

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

MC. KINLAY (P. L.): Influencia del tratamiento hepático en la mortalidad por anemia perniciosa. *The Lancet*. 23 noviembre 1929.

MC. KINLAY analiza las estadísticas de mortalidad por anemia perniciosa, en Inglaterra y País de Gales. Durante los seis años que precedieron, inmediatamente, a la introducción del tratamiento hepático de esta enfermedad, la curva de defunciones, en ambos sexos, presenta un curso prácticamente horizontal, no ofreciendo cambios importantes la distribución por edades y por sexos. En 1927 hubo una ligera tendencia hacia la mejoría, especialmente en el sexo masculino y afectando especialmente los tres últimos meses del año. En cambio, incluyendo en la misma estadística las defunciones de ambos sexos, dicha mejoría ya no resulta tan evidente. Al año siguiente se presentó una declinación clara de la mortalidad; unas 915 defunciones menos de las habituales; afectando ambos sexos y limitada principalmente a los adultos jóvenes y de media edad. Empezó la mejoría a principios de año y fué aumentando hasta fines del mismo. Fué en Londres más que en ningún otro sitio donde se observó la mejoría y sin que concurriera ninguna circunstancia aparente, aparte del nuevo método de tratamiento, que permitiera explicar este descenso de la mortalidad. La influencia del nuevo factor es una cosa evidente y juzgando por el curso de la mortalidad en el relativamente corto período en que se usó la terapéutica específica, cabe esperar que extendiendo el tratamiento en mayor proporción a todos los enfermos sufriendo anemia perniciosa, se conseguirá una ulterior declinación en la mortalidad producida por esta enfermedad.

SCHILLING (V.): Observaciones sobre la hepatoterapia de la anemia perniciosa y sobre las causas de fracaso de esta terapéutica. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Octubre 1929.

El autor recoge en su trabajo las enseñanzas que se desprenden de 80 casos de anemia perniciosa de Biermer tratados por el método de Whipple.

Los resultados terapéuticos obtenidos en estos 80 casos se distribuyen del siguiente modo: 50 casos han ido seguidos de una curación clínica estimable, con cifras superiores a 4.000.000 de hematies; otros 20 casos alcanzaron cifras próximas a los 4.000.000 con una mejoría clínica pasajera; 5 casos continúan todavía en tratamiento sin haberse conseguido un resultado concreto y finalmente otros 5 casos fueron seguidos de fracaso.

El autor hace notar que 14 de los enfermos tratados habían experimentado algunas recaídas a causa de su inconstancia en la ingesta hepática. En otros finalmente, cabía atribuir la mejoría obtenida a la persistencia larga y continuada de la hepatoterapia.

Entre los 80 enfermos tratados se registraron 6 defunciones motivadas por enfermedades intercurrentes (pneumofrosis, bronconeumonía, hiposistolia), sin que en el examen necrópsico se comprobaran las modificaciones anátomo-patológicas caracterizadas de la anemia perniciosa. Es de advertir que 4 de los enfermos fallecidos pertenecían al grupo de los casos débilmente influenciados por el tratamiento.

El autor cree poder afirmar que los casos de anemia complicados secundariamente por otros procesos son los que más reacios se muestran al tratamiento hepático preconizado por MINOT-MURPHY y WHIPPLE.

Es también criterio del autor que la hepatoterapia basada en la ingesta del hígado fresco posee siempre una actividad terapéutica superior a la de los extractos comerciales, siempre, claro está, que pueda ser vencida la repugnancia natural del enfermo a tomar la cantidad de hígado fresco conceptualizada como activa.

DUCHOSAL (P.) y LUTHI (R.): Nuevo dispositivo electrocardiográfico que permite la inscripción directa, con tinta, de las corrientes de acción del corazón. *Archives de maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*. Diciembre 1929.

Desde una comunicación presentada a la Sociedad de Biología (1928) a propósito de la aplicación de las lámparas triodes al electrocardiófono y de la inscripción mecánica de las corrientes eléctricas cardíacas los autores han venido ocupándose insistentemente del asunto.

Los trazados expuestos en aquella comunicación habían sido obtenidos sobre el corazón de la rana. Actualmente los autores han conseguido aplicar su procedimiento al electrocardiograma humano utilizando las derivaciones habituales.

Para evitar las dificultades de la lenta periodicidad de las corrientes cardíacas humanas y su débil intensidad, los autores han transformado la corriente de acción del corazón en una corriente alterna de elevada frecuencia mediante un vibrador eléctrico.

