

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

APPELMANS (R.), VAN GOIDSENHOVEN y BOINE (J.): Contribución al estudio de las estenosis del duodeno. *Revue Belge des Sciences Médicales*. Enero 1930.

Las estenosis duodenales son relativamente frecuentes y sus causas son múltiples.

Clinicamente dan lugar a trastornos digestivos y a trastornos generales; éstos suceden a una intoxicación debida al éstasis duodenal.

Radiológicamente se reconocen por la dilatación más arriba del obstáculo; los alimentos se detienen en la parte dilatada y sufren violentos movimientos de succión.

Si los síntomas radiológicos son claros, no sucede lo mismo en el cuadro clínico. Existen estenosis, a veces cerradas, con pocos trastornos digestivos aparentes; la sintomatología está dominada entonces por los signos de intoxicación duodenal: gran adelgazamiento, astenia física y psíquica, cefaleas, etc.

Esto debe hacernos decidir a explorar el duodeno con los rayos X cada vez que síntomas iguales generales coexistan con trastornos digestivos, aunque poco caracterizados.

La sintomatología varía según la causa de la estenosis y gracias a la clínica y a la radiología se puede con frecuencia llegar a diferenciar las diversas variedades.

Como las estenosis duodenales pueden proceder de anomalías cólicas, es interesante examinar cuidadosamente el colon derecho cada vez que la radiología demuestre la existencia de una dilatación con éstasis a nivel del duodeno.

Cuando existen síntomas de periduodenitis con estenosis crónica del duodeno, debe siempre buscarse atentamente la causa de esta perivisceritis. Después de la úlcera duodenal, es el apéndice al que será preciso incriminar con más frecuencia.

Las estenosis duodenales pueden complicarse de hemorragias sin que haya ulceración visible al nivel de la mucosa gastro-duodenal.

La úlcera duodenal o pilórica es una complicación frecuente de las estenosis. En presencia de un úlcus duodenal, será preciso explorar siempre el duodeno, y asegurarse de si el origen de la úlcera no se debe a un éstasis duodenal; en este caso, el tratamiento debe tener en cuenta ante todo esta causa.

El tratamiento médico es útil y debe probarse, sobre todo en las estenosis leves.

Sin embargo, se terminará generalmente por recurrir al tratamiento quirúrgico. Este podrá dirigirse a la causa; en las anomalías cólicas es el único tratamiento razonable.

En casos de perivisceritis será preciso frecuentemente suprimir el foco inflamatorio inicial y además está indicado practicar una derivación, generalmente una duodeno-yeyunostomía.

La duodeno-yeyunostomía es igualmente el tratamiento de elección en las compresiones duodenales por el pedículo mesentérico. El resultado operatorio es bueno y la gravedad de la intervención escasa.

DESPLAS (B.) y DALSACE (J.): Las bilis negras. *La Presse Médicale*. N.º 56. 1930.

1.º Existe un síndrome anatomo-clínico caracterizado clínicamente por trastornos digestivos y trastornos psíquicos, anatómicamente por una vesícula biliar distendida conteniendo bilis negra, con frecuencia aséptica.

El cuadro clínico de estos enfermos ha sido individualizado y descrito por el Dr. CHIRAY.

2.º El drenaje quirúrgico demuestra aquí el origen hepático de la bilis negra.

3.º Entre las variaciones complejas de cantidad y calidad de la bilis recogida se constata una oposición casi constante entre la bilis de noche, mucho más obscura y abundante que la bilis de día. Las otras propiedades de la bilis varían entre grandes límites.

4.º Los enfermos curan por el tratamiento quirúrgico asociado a la cura médica e hidro-mineral.

5.º Estos enfermos no tienen una afección localizada de la vesícula, sino una enfermedad más compleja, enfermedad hepática o humoral.

HAMANT (A.), CORNIL (L.) y MOSINGER (M.): El síndrome abdominal agudo de las secciones fisiológicas de la médula. *La Presse Médicale*. 25 junio 1930.

Las complicaciones viscerales a consecuencia de secciones fisiológicas de la médula, sea por traumatismo sea por mielitis aguda han sido estudiadas atentamente por los Autores, quienes llegan a las siguientes conclusiones:

1.ª Los trastornos abdominales a consecuencia de los traumatismos medulares son frecuentes.

En efecto, al lado de casos donde los síntomas abdominales dominan el conjunto del cuadro clínico (formas graves de evolución frecuentemente fatal), se colocan numerosos casos donde los trastornos abdominales no se imponen y obligan a ser buscados con atención; por esta razón escapan con frecuencia al clínico.

2.ª El síndrome abdominal agudo de las secciones fisiológicas de la médula debidas a traumatismos (conmoción medular, secciones completas o parciales y aplastamientos medulares) o a una mielitis transversal aguda se caracteriza por la coexistencia de trastornos de la enteromotricidad (dilatación gastro-intestinal o enteroespasmos), de la vasomotricidad abdominal (vaso-dilatación) y de la secreción digestiva y urinaria.

