

## REVISTA DE REVISTAS

### Fisioterapia

**PARRY (L. D.) y PFHALER (G. E.):** Resultados de la radioterapia en el cáncer de la mama. *The Journal of the Am. med. Assot.* 11 enero 1930.

Este estudio está basado en 939 historias clínicas, de enfermos particulares, operados por cáncer de la mama hace tres o más años. En el 90 por ciento de casos, la primera señal que llamó la atención del paciente fué un abultamiento, un dolor o una contusión.

El promedio de duración de los síntomas, antes de que los pacientes solicitasen alguna clase de tratamiento, fué de diez y nueve meses y el promedio de tiempo entre la operación y el principio de la radioterapia, tanto en los casos de irradiación, postoperatoria, como en los casos recidivados (646), fué quince meses, demostrando el grupo desfavorable sobre que se basan estas estadísticas.

Es de aconsejar la irradiación pre y postoperatoria, por cuanto su eficacia ha sido probada, teórica, experimental y clínicamente. En los casos avanzados de carcinoma, con invasión glandular, la irradiación pre y postoperatoria da un 46 por ciento de curas de cinco años, mientras que 38 por ciento, del total de casos inoperables, se hacen operables y un 10 por ciento de estos pacientes viven todavía después de cinco años.

El tratamiento postoperatorio fué usado solamente en 242 casos (el 25 por ciento de 939 casos). Continuaban libres de manifestaciones, después de cinco años, el 89 por ciento de pacientes que no tenían participación ganglionar y el 47 por ciento de los que tenían ganglios afectados. De todas maneras, aconsejamos la irradiación postoperatoria, de todos los casos, dentro de las dos semanas siguientes a la operación. Las estadísticas publicadas, presentan un 20 por ciento de curaciones de cinco años, con sólo la operación, en casos de invasión ganglionar, y el 35 por ciento cuando se ha añadido la irradiación.

Tomando en conjunto las buenas estadísticas y las malas, es evidente que la irradiación postoperatoria mejora en un 75 por ciento el tratamiento quirúrgico solo y nuestra propia estadística ofrece casi un 100 por ciento de ventaja.

El carcinoma primario, operable, debe tratarse con irradiación, si la operación está contraindicada, pero, en general, hay que confiar de obtener los mejores resultados combinando la cirugía y la radioterapia, adaptándose a cada caso individual.

### Obstetricia y Ginecología

**GRAFF (E.):** Esterilidad; sus causas, diagnóstico y tratamiento. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 24 octubre 1929.

GRAFF señala que en estos últimos años, la esterilidad ha crecido mucho. Cree que es debido principalmente a la interrupción del embarazo, porque el aborto produce con frecuencia un efecto pernicioso sobre la facultad de concebir. De todas maneras el conocimiento de las causas y el tratamiento de la esterilidad también han aumentado igualmente. Especialmente la insuflación tubaria, se ha comprobado su eficacia, en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. No olvidarse, en el diagnóstico de la esterilidad, de la determinación de la potencia "generandi" del marido. El autor distingue,

en la mujer, una esterilidad primaria y otra secundaria. De las dos causas principales de la esterilidad o sea de la hipoplasia de los órganos genitales y los cambios inflamatorios, la primera es la causa principal de la esterilidad primaria. Muchas veces coinciden las dos causas. El autor describe los síntomas de hipoplasia de los genitales. Respecto a la terapéutica, dice que muchos tratamientos operatorios están contraindicados. La única operación que alguna vez es eficaz es la división del labio posterior del cervix. Los métodos terapéuticos más eficaces son los que se aplican al desarrollo de los órganos hipoplásicos. En los casos poco acentuados, producen un cierto efecto los baños de lodo, el aire caliente, la diatermia, los baños en aguas radioactivas y la administración de extractos de ovarios, tiroides o de lóbulo anterior de la hipófisis. Desde la introducción del método de insuflación ovárica, se ha descubierto que una de las causas frecuentes de esterilidad es la inflamación de los órganos genitales. El autor asegura que el pronóstico es desfavorable en la mayoría de casos con procesos inflamatorios. Otra de las causas frecuentes de esterilidad, son las desviaciones uterinas; la retroflexión se corrige con tratamiento quirúrgico. La esterilidad secundaria es debida, con frecuencia, a interrupciones del embarazo. El autor cree que contribuyen a ello el raspado y la aplicación de tintura de yodo subsiguiente.