La finalidad de los autores no es la perseguida por LIENSTEIN y REHDER en el sentido de exteriorizar el electrocardiograma en forma sonora (electrocardiófono), sino simplemente la de obtener una amplificación eléctrica susceptible de ser utilizada para el registro mecánico.

Para obtener la inscripción, con el oscilógrafo mecánico, la corriente alterna, después de amplificada, es convenientemente rectificadas mediante una cuarta lámpara montada como detectora de corriente. Las corrientes de acción del corazón producen en los bornes del oscilógrafo, colocado en el circuito de ánodo de esta última lámpara, variaciones de corriente de 35 miliamperios. El oscilógrafo va provisto de un estilote con tinta que inscribe directamente el trazado sobre una cinta de papel blanco. Los trazados obtenidos con este dispositivo son muy semejantes a los electrocardiogramas por proyección óptica.

PECO (G.): La gastritis concomitante de los ulcerosos. *La Prensa Médica Argentina*. 20 enero 1930.

De 50 casos operados de úlcera gastroduodenal, 20 tenían gastritis crónica concomitante (40 %).

Los causales más frecuentemente encontrados fueron: el tabaco, la constipación, la caries dentaria y piorrea alveolar, el alcohol, la viruela, la sífilis y el catarro nasofaríngeo.

En todos los casos hubo aumento del moco gástrico y de la citología epitelial y leucocitaria; en 14 casos hipotonía acentuada y en 11 hiperacidez.

De los 20 casos, en 8 hubo trastornos serios de la evacuación; 9 tenían úlcera duodenal.

Se hizo siempre tratamiento médico prolongado; su fracaso obligó al tratamiento quirúrgico. Se efectuó resección en 7 casos y se hizo G. E. P. en 9 casos.

El conocimiento de esta asociación es fundamental, porque tratando la gastritis se suprime una fuente importante generadora de úlceras y mantenedora de su actividad.

Quirúrgicamente es un motivo más que apoya la resección de las úlceras y de las regiones vecinas inflamadas.

MAYER (E.) y NEWTON (J.): Alimentación básica (vitaminas) en tuberculosis. *The Journal of the Am. med. Assot.* 14 diciembre 1929.

En un experimento preliminar, fueron sometidos a un régimen especial veinte pacientes de 22 a 33 años de edad, afectados de tuberculosis pulmonar avanzada, en los cuales habían fracasado los tratamientos habituales durante dos o tres años. La dieta consistió en 3.500 calorías, de formación básica, escasa en cloruro de sodio y en proteínas animales e hidratos de carbono, pero rica en grasas y en vitaminas. Ocho pacientes aumentaron de peso; diez presentaron una notable disminución en la cantidad de los esputos, pero sin que desaparecieran los bacilos de la tuberculosis; cuatro vieron desaparecer una febrícula constante y dos tuvieron fiebre. Ocho pacientes presentaron un marcado aclaramiento de los pulmones comprobado por exploración física y radiológica; dos pacientes con tuberculosis intestinal perdieron los síntomas de esta complicación; otro no mejoró. Hubo una notable disminución de fatiga, dolores en el pecho y trastornos digestivos.

El equilibrio ácido básico, estudiado antes y después del régimen, presenta una elevación hacia el lado básico. Estos resultados concuerdan con estudios similares hechos en ratones alimentados con dietas de formación básica y ácida, respectivamente.

Dermatología y Sifiliografía

LAMOUREUX (M. R.): El acetilarsán en el tratamiento de la sífilis. *Marseille-Medical.* 25 noviembre 1929.

El "test" clínico demuestra que el acetilarsán es en la mayoría de los casos, un *excelente* medicamento de asalto, que cicatriza rápidamente el chancro y accidentes secundarios, que activa la eliminación y la cicatrización de los gomas.

Por los accidentes viscerales y nerviosos ante los cuales el valor terapéutico de los medicamentos es más difícil de constatar, se ha mostrado extremadamente interesante en muchos casos.

Es también un medicamento de entretenimiento que junta a su acción espirilicida tiene una innegable acción eutrófica. Podrá bajo este punto de vista ser útilmente asociado a un tratamiento mercurial o de bismuto.

El "test" serológico demuestra la acción eficaz de este medicamento sobre las curvas del Wassermann o del Verne.

En el período pre-serológico, la marcha descendente de la curva es sensiblemente igual a la obtenida con los arsenobenzoles.

