a un trastorno funcional obstructivo y pone en evidencia los caracteres siguientes: 1.º En todo megaesófago debe demostrarse en primer lugar, que no existe lesión orgánica local del esófago; 2.º Una vez eliminadas las causas esofágicas, deben buscarse las causas gástricas, y especialmente el cáncer, la úlcera y las gastritis; 3.º La úlcera duodenal y la litiasis biliar son las causas digestivas lejanas más importantes; 4.º Como causas extra-digestivas puede señalarse cualquier lesión visceral o nerviosa capaz de obrar por vía refleja sobre la inervación esofágica; 5.º Se debe dilucidar si la estrechez esofágica se produce por espasmo o por *akalasia* (pérdida del reflejo normal en la deglución); 6.º La obstrucción esofágica inferior puede ser producida por hipotonía vagal o por hipertonia simpática.

El autor completa este estudio con 5 historias clínicas de enfermos con megaesófago adquirido, que ha observado en su servicio hospitalario.

Medicina

PEÑA (A.) y BARRERA (F. de P.): Una forma inicial de la lepra. Consideraciones sobre la lepra nerviosa. *Revista Médica Panamericana*. Agosto y septiembre 1929.

La lepra de forma nerviosa puede tener una manifestación inicial psoriasiforme, en la cual no suele encontrarse el bacilo de HANSEN. Completada una descamación, estas placas pasan a constituir manchas hipercrómicas.

Debe ponerse cuidado en hacer el diagnóstico diferencial con la psoriasis, las tiñas, las sífilides pápulo escamosas y las dermatitis tóxicas. La lepra nerviosa repercute en la piel, dando entre otros elementos dos principales: el pénfigo y el liquen.

La división clásica de la lepra en forma nerviosa y forma tuberculosa es puramente esquemática.

El diagnóstico debe basarse preferentemente en la clínica, pero sin prescindir de la ayuda del Laboratorio. Los esfuerzos de los investigadores deben tender a encontrar en la reacción de WASSERMANN o en las modificaciones que de ella se hagan, un medio de diagnóstico diferencial entre la sífilis y la lepra.

El tratamiento por el aceite de Chaulmoogra o sus derivados ha mostrado menos eficacia en la forma nerviosa.

GRAVIER (L.): Forma simpácticotónica de la estrechez mitral; ensayo de simpácticectomía. *Lyon Médical*. 17 noviembre 1929.

Palpitaciones y taquicardia acompañan la estrechez mitral con mayor frecuencia que a las otras afecciones valvulares. En un caso observado por el Autor las crisis taquicárdicas y los trastornos vaso-motores aparecían provocados por la menor emoción y habían llegado a dominar el cuadro clínico de tal manera, que hicieron pensar que se tratara de una ruptura del equilibrio vago-simpático en el sentido de la simpácticotonia, por lo cual, dada la ineficacia de los cardiotónicos y de los nervinos y atendiendo las súplicas de la enferma, que pedía insistentemente un tratamiento, aunque fuera quirúrgico, pensóse en una intervención sobre el simpático, que fué practicada por LÉRICHE y consistió en la resección del ganglio estrellado izquierdo. La mejoría fué notabilísima: a los 6 meses han desaparecido los trastornos vaso-motores y la taquicardia aparece más raramente y, cuando lo hace, no alcanza las elevadas cifras que anteriormente. El Autor se pregunta si una simpácticectomía complementaria del lado derecho, practicada dentro de unos meses, acabará de mejorar este enfermo.

BRAHME (L.): Contribución al estudio patogénico de la ciática. *Acta Médica Scandinavica*. Vol. LXXII. Fasc. V-VI. 1929.

El presente trabajo está fundado en una serie de 111 casos de ciática; en 49 de éstos se recurrió a las punciones lumbares. Estas fueron efectuadas en los casos más graves o más rebeldes, según la relación de la duración de los síntomas. En 20 de estos 49 casos se pudo demostrar la presencia de alteraciones del líquido lumbar, bajo la forma de un aumento del número de células y del contenido en albúmina. Esto representa una proporción de 38 por 100 de individuos sometidos a la punción. Fué imposible demostrar la existencia de una infección sifilítica. En 7 casos puncionados antes y después de un tratamiento por bismuto o mercurio, se comprobó que el líquido cerebrospinal tenía de nuevo su composición normal, al mismo tiempo que los síntomas habían desaparecido. En 4 casos la enfermedad tan sólo retrocedió después de una amigdalotomía y las amígdalas extraídas presentaban signos de inflamación crónica bajo la forma de obturación de las criptas por tapones de muco-pus. En 13 casos la reacción de sedimentación de FAHRAEUS daba valores elevados, lo que parece demostrar que acaso también tenía lugar entonces un factor infeccioso.