Aconseja que el raspado se haga con una cucharilla poco aguda y que no se aplique tintura de yodo. En la discusión del valor terapéutico de la insuflación, consigna que si no hay obstrucción, el embarazo sobreviene en un 15 por ciento de los casos. A veces la obstrucción es eliminada con la insuflación. Casi una tercera parte de estas mujeres se hacen embarazadas en seguida. De los demás factores que el autor considera útiles para combatir la esterilidad, son dignos de mención el cambio de clima y de medio ambiente, el uso de aguas radioactivas, la administración de pequeñas cantidades de tiroides y la interrupción de las relaciones sexuales por largos períodos.

**GAMBAROW (G.):** Acerca del injerto ovárico homoplástico. *Ginecologie et Obstetrique.* Diciembre 1929.

A diferencia del injerto autoplástico de resultados universalmente admitidos, el injerto homoplástico suscita todavía los más variados comentarios.

Las experiencias practicadas en animales gozan de una más perfecta homogeneidad en sus resultados, comprensible por las condiciones de normalidad del animal a experimentar y del injerto.

Algunos casos escogidos de la literatura de esta cuestión al lado de ciertas opiniones de otros autores, dan idea perfecta de la inseguridad del método. La asociación terapéutica en algunos casos seguidos de éxito pone en un concepto de más amplia relatividad la eficacia de la trasplatación homoplástica.

Se funda el autor en nueve observaciones cuyas indicaciones primordiales son la falta absoluta, disminución o en general insuficiencia de la función ovárica en mujeres jóvenes (amenorrea prematura, hipoplasia genital), concomitante con los trastornos de la menopausia anticipada. El injerto lo constituyen dos o tres láminas de 2 a 3 mm. de espesor de tejido ovárico fresco, mantenido mediante una fina sutura superficial. En todos los casos excepto uno, el injerto se

practicó en la pared abdominal. En ninguno de los casos se instituyó tratamiento alguno suplementario.

Del examen de las enfermas, practicado varios meses después de la intervención, deduce el autor sus conclusiones.

En un solo caso vió la aparición de la menstruación (nunca había menstruado) un año después del injerto, la que se repitió 10 veces para desaparecer luego.

Los trastornos de la menopausia desaparecieron o se aliviaron en siete casos durante un tiempo limitado para reaparecer de nuevo; en otro caso, no se observó ninguna variación y finalmente en otro aumentaron.

¿Cómo explicar el éxito sobre estos trastornos, aunque temporalmente? Si se atribuye al injerto un papel de sustitución es evidente que la duración del efecto favorable está en íntima relación a la de la vida del injerto. Si se le considera un factor estimulante para los ovarios de la receptora, conviene reconocer que para este estímulo es indispensable la circulación permanente en la sangre de los productos de secreción del injerto.

Dados los resultados obtenidos por el autor en sus nueve observaciones, considera que los que publican ciertos autores seguidos de menstruación y embarazo son casos excepcionales y que la transplantación homoplástica está indicada principalmente en los trastornos de la menopausia aunque su alivio sea temporal, dado el resultado problemático de la opoterapia ovárica.

**BARON (P.):** Hemorragias umbilicales del recién nacido. *Gynecologie et Obstétrique*. Diciembre 1929.

El autor aporta dos casos de hemorragias umbilicales del recién nacido que no tienen origen en las causas habituales, ligadura insuficiente del cordón o hemorragia de causa infecciosa.

De estos dos casos deduce el autor que existen hemorragias umbilicales que no son ni mecánicas ni infecciosas, sino que sin sentar una teoría absoluta cree que puede dárseles un origen congénito, semejantes a las hemorragias intestinales del día siguiente del nacimiento, debidas a la fragilidad de la arteria umbilical a nivel de la inserción funicular. El hecho de que en una de sus observaciones se había repetido ya en uno de los hermanos del recién nacido parece confirmar esta tesis.

El autor practicó la ligadura en bolsa del ombligo, de eficaz resultado en los dos casos.