El "test" bacteriológico, utilizable solamente para la sífilis primaria y secundaria, siempre ha demostrado la desaparición de los treponemas a partir de la segunda semana del tratamiento.

La reactivación del Bordet-Wassermann se obtiene regularmente por el acetilarsán.

Es un medicamento de tolerancia perfecta, admirablemente soportado por sujetos exentos de taras generales, lo mismo en los cardíacos, hipertensos y traumatizados del cráneo. La tolerancia es particularmente visible en los tuberculosos pulmonares gracias a la toxicidad extremadamente mínima del medicamento.

Es preciso emplear el acetilarsán a dosis bastante prolongadas: 20 inyecciones a lo menos para las sífilis evolutivas.

SPILLMANN, DROUET y VERAÏN: El equilibrio ácido-básico en Dermatología. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Diciembre 1929.

Desde el año 1925 vienen los autores dedicándose al estudio del equilibrio ácido básico en la sangre aplicado a ciertas dermatosis y en este artículo exponen sus resultados.

Han empleado el método electrométrico por creer que el colorimétrico resulta muy infiel; para la reserva alcalina el de Van Slycke.

Sus observaciones son sobre eczemas, liquen plano, urtica-

ria, eritrodermia, prurigo y psoriasis, en un total de 52 casos comprobando que el pH y la reserva alcalina bajan o suben paralelamente en unos casos; 2.º que el pH variaba en un sentido o en otro, pero la reserva alcalina queda en tasa normal, y 3.º que el pH es normal y la reserva sube ligeramente.

Hacen notar que con las mismas dermatosis unos enfermos están en acidosis y otros en alcalosis, por lo que creen que la piel reacciona de la misma manera cualquiera que sea el sentido del trastorno humoral, confirmando los éxitos terapéuticos obtenidos con solo luchar contra el desequilibrio encontrado.

Tomando como base el terreno sobre el cual evoluciona la dermatosis, todas las perturbaciones humorales encontradas pueden ser consideradas como los eslabones de una cadena, que sean el reflejo de trastornos viscerales conocidos o desconocidos, o que tengan tal importancia que por sí solos puedan condicionar la aparición de las lesiones y cuyo final sea la piel, cuya fisiología normal y patológica es todavía en gran parte desconocida. Existen un conjunto de trastornos que constituyen verdaderamente el terreno y que pueden clasificarse en: Hereditarios, perturbaciones endocrinas, trastornos neurosimpáticos, renales, hepáticos, digestivos y de la nutrición (éstos comprenden los trastornos del metabolismo de la colesteroína) (hipercolesterinemia), los del metabolismo del azufre y del calcio.

Pero dominando a todos estos hechos se llega a la diátesis coloidoclasica de WIDAL y por el hecho de esta diátesis el equilibrio coloidal de los enfermos es inestable, siendo susceptibles al menor contacto de un antígeno nocivo de manifestar su intolerancia ya por urticaria, prurigo, eczema, etc.

Reconocen como base un factor común a ciertas reacciones cutáneas—la sensibilización—, sin que puedan generalizar esta causa, aunque sea la más importante.

Los autores averiguan las variaciones del equilibrio ácido-básico y las estudian por orden de frecuencia haciendo dos grupos: Acidosis y Alcalosis.

Hasta ahora la acidosis ha sido reconocida en algunos estados patológicos por lo que, según sea gaseosa o no, la colocan en diferente grupo.

Son Acidosis no gaseosas: la diabética, de las nefritis, del eczema, por ingestión de ácidos minerales, en ciertos estados febriles, en trabajo muscular intenso.

Acidosis gaseosas: respiración en atmósfera de CO₂; extensa tuberculosis pulmonar; enfisema; asma; neumonía; morfina.

Solamente se refieren en su trabajo a la acidosis no gaseosa.

El abuso de carnes o de ciertos medicamentos, los regímenes mal indicados, trastornos del metabolismo, insuficiencia hepática y la acidosis llamada de shock, hacen que en el organismo existan en exceso unos ácidos que rompen el equilibrio.

Admiten la existencia de una acidosis temporal o permanente posiblemente de una diátesis ácida, análogamente una diátesis alcalina que constituiría en ciertas ocasiones el terreno favorable a la sensibilización y a las dermatosis.