En 2 casos se comprobó que el solo reposo en la cama y los tratamientos poco enérgicos no tienen en general influencia sobre los síntomas irritativos meníngeos ni tampoco sobre los dolores que el enfermo padece; por el contrario, estos síntomas desaparecieron pronto después de instituir un tratamiento por bismuto.

Las investigaciones presentadas demuestran, pues, que en las ciáticas graves por lo menos, se debe contar siempre con la posibilidad de un estado meníngeo como causa de la misma, en este caso el éxito del tratamiento depende en alto grado de la naturaleza de este estado meníngeo.

PECO (G.): Valor del interrogatorio en el diagnóstico de los ulcerosos gastroduodenales. *La Semana Médica*. 16 enero 1930.

En orden de importancia el interrogatorio sigue al examen funcional—sobre todo el radiológico—y tiene más valor que el examen físico, colocado por el Autor en tercer lugar. El interrogatorio permite recoger síntomas de gran importancia, entre los cuales el más fundamental es el *dolor*, que tiene los siguientes caracteres: dolor periódico, de tipo horario, que se calma o alivia con la ingestión alimenticia, por los alcalinos o por los vómitos; dolor epigástrico y generalmente irradiado; de intensidad variable, pero que llega a ser fuerte y con frecuencia se acompaña de ardor, acidez y vómitos.

El horario de aparición no tiene valor diagnóstico de topografía.

El *ardor* y la *acidez*, ya aislados, ya juntos o acompañando el dolor, se presentan frecuentemente en los ulcerosos.

Los *vómitos*, generalmente ácidos, espontáneos o provocados, alimenticios o líquidos según la hora de aparición, surgen en el momento de mayor molestia y la alivian o calman.

La *hematemesis* o *melena* se presenta en el 50 por 100 de los casos y casi siempre en plena crisis dolorosa.

El Autor, examinando detenidamente los interrogatorios de 70 enfermos ulcerosos, deduce un gran predominio de las úlceras en el sexo masculino; que el mayor número de ulcerosos lo son entre los 30 y 50 años; que la úlcera es una afección de larga duración, predominando las que duran más de 5 años; que es periódica y progresiva; que el tabaquismo es un factor de entretenimiento de la actividad ulcerosa y que en la tercera parte de los casos de úlcera ha habido anteriormente excesos de ingestión alcohólica.

MOUTIER (F.) y CAMUS (L.): Investigaciones sobre el tratamiento de la úlcera de estómago con la hormona paratiroidea. *Archives des Maladies de l'App. Digestif et des Maladies de la Nutrition*. Diciembre 1929.

Existe, en ciertos casos, una acción indiscutible del extracto paratiroideo sobre la evolución y cicatrización de la úlcera gástrica y acaso la del duodeno. Esta acción es tanto menos pronunciada cuanto más vieja es la úlcera. El porcentaje de éxitos es imposible establecerlo de una manera definitiva.

Se trata, pues, de un método terapéutico digno de ser tenido en cuenta. Su acción, rápida por lo general, permite establecerlo como primer tratamiento, que será continuado o no según los resultados obtenidos. Puede ser también, como coadyuvante, asociado a otros tratamientos.

Los Autores no tienen formado un juicio exacto acerca del tratamiento, relacionándolo con las teorías patogénicas del úlcus, ya que en los enfermos ulcerosos no existen signos clínicos o humorales que traduzcan una insuficiencia paratiroidea y, de otra parte, la acción de la hormona paratiroidea sobre el úlcus no presenta de ningún modo el rigor y el consiguiente valor demostrativo de la acción del tiroides sobre el mixedema, por ejemplo. Creen, más bien, que los hechos constatados abonan la teoría infecciosa de la úlcera de estómago; la hormona paratiroidea exaltaría, mediante una acción simpácticotropa y leucopédica la defensa general y local del organismo contra la infección bacteriana.

Queda por estudiar, todavía, el papel de las modificaciones ácido-básicas en estos procesos.

DUMAS (A.): La albuminuria tardía en el curso de la hipertensión solitaria. *Le Journal de Méd. de Lyon*. 20 septiembre 1929.

Existe una forma de hipertensión arterial, llamada solitaria o disimulada, que puede ser tolerada durante mucho tiempo. No va acompañada de trastornos cardíacos clínicamente apreciables, ni de accidentes que se encuentran habitualmente en el curso de la hipertensión sintomática de las nefritis o de las aortitis. Tan sólo en una fase tardía y precisamente cuando por causa de la vejez la tensión arterial baja—fase de involución tensional—es cuando los trastornos aparecen.

Entre estos trastornos de la involución tensional la insuficiencia renal es la primera en manifestarse, y a menudo domina la escena: albuminuria, azoemia ligera de evolución progresiva, uremia de tipo depresivo.