**MARTINEZ OLASCOAGA (D.):** Cefaleas de origen hipofisario durante la gestación. *Gynecologie et Obstétrique*. Diciembre 1929.

Conocida es ya, de mucho tiempo, la existencia de cambios anatómicos de la estructura de la glándula hipofisaria durante el embarazo, consistentes en un aumento de volumen de la glándula, a expensas del lóbulo anterior y una mayor vascularización del órgano, en los últimos meses del embarazo.

Este hecho, que los histólogos discuten todavía si se trata de una multiplicación de las células parenquimatosas o del crecimiento hipertrófico de las mismas, lleva anexas desviaciones fisisopatológicas del organismo de las embarazadas, pasajeras y fugaces, o evolutivas y permanentes, llegando a constituir verdaderas entidades patológicas.

Síndromes de acromegalia, aumento de volumen de los dedos de la mano y del volumen de los pies, alteraciones de los rasgos fisonómicos que recuerdan de cerca deformidades acromegálicas; casos de caquexia hipofisaria; el fibroma, molluscum gravidarum; glucosurias y poliurias inspidas durante la gestación; síndromes quiasmáticos con hemianopsia bilateral y ensanchamiento de la silla turca, tienen su explicación, comprobada en algunos casos por la autopsia, en un trastorno funcional de la glándula pituitaria.

Las enfermas embarazadas se quejan con frecuencia de cefaleas. A veces ligera y pasajera, pasa casi desapercibida sin que se haya podido investigar su causa. Otras veces es

tan persistente, que la enferma reclama con insistencia un tratamiento.

Estudiando bien las enfermas puede encontrarse a veces un estado patológico anterior al embarazo que la explique; sífilis, hipertensión, uremia, acidosis diabética, dispepsias, afecciones orgánicas del sistema nervioso, enfermedades infecciosas, etc.; mas otras veces no es así y la anamnesis demuestra que la cefalea aparece durante la gestación y sólo con ella, o que ligera antes, aumenta considerablemente en este estado, de forma insoportable y continua. Es más: esta cefalea suele aparecer en los últimos meses sin que existan anteriormente otros síntomas de toxemia precoz.

Su localización coincide con la que se señala como característica de los tumores y lesiones hipertróficas de la hipófisis, es decir, bitemporal y retro-ocular.

El autor ha obtenido excelentes resultados terapéuticos con la institución de la opoterapia hipofisaria.

Temiendo la violenta actividad del lóbulo posterior por vía parenteral, utiliza la vía gástrica, inofensiva. Ignorando además el tipo de desviación endocrina de la hormona hipofisaria responsable del síntoma, emplea los extractos totales a la dosis de 0,30 grs. a 0,45 grs. de extracto seco por día en dos o tres veces, prolongando la medicación durante varios días, aunque los efectos se hacen notar poco después de emplear el tratamiento.

## Pediatría

**OMBREDANNE:** De la influencia del anestésico empleado en la génesis de los accidentes post-operatorios de palidez e hipertemia observados en los niños de pecho. *Revue médicale française*. Octubre 1928.

En los accidentes de palidez e hipertemia post-operatoria muy a menudo mortal en los niños de corta edad, se ha señalado como factor esencial la anestesia, en especial la anestesia etérea. Contrasta con esta opinión la diametralmente opuesta defendida por OMBREDANNE, partidario de esta clase de anestesia en cirugía infantil, método que continúa empleando, con excepción de aquellos casos que, dada la indole de la intervención, por razones de técnica emplea el cloroformo. Estos casos son los en que las intervenciones recaen sobre la cara y de una manera particular en la operación de labio leporino.

Es, pues, a estas anestésicas clorofórmicas a las que se deben todos los percances ignorados con el éter. Por lo que hace referencia a estos accidentes cita el autor tres casos de muerte, ocurridos en su práctica privada después de la guerra: en un caso de labio leporino operado sin anestesia alguna, en otro caso también de labio leporino operado bajo anestesia clorofórmica, y en un tercer caso de la misma formación congénita, interviniendo bajo anestesia clorofórmica discontinua. Por otra parte, las observaciones de los oto-rino-laringólogos (CANUYT, LE MEE, A. BLOCH y MAKAY) en 20 accidentes, 17 los imputan al cloroformo, 3 al éter y 2 al keleno, y por último, en 20 casos de muerte comunicados a ARMISGEOT, dan las cifras de 9 debidos al cloroformo, 5 al éter, 1 al Schleic, 1 a la anestesia local, y otro sin ninguna anestesia.