El problema parece más sencillo en la *alcalosis*. Se admite hoy la existencia de una diátesis alcalina que parece jugar un papel muy importante en patología por los trastornos funcionales que condiciona (tetania, melancolía ansiosa, vagotonía, trastornos digestivos, trastornos del metabolismo, litiasis renal, etc.), ya a la disminución del CO₂ (alcalosis gaseosa).

Teóricamente se reconocen tres factores: 1.º Introducción de exceso de bases en el organismo; 2.º Eliminación exagerada de ácidos (vómitos ácidos, hiperventilación pulmonar); y 3.º Insuficiencia en la eliminación de las bases.

Como dermatológicamente sólo les interesa el primer y el tercer grupo, no estudian el segundo factor.

La introducción de exceso de bases se hace o por absorción medicamentosa de bicarbonato sódico, de magnesia, de creta o por el exceso de régimen vegetal.

En cuanto a la insuficiencia de eliminación, no es el riñón el culpable, pues su función es retener las bases y expeler los ácidos, y sólo cuando hay un exceso de álcali permite en

parte su salida, concediendo el máximo de valor a la vía intestinal.

Hacen notar la relación entre la alcalosis y la vagotonía y su presencia en los ansiosos.

Después de estos datos y como resultado de los mismos, intentan esquematizar las relaciones entre las causas y sus efectos, y establecen:

1.º En los trastornos endocrinos y neurosimpáticos por las modificaciones de los metabolismos humorales (Acidosis) y de la vagotonía (Alcalosis).

2.º En los trastornos renales (Acidosis o Alcalosis).

3.º En los trastornos hepáticos (Acidosis).

4.º En los trastornos digestivos (Alcalosis).

5.º En los trastornos de la nutrición y del metabolismo del calcio (Alcalosis), sodio y cloruro de sodio (Acidosis).

Estas hipótesis piden aun muchas nuevas investigaciones y demuestran toda la complejidad del problema.

Los autores se muestran satisfechos de estos estudios porque les han permitido obtener resultados a veces sorprendentes con sólo terapéutica antiácida o antialcalina.

Además de la investigación del pH por el proceder electrométrico con preferencia al colorimétrico señalan otros métodos de diagnóstico del equilibrio ácido básico, tales como la reserva alcalina, aunque hay que tener en cuenta el paralelismo casi constante de ésta con la acidosis, pero no es lo mismo para la alcalosis. El análisis de orina determinando la acidez iónica podrá dar indicaciones útiles, lo mismo que la acidez de titulación, así como el amoniaco urinario que si está aumentado indica acidosis: midiendo el CO₂ alveolar estando la tensión del CO₂ disminuída en la acidosis y elevada en la alcalosis a condición de que el enfermo no sufra lesiones pulmonares. La existencia del reflejo oculo-cardíaco positivo hará pensar en la alcalosis.

Desgraciadamente, los síntomas clínicos que el enfermo presenta en los estados de desequilibrio ácido básico no alcanzan suficiente intensidad para que por sí solos puedan orientar, y únicamente en los diabéticos y acetonémicos y en brighticos podemos sin análisis tener previa idea de su estado. Como terapéutica de la acidosis proponen el bicarbonato sódico en dosis diaria de 20 grs. asociados con 10 gr. de citrato sódico. El borato sódico en solución al 4,5 % en inyección intravenosa cada dos días y de 10 a 20 cc.; el formiato sódico al 20 % intravenoso de 10 a 20 cc.; el hiposulfito sódico lo creen de acción inconstante; también emplean la insulina.

Para la alcalosis: el ácido fosfórico en forma de limonada de 3 a 6 grs. de ácido al día o bien la preparación oficial conocida con el nombre phosoformo (en gotas) o el ácido ortofosfórico; el cloruro cálcico en inyección intravenosa cada dos días, de 10 a 15 cc. de la solución al 10 %, siendo la acción acidificante bastante marcada; el cloruro sódico en solución al 10 %, 10 cc. diarios, pero como obtura las venas, su interés práctico es poco interesante; el bromuro sódico en días alternos de 5 a 10 cc. de la solución al 10 %; el sulfato de magnesia empleado ya en intravenosas, ya en intramusculares, 10 a 15 cc. de solución al 20-25 %; en cuanto a alimentación en estos casos recomiendan las carnes y las grasas o sea un régimen cetógeno.

Resumen sus datos diciendo que sus enfermos han sido sólo tratados buscando de corregir el desequilibrio y los resultados fueron muy interesantes.