Anatómicamente, la autopsia muestra lesiones renales de un tipo particular, lesiones principalmente vasculares, hiper-vascularización, aumento del diámetro y de la pared de las arteriolas, trombosis, y un grado relativamente mínimo de esclerosis intersticial.

Clínicamente, la insuficiencia renal parece en estas condiciones evolucionar en dos fases: 1.º Una fase de compensación que persiste mientras se mantiene la elevación tensional necesaria en el funcionamiento renal; y 2.º Una fase de in-

suficiencia renal confirmada que evoluciona paralelamente con el descenso tensional progresivo.

Cirugía

CORACHAN (M.): Litiasis biliar y ulcus gastroduodenal. *Archivos españoles de Enfermedades del Ap. digestivo y de la nutrición.* Mayo 1929.

En ocho años ha intervenido el Autor en 356 casos con el diagnóstico clínico de ulcus gastroduodenal, sorprendiendo en cinco de ellos (1,40 por 100) una litiasis biliar insospechada, considerando posible que hayan pasado por alto otros casos de colecistitis, cuya alteración anatómica no fuera suficientemente visible. En el mismo espacio de tiempo ha operado 43 enfermos de lesiones biliares, encontrando en uno de ellos, como sorpresa operatoria, un ulcus duodenal. En vista de estos hechos y dada la proximidad anatómica y la correlación funcional entre vejiga biliar y estómago-duodeno, considera el Autor muy verosímil la idea de una relación patogénica entre ulcus y litiasis. Estudia esta posible relación, considerando que hay dos condiciones del estado general que pueden actuar en la determinación simultánea de un ulcus y de una litiasis, son: el hábito asténico y el vagotonismo. En cuanto a los mecanismos por los cuales un ulcus puede determinar la aparición de una colecistitis, los considera múltiples (hipercolesterinemia, éxtasis) pero asigna a la infección el papel decisivo. La litiasis biliar, a su vez, influye en la génesis del ulcus en virtud de la hiperclorhidria refleja que provoca en algunos casos y por el factor infeccioso, en primer lugar.

Finalmente, afirma el Autor que la colecistectomía debe ser la regla en estos casos y que el tratamiento del ulcus debe venir condicionado por la actividad de éste.

Pediatría

PITTALUGA (G.) y GARCIA (F.): Variaciones leucocitarias en los niños vacunados con B. C. G. *Archivos de Cardiología y Hematología.* Octubre 1929.

Los Autores han estudiado las variaciones leucocitarias de un grupo de 110 niños vacunados por vía bucal con el B. C. G. en los primeros días de vida. Se ha establecido un millar de formas leucocitarias. Señalan una *reacción* general caracterizada por una *monocitosis precoz* (primera semana) suficientemente elevada (15 por 100 media) *acompañada o más a menudo seguida por una linfocitosis prolongada*, y por un descenso correspondiente de los granulocitos neutrófilos. Estas reacciones demuestran que la actividad defensiva gracias a la cual se establece un estado de "premunición" contra la infección tuberculosa se ejerce, con la vacunación CALMETTE-GUÉRIN, siguiendo el mismo tipo de reacción tisular y hemática que conocemos como siendo propias de la infección tuberculosa primaria, con evolución más rápida y abreviada.

NYLIN (G.): Variaciones periódicas en el crecimiento, metabolismo tipo y capacidad de oxígeno de la sangre, en los niños. *Acta Médica Scandinavica.* Sup. XXXI. 1929.

Las investigaciones llevadas a cabo, en niños, en la edad escolar y en la pre-escolar, han puesto en evidencia que hay una periodicidad en el desarrollo durante el año. El aumento de estatura presenta dos máximos y dos mínimos; hay una máxima mayor de marzo a mayo y otra menor de noviembre a enero; las dos mínimas son, una de septiembre a noviembre y la otra de enero a marzo. En conjunto, el aumento de peso varía inversamente al aumento de estatura, presentándose el máximo de aumento de peso, simultáneamente con el mínimo de aumento de estatura y viceversa. El crecimiento es mayor durante los cuatro primeros meses

del año, es mediano durante los cuatro siguientes y menor durante los cuatro últimos. Una investigación experimental sobre la influencia de la luz sobre el desarrollo, demuestra que la luz estimula el aumento de estatura.

Aparte de la periodicidad antes mencionada, ambos aumentos de peso y de altura, presentan, también, una periodicidad probablemente endógena, en el sentido de que un *grande* o pequeño aumento de peso o de altura en un período, es seguido de un *pequeño* o grande aumento de peso o de altura, en el período siguiente, respectivamente.

El metabolismo tipo, para los niños, alrededor de la edad de seis años, presenta una periodicidad íntimamente ligada con el período de aumento de estatura, en el sentido de que, durante los períodos de mayor crecimiento, el metabolismo tipo también sube.