3.ª Este síndrome vegetativo es idéntico a los trastornos abdominales que sobrevienen a consecuencia de los traumatismos de la cadena simpática abdominal y de la ramisección lumbar.

4.ª Parece que se pueda establecer un parentesco entre estos hechos y ciertos aspectos de la dilatación visceral abdominal post-operatoria.

5.ª En lo que concierne a su interpretación patogénica, las constataciones anatomo-patológicas del Autor, el estudio del funcionamiento del simpático periférico y la experimentación demuestran en primer lugar que la inhibición traumática de los centros columnares, realizan una verdadera ramisección, lo mismo que la operación de la ramisección (operación simpática pura de LÉRICHE y FONTAINE) no obran, pues, como se está inclinado a creer, por un efecto de hiper-parasimpaticotonía local, ni por un efecto de inhibición simpática pura.

El disfuncionamiento de los centros periféricos autónomos que resulta de ello se hace lo mismo en sentido simpático-tónico que en sentido vagal. Los territorios vasculares o musculares pueden, en efecto, reacciones en direcciones diametralmente opuestas.

Todo pasa en suma como si la liberación de estos centros determinara durante un cierto tiempo una hiperreactividad refleja en su territorio y hasta por difusión en las zonas vegetativas apartadas. Es probable, en fin, que el estado constitucional anterior, local o general, desempeñe un papel en la determinación del sentido de estas reacciones.

SOLER MOLTO (L.): Estado actual y tratamiento de la actinomicosis. *Policlínica*. Número 143.

En el tratamiento de la actinomicosis, el yodo es la base del tratamiento general. El yodo debe asociarse a un tratamiento local, quirúrgico, a los rayos X, a la electro-coagulación.

La medicación yódica no parece ejercer una acción específica. Empleada sola, fracasa con frecuencia al igual que los tratamientos locales que se emplean por separado, son insuficientes.

En todos los casos, la cura yódica debe prolongarse varios meses, parándola por intervalos.

La intervención quirúrgica, muy en boga, debe emplearse únicamente como medio de diagnóstico.

El gran número de resultados obtenidos por la radioterapia asociada al yodo, en el tratamiento de la actinomicosis prueba la eficacia del método en la mayoría de los casos. De ahí se puede sentar la conclusión de que es necesario empezar de este modo el tratamiento de esta enfermedad.

La electro-coagulación, método reciente empleado por RAVAUT, de Saint-Louis, en el tratamiento de la actinomicosis, tiene una acción poderosa y debe ser empleada en los casos rebeldes a todos los tratamientos anteriores.

HEITZ (J.): Sobre el modo de evolución de las arteritis ateromatosas estenosantes de los miembros inferiores. *Archivos de Cardiología y Hematología*. Mayo 1930.

Este estudio deja aparte la arteritis de los miembros tipo Buerger y la arteritis de los diabéticos, que presentan ambas caracteres especiales. Está consagrada únicamente a las arteritis ateromatosas a cuya evolución bastante especial, no se le ha dado hasta la fecha la debida importancia.

La gangrena se presenta raras veces. El estado funcional de muchos de estos enfermos puede permanecer estacionario largo tiempo, y hasta mejorar con los años, a medida que las oscilaciones aparecen más amplias, sin duda debido al aumento de la circulación colateral que compensa el estrechamiento u obliteración del tronco principal. Lo mismo sucede después de las ligaduras de las arterias.

Sin embargo, son posibles las recaídas, debido a nuevas *poussées* de arteritis que sorprenden, sea el miembro primitivamente atacado, sea el miembro opuesto. Estas recaídas no pueden ser previstas, pero pueden sin duda impedirse por el tratamiento. En caso de accidente amenazador, es preciso saber esperar; en la arteritis ateromatosa, es siempre posible una remisión que evite la amputación.

HEREDIA (P.): Diabetes sífilítica; contribución a su estudio. *La Semana Médica*. 12 diciembre 1929.

Para afirmar la naturaleza sífilítica de un diabético, es necesario basarse en los hechos anamnésicos y clínicos referentes al enfermo. La constatación de la sífilis adquirida o de Wassermann positiva, tienen un gran valor para el diagnóstico. La eficacia del tratamiento específico es un criterio de gran valor, aunque su ineficacia no aparte del todo la influencia específica; la sífilis puede producir la diabetes, pero no es una causa habitual de diabetes; no es, por lo tanto, una rareza; a todo diabético que tiene antecedentes o lesiones atribuidas a la sífilis se le debe hacer seguir un tratamiento antisifilítico. Si se obra de otro modo, se comete un error. El tratamiento antisifilítico puede, en muchos casos, curar definitivamente a ciertos diabéticos. En todos los casos de síntomas o de síndromes indefinidos, el médico debe buscar la glucosuria y la hiperglucemia, pues el diabético sífilítico puede presentar los síntomas más variados; es necesario dar importancia, como signo de diabetes al aumento de peso sin causa justificada, sobre todo en gente joven.