Finalmente, dicen que estos hechos no ponen en duda la sensibilización en Dermatología, pero quitan cierto valor a este hecho dando origen a nuevas hipótesis, por lo que reconocen un gran interés al estudio de este desequilibrio y a la consiguiente modificación del terreno favorable a las lesiones cutáneas, así como a la importancia de los resultados terapéuticos obtenidos.

Pediatría

BRATUSCH (A.) y SIEGL (J.): Tratamiento del raquitismo con leche irradiada. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 30 octubre 1929.

Los autores discuten la profilaxia y el tratamiento del

raquitismo. Dicen que aun cuando el ergosterol irradiado produce efectos buenos y rápidos, puede causar serios perjuicios en caso de usar dosis excesivas. No es apropiado, pues, para profilaxis general. Los autores exponen, después, sus experimentos con la leche irradiada. A ocho niños enfermos de raquitismo, que vivían en habitaciones con escasa ventilación, se les dió leche irradiada. Otros dos que recibieron una cierta cantidad de luz solar y de aire fresco, se alimentaron con leche ordinaria. Unos cuadros gráficos enseñan los progresos observados en cada niño. Se encontró que los niños que habían tomado leche irradiada presentaron mejoría al cabo de una o dos semanas después de haber empezado el tratamiento y a pesar de que vivían en muy malas condiciones, se restablecieron completamente al cabo de seis o siete semanas. De los otros dos niños, que habían vivido en más favorables condiciones, sólo uno mejoró algo, pero de una manera mucho más lenta, que los niños que habían tomado la leche irradiada. El otro niño que después de seis semanas apenas había mejorado, fué sometido, finalmente, al tratamiento de leche irradiada. Entonces la curación progresó rápidamente. De la observación de todos estos casos, concluyen los autores que la leche irradiada con otros agentes antirraquíticos da los mismos resultados que la irradiación del cuerpo con la lámpara de cuarzo, que es más efectivo que el aceite de hígado de bacalao y que si no obra tan rápidamente como el ergosterol irradiado, en cambio es menos peligroso. La leche irradiada tiene no sólo valor terapéutico, sino que también profiláctico; el raquitismo puede prevenirse con la ayuda de varios agentes antirraquíticos. No hay que olvidar, sin embargo, la influencia de un modo de vida higiénica, que presta al cuerpo suficiente poder de resistencia para otras enfermedades más peligrosas, especialmente la tuberculosis.

Cirugía

HURST (A. F.): Resumen del carcinoma gástrico. *The Lancet*. 16 noviembre 1929.

Resumiendo sus conclusiones sobre el origen del carcinoma del estómago, en un promedio de cien casos, el autor dice: En cerca de un 75 por ciento de casos, el carcinoma es consecutivo a una gastritis crónica atrofica; la mayoría con una historia muy corta, presentando casi todos aclorhidria y muchos hipoclorhidria; en cerca de 0,5 por ciento de los casos, el carcinoma es secundario a poliposis del estómago, resultando probablemente de gastritis hipertrófica. La historia es generalmente larga y casi siempre hay aclorhidria; en cerca del 20 por ciento de los casos, el carcinoma es consecutivo a úlcera gástrica crónica. En este grupo están comprendidos una gran mayoría de aquellos que tienen una historia larga, todos los que tienen hiperclorhidria y una curva normal de acidez, alta y casi todos aquellos con promedio de acidez normal. En un 45 por ciento de casos, el carcinoma es secundario a un simple adenoma gástrico. La historia acostumbra a ser corta y no hay nada de característico en la comida de prueba. La forma ideal de profilaxia, habría de ser no sólo reconocer y tratar los estados precancerosos, gastritis crónica y úlcera gástrica, sino prevenir su desarrollo. Las principales causas productoras de ambos estados son idénticas: la presencia en una u otra de las circunstancias constitucionales predisponentes determina la aparición de una de las dos. La profilaxis de esta clase, es de las más sencillas; prevención de infecciones bucales por medio de higiene dental adecuada y frecuente y eficaz tratamiento dental, extirpación de amígdalas sépticas en la infancia y reconocimiento prematuro y tratamiento de sinusitis, complicando infecciones tales como la influenza; comer a horas regulares y masticar bien; evitar los excesos de alimentos crudos, recomendado por algunos naturistas de moda; moderación en el fumar y en el consumo de alcohol. Teóricamente, debería ser posible reconocer y curar las condiciones que predisponen al carcinoma del estómago.