Las investigaciones en el caso de un niño cuyo desarrollo fué observado cada dos días, habiéndose hecho determinaciones de peso, altura y metabolismo tipo, demuestran que hay una conexión evidente entre aumento de estatura y metabolismo tipo, en el sentido de que ambos son máximos en el período del año que la radiación solar es mayor.

Tanto en los niños de edad escolar, como pre-escolar, la capacidad de oxígeno de la sangre presenta periodicidad, con un mínimo en el período oscuro y un máximo en el período claro del año. La máxima y la mínima de la capacidad de oxígeno de la sangre se presentan algunos meses más tarde que los valores correspondientes del metabolismo tipo.

TORELLO CENDRA (M.): El tratamiento dietético de la atrepsia. *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria.* Número 2-3. 1929.

Existen dos tipos de atrépsicos perfectamente definidos. Unos cuya causa está en la falta de lactancia materna o en una hipogalactia y que curan ya tratando ésta, ya con la lactancia mercenaria; corresponden a la "atrepsia congénita" de BARBIER y a las descripciones de PARROT, este grupo está formado casi exclusivamente por gemelares, prematuros y débiles congénitos, teniendo en él gran importancia los heredo-luéticos. Otro grupo, producido por deficiencias de técnica en la lactancia artificial, que corresponde al grupo de las atrepsias adquiridas. Al admitir estos dos grupos definidos el Autor quiere indicar en la palabra *definidos* que hay o puede haber otros grupos que están en estudio.

El Autor cree que es falsa la idea de la existencia de un período de reparación previo en el tratamiento del atrépsico. A los atrépsicos hay que darles las calorías en número que les corresponda por la edad, jamás por el peso que tengan, y comenzar como en todo trastorno digestivo del niño de un modo paulatino, pero rápidamente progresivo.

El Autor cree útil introducir en la práctica la idea de lo que él llama *relación de principios inmediatos*, que es simplemente, la comparación en peso, por una parte de los hidratos de carbono y de las grasas, más las albúminas, por otra. En la atrepsia, la relación ideal oscila entre 1.5 : 1 a 2 : 1, faltando casi siempre en aumento de peso al disminuir 1 : 1 y viniendo dispepsia de hidratos del carbono al aumentar a 3 : 1, no obstante, esta última proporción es tolerada y útil pasado el primer mes de tratamiento eficaz.

El atrépsico tolera poco la grasa, estando mejor tolerada la de leche de mujer y muy poco la de leche de vaca, si es en proporción normal o en exceso.

La leche de mujer es excelente alimento para el primer grupo de atrépsicos, no lo es para el segundo, debido a la excesiva cantidad de grasa que contiene y a su poca riqueza de hidratos de carbono y a la falta de dextrinas. Se usará como alimento de ataque al que se añadirá otro producto rico en hidratos de carbono.

Las albúminas son mejor toleradas que la grasa, pero la leche albuminosa será proscrita, no por la albúmina que contiene, sino por dar pocas calorías y por tener pocos hidratos de carbono.

Los hidratos de carbono son el principio inmediato mejor tolerado por el atrépsico.

Obstetricia y Ginecología

GANDOLFO HERRERA (R.): Contribución al estudio de la tuberculosis del cuello del útero. *Revista Médica Latino-Americana*. Septiembre 1929.

La tuberculosis del cuello del útero debe estar siempre presente en el espíritu del ginecólogo, ya que es una afección más corriente de lo que se cree. La tuberculosis cervical primitiva existe, aunque sea la menos frecuente. La vía sanguínea y la mucosa descendente son las que siguen más a menudo el proceso infeccioso hasta que se fija en el cuello. Las formas anatómopatológicas que presenta la tuberculosis cervical son: la ulcerosa, vegetante, miliar, catarral, intersticial e inflamatoria (por orden de frecuencia). Las formas clínicas más frecuentes son: la tuberculosis primitiva localizada en el cuello, la tuberculosis cérvico-útero-anexial y la cérvico-vaginal. El estudio histológico del material extraído y repetido tan a menudo como se cree necesario, podrá tan solo darnos la certidumbre del diagnóstico que el estudio clínico no podrá hacernos sospechar. El pronóstico debe ser siempre reservado, salvo en las lesiones primitivas y enteramente localizadas. En las formas primitivas el tratamiento puede limitarse a las pequeñas intervenciones locales; en las formas cérvico-útero-anexiales será preciso ejecutar energicamente y con amplitud la anexohisterectomía total, recurriendo con preferencia a la vía baja. En los casos no quirúrgicos, teniendo en cuenta las condiciones generales de la paciente, la situación local de la afección, o por existir un interés cualquiera en seguir un tratamiento conservador, de acuerdo con las nuevas doctrinas, se aplicará el *radium*, que tan buenos resultados ha dado en algunos casos. Vistas las dificultades del diagnóstico y la rareza relativa de la afección, todo ginecólogo que trate una lesión cervical, cuya naturaleza no presenta una seguridad absoluta, debe efectuar las biopsias necesarias hasta que se convenza de que no se trata de una tuberculosis del cuello.