Ateniéndonos a las cifras, es indiscutible considerar el cloroformo como más nocivo que el éter.

Pero OMBREDANNE no cree que la elección del anestésico desempeñe un importante papel en la aparición de estos accidentes puesto que también se presentan incluso en los casos en que no ha sido empleado ninguno de ellos.

## Cirugía

**BASTOS ANSART y d'HARCOURT GOT:** Contribución al estudio de la osteítis fibrosa quística. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. Número 462. 1930.

En todos los casos expuestos por el autor parece indudable que el proceso ha comenzado por una medulitis, que ha sido

a su vez la causa de una fibrosis medular y una metaplasia del tejido óseo en fibroso. El proceso ha estado siempre bien limitado por una delgada capa de cortical, que ha sido respetada por la afección.

La medulitis inicial tiene muy verosímilmente de acuerdo con las ideas de PHEMISTER, un origen infeccioso. Se trata generalmente de una infección de muy poca intensidad y su papel parece reducirse al de poner en marcha el proceso determinante de la osteítis fibrosa quística. Es muy probable, asimismo, que en la génesis de este proceso intervenga un trauma. Pero, para el autor, la acción de este trauma es más indirecta, pues se limita a facilitar la localización medular de la infección que supone constante. Sucede aquí algo muy parecido a lo que ocurre en la génesis de los queloides y de la mastitis crónica quística. En un caso y en otro, el proceso especial que caracteriza a tales afecciones sigue su marcha independientemente de la causa que la ha iniciado: Dicho proceso mixto entre infección y tumor se ha designado con el nombre de cataplasia. Los tejidos afectados por tal aberración íntima de sus células son asiento, por un lado, de una hiperplasia análoga a la regenerativa, y por otro, de una metaplasia fibrosa.

Una y otra perturbación, la hiperplasia y la metaplasia, representan por sí mismas una desviación de lo normal suficiente para considerar a la osteítis fibrosa quística como un estado pretumoral. Es evidente que en los focos de esta afección se ha dado el primer paso para la producción de la enfermedad sarcomatosa. De aquí que no parezca muy apropiada la denominación de sarcoides que propone KONJETZNY. Clínicamente, pues, está perfectamente justificado el tratamiento quirúrgico de todos los casos de osteítis fibrosa quística que hace surgir la clínica, ante la posibilidad de la regresión maligna de este proceso, que por sí es de evolución benigna, como es bien sabido.

### Medicina

**SCHWARTZ (A.), AZAM (A.), YOVANOVITCH (M.):** El tratamiento del parasitismo intestinal por el benzo-meta-cresol. *La Presse Médicale*. Número 29. 1930.

El benzo-meta-cresol, de una inocuidad absoluta para el organismo humano cuando es químicamente puro, es un poderoso antihelmíntico y al mismo tiempo, un desinfectante intestinal. Se administra en dosis diarias de 4 a 5 gramos, durante 4 ó 5 días consecutivos en el adulto, y de 2 a 3 gr. en los niños. Varios días de tratamiento con 6 días de intervalo son habitualmente necesarios para desembarazar al organismo de parásitos que le infestan.

Como a desinfectante intestinal, dosis de 1 a 3 gr. por día en el adulto por fracción de un gr., 1 gr. 50, y de 1 a 2 gr. siguiendo la edad, y en los niños, por fracción de 0 gr. 50 a 1 gr. media hora antes de cada comida, son habitualmente suficientes.

Es conveniente seguir esta medicación varias veces, de 8 a 10 días de tratamiento con una semana de intervalo.

**BLANCO (J.) y ALVAREZ FERNANDEZ:** La sedimentación globular en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar. *La Medicina Ibero*. 5 abril 1930.

Por el solo estudio de la Velocidad de Sedimentación no se puede deducir el pronóstico de un enfermo de tuberculosis.