HENRY (J. R.) y JAUR (L.): La anestesia epidural en Obstetricia. *Gynécologie et Obstétrique*. Enero 1929.

El Autor del presente trabajo, hace un detenido estudio de la técnica y resultados de la anestesia epidural en sus dos modalidades, alta y baja, en los diferentes estadios de la evolución del parto, y en relación a las principales intervenciones obstétricas y ginecológicas, sentando sus indicaciones precisas, con las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

Se refiere únicamente a la inyección practicada en el espacio epidural a través del hiato sacro-coxígeo, regulando la altura de la anestesia por la mayor o menor profundidad a que introduce el líquido anestésico, para lo cual se sirve de una aguja de 5 cms. y de la solución siguiente: 1.^a ampolla: Bicarbonato sódico, 0,15 grs.; Cloruro sódico, 0,10 grs.; Agua destilada, 20 c. c. 2.^a ampolla: Scurocaína, 0,60 grs.; Adrenalina al 1 × 1000, VII gotas; Agua destilada, 10 c. c., que mezcla en el momento preciso de usarla a la dosis media de 15 a 20 c. c.

La anestesia epidural baja, interesa la región perineal entre el ano y el coxis primeramente, propagándose hacia el periné, vulva, cara interna de los muslos, hasta la región clitoridiana, a veces también participan de ella, la vagina, el cuello del útero, la vejiga y la parte inferior del recto. La epidural alta, se extiende además a los miembros inferiores, pared abdominal hasta el ombligo, vejiga, recto y útero. En ambas, la duración de la insensibilidad es de hora y media a tres horas, reapareciendo la sensibilidad en sentido inverso al en que ha aparecido la anestesia.

Como fracasos de ella cita, la ausencia absoluta de anestesia, algunas veces, la anestesia desigual en los dos lados si se ha practicado en decúbito lateral, subsanándose este inconveniente colocando la enferma en el decúbito lateral opuesto después de practicada la inyección. Los autores alemanes recomiendan mayores cantidades de anestésico y posición de TRENELENBURG para la obtención de anestésias más

altas (hasta 80 grs.). KAPPIS y FISCHER señalan casos de muerte debidos a dosis muy elevadas. Algunos autores creen que las anestésias muy altas son debidas a la penetración del líquido sub-aracnoideo, constituyendo una verdadera raqui-anestesia. Este puede comprobarse por los accidentes generales que produce y la salida de líquido c. r. a través de la aguja.

La anestesia epidural alta durante el trabajo del parto, lo paraliza durante 2 o 3 horas, pasado el cual reaparece la contractibilidad uterina en sentido descendente, por cuyo efecto el cuello permanece sin tonicidad durante más tiempo, facilitándose su dilatación. En la dilatación completa, la paralización del trabajo impide los esfuerzos expulsivos con riesgo de hemorragias y peligro materno y fetal. Facilita ciertas intervenciones obstétricas; dilatación a lo BONNAIRE, aplicación de forceps, versión externa, reparación de lesiones perineales, alumbramiento artificial, curetaje, etc., pero el riesgo de hemorragias graves, restringe sus indicaciones. El alumbramiento se halla dificultado y expuesto a hemorragias atónicas.

La anestesia epidural baja, durante el trabajo, después de paralizarlo unos momentos, permite la contracción uterina enérgica y regular, mientras que el cuello no ofrece la menor resistencia. En los casos de fracaso completo de la anestesia, se ha observado una franca aceleración del parto. Todo esto obliga a hablar de un poder ocitócito de la scurocaína. En la dilatación completa, encuentra su mejor aplicación, pues facilita y hace indolora la expulsión, por la mayor laxitud perineal, que a su vez proporciona menos desgarros, cuya reparación es fácil. Las intervenciones obstétricas que se benefician de ella, son: la dilatación artificial, la aplicación de forceps y las reparaciones vesicales y perineales. El alumbramiento no se resiente de esta anestesia. Sólo es necesario, cuando la placenta ha caído en la vagina una sencilla extracción manual. El cuerpo uterino guarda su tonicidad y por lo tanto toda hemorragia es excepcional; si se presenta no deberá imputarse a la anestesia.

El puerperio no se ve influido en nada por estas dos clases de anestesia.

Resumiendo: debe reservarse la anestesia epidural alta, a los casos en que sea conveniente paralizar el trabajo del parto, durante unas horas; a ciertas versiones externas difíciles y a las versiones internas.

La epidural baja, es practicable en los casos en que se quiera obtener una dilatación, expulsión y alumbramiento indoloros, admirable en las aplicaciones de forceps y en las perineorrafias (método de elección); menos favorable para las versiones internas.

El trabajo del Autor se funda en veinte observaciones, ocho con anestesia epidural baja y las demás con epidural alta, en los diversos tiempos del parto. Dos de estas últimas se refieren a una miomectomía y a una retención placentaria post-abortum.

TORRE BLANCO (J.): Indicaciones y técnicas de la interrupción artificial del embarazo en su último trimestre. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. 13 de enero de 1930.

Considera el Autor, los reducidos casos en que estará indicada la interrupción del embarazo en el último trimestre, estudiando primeramente el grupo de las tuberculosas y cardíopatas. Referente a las primeras, cree que jamás está indicado el parto prematuro por medios artificiales, puesto que no resuelve el problema de la tuberculosis, no logrando más que anticipar los graves peligros del post-partum. En las cardíopatas con una lesión valvular descompensada o una insuficiencia funcional del miocardio serán de los pocos casos en que provocaremos el parto prematuro, pero siempre procediendo a una evacuación rápida del útero a fin de evitar los esfuerzos físicos a la paciente.

Una toxemia gravídica, un desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, una placenta previa con hemorragias graves y repetidas, podrán ser causa obligada de

interrupción del embarazo antes del término, pero siempre procediendo como antes a evacuación rápida.

No obstante, habrá casos (hipermadurez, ciertas estrecheces pélvicas, feto muerto) en que podrá provocarse el parto por procedimientos incruentos citando y comentando los procedimientos consistentes en la administración de quinina y extracto de lóbulo anterior de hipófisis y el de RECASENS o punción de las membranas y administración de pituitrina.

Una vez estudiados estos procedimientos y sus resultados entra en el estudio de los procedimientos cruentos.

Censura la práctica desmesurada de la cesárea abdominal, a pesar de los buenos resultados inmediatos que proporciona, por el riesgo que corren las cesarizadas en un parto ulterior, reservándola exclusivamente para las primíparas, por las dificultades que lleva consigo en ellas la práctica de la histerotomía vaginal. Esta, en cambio la considera un excelente método para las multíparas incluso en los casos de placenta previa a pesar de los argumentos esgrimidos en contra de ella.

Habla finalmente del parto a lo Paul DELMAS, que considera de técnica peligrosa, como todos los procedimientos de dilatación forzada, por la facilidad de desgarros cervicales que pueden prolongarlos a regiones comprometidas, terminando considerándolo inferior a los servicios que presta la cesárea vaginal.

BAZAU (M.): Muerte por accidentes cardíacos durante el embarazo, parto y post-partum. *Revista Médica Cutánea*. Marzo 1929.

La asistolia, el edema agudo del pulmón, y menos a menudo el síncope, determinan la muerte de las cardíacas durante el embarazo, el parto y el post-parto.

En la mayoría de los casos, si las lesiones están bien compensadas, no existe ninguna agravación con motivo de la gestación.

Es imposible establecer con una ley la conducta a seguir ante una cardíaca que va a contraer matrimonio.

La ley de PETER, importante por el estudio que ha suscitado de los accidentes grávido-cardíacos, no tiene más que un interés histórico.

Los accidentes grávido-cardíacos, cuando se producen, presentan a veces una gran gravedad, y es muy difícil, por no decir imposible, prevenirlos.

El médico deberá obrar muy prudentemente al establecer el pronóstico, y, a los procedimientos habituales de investigación, deberá añadir el estudio radiológico de las aurículas y especialmente el valor funcional del miocardio.

Las lesiones que dan más porcentaje de complicaciones serias y más mortalidad son las complicaciones mitrales, y particularmente, la estrechez mitral.

AUTEFAGE (M.): Embarazo extrauterino, de término, con feto muerto y macerado. *Gynécologie et Obstétrique*. Octubre 1929.

El Autor presenta a la Sociedad de Obstetricia de Lille el caso de una enferma que presentaba en la región abdominal una tumoración voluminosa llegando a tres traveses de dedo por encima del ombligo, llenando el hipogastrio y las dos fosas ilíacas. Esta mujer creía estar embarazada de 10 meses. Durante la gestación había tenido varias veces pérdidas sanguíneas, generalmente de 4 días de duración, sin acusar dolores abdominales ni pelvianos. Por radiografía se observaba una masa en forma de un feto en posición transversal.

Por laparotomía subumbilical se descubrió una tumoración grisácea resistente parecida a un quiste del ligamento ancho, adherida al colon pelviano y asas intestinales delgadas. Abierta esta masa se extrajo un feto muerto y macerado y una placenta voluminosa. Se terminó la operación, con marsupialización del quiste fetal.