Las reacciones aceleradas son de mucho más valor que cuando son normales, pues implican siempre actividad de lesiones o la existencia de otro proceso patológico que las origine.

La Velocidad de Sedimentación puede dar cifras normales, bien de un modo transitorio y breve, o durante largos períodos de tiempo, y existir en el enfermo extensas lesiones tuberculosas.

Existe un tanto por ciento crecido de enfermos cavitarios bacilíferos, que temporalmente pueden dar Velocidad de Se-

dimentación normal, aun sin estar sometidos a tratamiento alguno.

**CASTEZ (M. R.) y SCHTEINGART (M.):** Indoxiluria e indoxilemia. *Archivos argentinos de enf. del ap. digestivo y de la nutrición*. Número 3. 1929.

La eliminación urinaria del indoxilo varía en el mismo sujeto y con un mismo régimen, de un día a otro e incluso durante un mismo día según las horas, alcanzando su máximo en las horas que siguen a la digestión.

En diferentes individuos sometidos a una misma alimentación, la indoxiluria presenta una intensidad distinta que depende más del estado del colon que de la flora intestinal microbiana y del régimen del sujeto.

Los factores principales que influyen la indoxiluria son: el estado de la mucosa intestinal y el tiempo de retención, sobre todo en el colon ascendente.

No existe ninguna relación entre la indoxiluria y la indoxilemia; se pueden observar indoxilurias muy interesantes con indoxilemias normales.

No existe ninguna relación entre el grado de la lesión renal y la cantidad de indoxilo contenida en la sangre; pueden observarse nefritis avanzadas, con indoxilurias pronunciadas y una indoxilemia normal.

Las indoxilemias intensas se observan en las retenciones azoémicas; existe un paralelo entre las dos, si bien no existe un paralelo constante entre el azoe residual y la cifra del indoxilo sanguíneo.

Los factores principales que influyen el aumento del indoxilo en la sangre, son: la absorción intestinal excesiva, la eliminación renal defectuosa y las perturbaciones del metabolismo proteico.

**MORENAS (L.):** A propósito de la especificidad de la reacción de CASSONI. *Comptes rendus des seances de la Société de Biologie de Paris*. 6 diciembre 1929.

Expone MORENAS dos casos de naturaleza distinta en los cuales la intradermo-reacción de CASSONI se ha manifestado en forma positiva, y aporta algunas consideraciones que pueden redundar en beneficio de los conocimientos, actualmente en boga, de la especificidad de dicha reacción.

Se trata en el primer caso de un sujeto de 28 años afecto de quiste hidatídico de la cara inferior del hígado en el cual la intradermo-reacción se manifiesta francamente positiva. El diagnóstico fué corroborado en la operación practicada algunos días después.

El segundo caso se trata de un armenio de 26 años, que presenta un voluminoso tumor esplénico. La eosinofilia y la reacción de CASSONI positiva, hacen presumir la existencia de un quiste hidático. La intervención demuestra que se trata de una esplenomegalia con precirrosis de tipo enfermedad de BANTI. El análisis de los heces demuestra la presencia de anillos de tenia inermes, y es en presencia de este hecho que el autor deduce las dos siguientes conclusiones:

1.º La reacción de CASSONI positiva parece estar ligada a la presencia de parásitos vivos en el organismo del portador de los mismos. En el primer caso, dos meses y medio después de la supresión de un quiste fértil la reacción no se produce. Además, se sabe que cuando se trata de un quiste hidatídico muerto (aséptico o supurado) la reacción es habitualmente negativa.

Diversos autores, entre ellos GERNEZ, han demostrado que cuando la reacción es positiva después de varios años de la ablación del quiste, se tiene derecho a suponer la presencia en el enfermo de otros quistes pasados desapercibidos en el curso de los exámenes clínicos y de la intervención.

2.º La reacción de CASSONI parece tener una especificidad menos reducida no admitida por los primeros experimentadores. El hecho de que pueda ser positiva en un portador de tenia inermes (caso II) permite admitir la existencia de una especificidad de grupo, y como corolario es necesario delante de un enfermo en observación verificar la investigación de la tenia antes de atribuir a la equinocosis una reacción positiva.