El Autor llama la atención sobre algunos puntos interesantes: crecimiento del abdomen, coexistiendo con hemorragias parecidas a reglas, tumor abdominal como un útero grávido

con cuello duro, imagen radiológica que da el aspecto de un feto. El quiste fetal fué difícil de enuclear, siendo obligado practicar su marsupialización.

Endocrinología

BONILLA (E.): El factor pancreático en las obesidades exógenas y endógenas. *El Siglo Médico*, 8 febrero 1930.

La hormona insulínica juega un papel de primer orden en aquellos estados en los que se encuentran aumentados los procesos de asimilación.

Más difícil es determinar si hay casos de obesidad, cuya causa resida en una hiperactividad insular primaria.

En estos casos, que son los menos frecuentes, podría pensarse en condiciones propias residentes en el mismo páncreas, o en una anormal excitabilidad de los centros nerviosos hipotalámicos, reguladores de la actividad endocrina pancreática.

Generalmente, parece tratarse de una mayor secreción de insulina por efecto de los estímulos alimenticios—obesidad exógena—o, como admite FONSECA, de un hiperinsulinismo indirecto por faltar el influjo de glándulas antagonistas: obesidades tiroideas, hipofisarias, genitales, etc.

Siempre que en un individuo, por causas exógenas o endógenas, se determine un aumento de peso, se podrá comprobar una hiperfunción de los islotes de LANGERHANS. Este tejido toma una parte activa, por consiguiente, en todos los tipos de obesidad, cualquiera que sea su origen. En cuanto a admitir la existencia de una obesidad insular primaria, es conveniente proceder con mucha precaución, como el mismo FALTA reconoce muy recientemente.

Urología

VALVERDE (B.): Tratamiento de las orqui-epididimitis blenorragicas por el cianuro de mercurio. *Bruxelles Médical*. 19 enero 1930.

Las inyecciones intra-venosas de cianuro de mercurio dan un buen resultado en el tratamiento de las orqui-epididimitis blenorragicas, no sólo disminuyendo el dolor rápidamente, sino también obrando sobre los demás fenómenos generales y locales, tales como la fiebre, la tumefacción, etc. Deben hacerse diariamente a la dosis de 0,01 ctgr. cada vez, hasta la desaparición de la enfermedad, lo que se obtiene por término medio con seis u ocho inyecciones.

Este tratamiento puede hacerse en las consultas y clínicas no exige que los enfermos estén en cama, lo que es una gran ventaja para el bienestar y la vida económica de los mismos.

Entre todos los recursos terapéuticos empleados hasta hoy por el Autor en el tratamiento de las orqui-epididimitis blenorragicas, no puede compararse ninguno por su rapidez de acción y su constancia en los resultados con las inyecciones intra-venosas de cianuro de mercurio, ya que, aparte de la curación de esta enfermedad aun cuando esté en plena evolución, logran que aborte si las aplican al principio de la misma.

VINTICI (V.) y CONSTANTINESCU (N. N.): Las piurias asépticas. *Journal d'Urologie*. Diciembre 1929.

Las piurias llamadas asépticas deben dividirse en dos categorías: A) Las falsas piurias asépticas; y, B) Las verdaderas piurias asépticas.

A) Las falsas piurias asépticas más frecuentes que las otras están caracterizadas por la presencia del pus sin microbios al examen microscópico, y por cultivos o inoculaciones positivas. La falsa piuria aséptica puede encontrarse en el curso de varias infecciones, sin tener caracteres particulares, de modo que puede constituir por sí misma un signo de diagnóstico diferencial. Por orden de frecuencia, la falsa piuria aséptica se encuentra en el curso de la tuberculosis renal, de la pielonefritis, de la litiasis urinaria. En la tuberculosis renal, la falsa piuria aséptica no es más que un elemento

para la orientación del diagnóstico: debe ser siempre completada por los datos del cateterismo uretral y los de la clínica; en otras palabras, puede decirse que si la falsa piuria aséptica no invalida el diagnóstico de tuberculosis renal, tampoco lo confirma.

En el curso de la pielonefritis la falsa piuria aséptica está caracterizada por la intermitencia de su aparición y por la alternancia de la falsa piuria con la piuria netamente microbiana, y también con la verdadera piuria aséptica, mientras que la falsa piuria en el curso de la tuberculosis renal es siempre persistente. La intermitencia de la falsa piuria en el curso de la pielonefritis es debida a las descargas colibacilares que corresponden a fases agudas del síndrome antero-renal.

B) La verdadera piuria aséptica se caracteriza, o por lo menos debería caracterizarse, por la presencia del pus y la ausencia de todo microbio al examen microscópico, en los cultivos o las inoculaciones, que han sido hechas correctamente y repetidas en intervalos variables. Los Autores no han podido recoger ningún caso que corresponda enteramente a esta definición. En la mayoría de los casos, la verdadera piuria aséptica constituye una fase pasajera en el curso de la piuria netamente microbiana o de la falsa piuria aséptica. Sin embargo, han notado casos que no eran piurias, sino leucociturias.

Los Autores admiten, pues, no una piuria aséptica verdadera, sino una leucocituria, que haría la transición hacia la piuria de origen microbiano y que reconocería como causa no un agente microbiano, sino una causa mecánica o química (descargas de arenillas).

Dermatología y Sifiliografía

PASTEUR VALLERY-RADOT y ROUQUIES (L.): Los fenómenos de shock en la urticaria. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Octubre 1929.

Herpetismo, autointoxicación y diátesis artrítica habían sido considerados como terreno necesario para la existencia de la urticaria; el descubrimiento de la anafilaxia aclaró su patogenia. Después de los trabajos de WIDAL, ABRAMI, BRISAUD y JOLTRAIN, fué considerada como un shock hemoclásico y posteriormente por estos mismo autores como una crisis coloidoclásica, dando a entender con esta palabra que la perturbación se efectuaba no solamente en la sangre, sino también en la intimidad de los coloides tisulares.

Las tres condiciones necesarias para la producción de la anafilaxia experimental o sea un primer contacto, preparante, incubación y un segundo contacto desencadenante, en el hombre, sólo se dan en el tratamiento sérico, siendo los demás casos mucho más complejos. En ciertos casos al primer contacto con el antígeno aparece la urticaria sin previa sensibilización, lo que hace admitir una idiosincrasia. Otras veces surge la urticaria sin intervención de agente exterior

(de esfuerzo, emotiva), estando estos enfermos afectos de una tara humoral a la que se ha dado el nombre de diátesis coloidoclásica.

Sea la urticaria, anafiláctica o simplemente coloidoclásica, lo que la caracteriza biológicamente es la crisis hemoclásica que precede a la crisis urticada. Si clínicamente es difícil precisar cuando se trata de urticaria por sensibilización anafiláctica o cuando es simplemente por shock, no lo es menos por los procedimientos de laboratorio. Por otra parte, separar los trastornos anafilácticos de los coloidoclásicos tiene poca utilidad toda vez que parece que el estado anafiláctico no es más que una variedad del estado coloidoclásico.

Entre los numerosos casos de urticaria alimenticia cabe distinguir dos variedades: una de origen digestivo que aparece en la primera infancia acompañada de trastornos digestivos en la que parece que la coloidoclasia no interviene, y la otra de origen alimenticio (huevos, embutidos, caza, pesca, crustáceos, etc.), siendo ésta un fenómeno de coloidoclasia. También ciertos medicamentos pueden provocar la urticaria (antipirina, aspirina, yoduros, bromuros, quinina), siendo muy frecuente en los tratamientos séricos, así como la transfusión sanguínea y los arsenobenzoles. Los parásitos intestinales, tenias, quiste hidatídico, los ascárides, los oxiuros, los tricocéfalos, lamblías, etc. Las picaduras de ciertos insectos, las emociones, pueden dar lugar a una crisis coloidoclásica, la cual, obrando secundariamente sobre el simpático, puede provocar los trastornos vaso-motores característicos de la urticaria y aun por acción directa provocar estos fenómenos. Existen ciertos individuos afectos de inestabilidad coloidoplasmática particular, en los cuales un esfuerzo puede provocar el desequilibrio humoral y dar lugar a los fenómenos de shock (ataque de asma, crisis de migraña, urticaria). La acción local del frío puede producir la crisis coloidoclásica acompañada de los trastornos vaso-motores aunque en muchos casos sean los fenómenos vasculares directamente influidos por la acción del frío.

Debemos tener bien presente: que no es bueno generalizar y admitir a toda urticaria como a un fenómeno de shock, ya que entre la coloidoclásica, fenómeno primitivo, y la urticaria, fenómeno terminal, se coloca la excitación del simpático, siendo éste el que puesto en juego por la coloidoclasia, condiciona los síntomas cutáneos, pero los trastornos en el funcionamiento del sistema vago-simpático son interesantísimos, debiéndose tener muy en cuenta para asignarles un valor, y como además, están íntimamente ligados a la secreción glandular interna, ya tenemos a un gran número de insuficiencias que añadir como causantes de diátesis coloidoclásicas. Últimamente MILLÁN ha introducido un nuevo factor, la infección como origen de la mayor parte de las urticarias, explicando aun las medicamentosas por biotropismo, pero no siendo los Autores partidarios de aceptarla más que en ciertos casos crónicos.

En cuanto al tratamiento, siendo tan variadas las causas, nada es de extrañar que pongan una muy variada terapéutica que deberá adaptarse a cada caso particular.