VIAR BAYO (J.): La acidosis de los nefríticos. Intervención de los cuerpos cetónicos en su producción. *Revista clínica de Bilbao*. Junio 1930.

El riñón desempeña un papel muy importante en el mantenimiento del equilibrio ácido básico de la sangre y de los humores; interviene en esta función mediante tres principales mecanismos: 1.º, eliminación de ácidos en estado natural; 2.º, utilización del sistema de de las sustancias amortiguadoras y 3.º, formación de amoníaco.

La sangre en estado normal posee una ligera alcalinidad que oscila entre cifras muy estrechas, correspondientes a una concentración en iones hidrógeno (pH) de 7'32 a 7'42.

Las nefropatías con insuficiencia renal se acompañan casi constantemente de una acidosis más o menos acentuada. Para la demostración de esta acidosis ha investigado la reserva alcalina considerándola como más práctica que el examen del pH, por ser más precoz la disminución de las reservas en la acidosis que las modificaciones de la concentración en iones de H.

Múltiples y variadas pueden ser las causas de la acidosis de los nefríticos; retención de ácidos minerales y orgánicos, disminución de bases, hiperventilación pulmonar, insuficiente formación de amoníaco, etc.

Las dosificaciones practicadas por el Autor de los cuerpos cetónicos totales en la sangre de los nefríticos, demuestran un aumento de aquellos cuerpos en casos de deficiente ingreso de hidratos de carbono o de administración de un régimen cetógeno. El elemento retención jugaría probablemente también un importante papel.

La reserva alcalina es un elemento útil para juzgar el pronóstico de las nefritis. En general las cifras más bajas de reserva alcalina se encuentran en los enfermos más graves. Si en un mismo enfermo se investiga repetidas veces la R. A., se comprueba que ésta aumenta o disminuye coincidiendo, en general, con la mejoría o agravación del sujeto.

Se ha pretendido atribuir a la acidosis ciertos síntomas, disnea, hipotermia, somnolencia, etc., pero no creo que esta sintomatología justifique el establecimiento de una forma especial de nefritis, la nefritis acidósica.

El síntoma acidosis no requiere, en general, una terapéutica propia, pues casi constantemente sus variaciones están condicionadas por la nefropatía que la origina y el oportuno tratamiento de ésta modificará aquel estado.

Cirugía

VIDA (J.): El tratamiento de las pleuresías purulentas en la infancia. *Actualidad médica*. Mayo 1930.

El tratamiento de las pleuresías purulentas en la infancia es fundamentalmente quirúrgico.

El método operatorio de elección es la pleurotomía con resección costal, y dentro de ella, los métodos de desagüe llamados a tórax cerrado.

Este tratamiento no debe ser muy precoz, ni demasiado tardío. Se debe siempre preparar al niño para la intervención por medio de toracentesis repetidas asociadas a las inyecciones endopleurales de optoquina, en las pleuresías neumocócicas; de filtrados de caldos vacuna, en las otras formas bacteriológicas. La suero y vacuoterapia general también están indicadas en este tratamiento previo.

En los niños muy pequeños, por debajo de 2 años, y en las pleuresías parabroneumónicas, en las que una intervención puede traer consigo la diseminación de una bronconeumonía localizada, la intervención debe diferirse todo cuanto se pueda y recurrir entonces a las intervenciones de orden médico, cuyos resultados hayan hecho su prueba.

Este criterio abstencionista se debe seguir asimismo en aquellas pleuresías purulentas de leve o mediana intensidad, en las que los métodos médicos pueden dar brillantes resultados. Asimismo en las pleuresías enquistadas y en las pleuresías bilaterales en las que dos toracotomías serían de un pronóstico gravísimo.

En las pleuresías tuberculosas purulentas, raras en la in-

fancia, la intervención está absolutamente contraindicada. En ellas, las punciones repetidas, el óleotórax pueden dar buenos resultados.

De esto se deduce que es necesario, antes de decidirse por uno u otro método de intervención, recurrir al análisis bacteriológico del exudado y a los exámenes funcional y radiológico del pulmón, pues es el estado de éste quien reglará siempre el pronóstico y la clase de intervención a realizar.

LUIS y YAGÜE (R.): Indicaciones del tratamiento quirúrgico en los litiasis biliares. *El Siglo Médico*. Número 3,991.

La disparidad de opiniones de médicos y cirujanos respecto a indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la litiasis biliar, tienen el origen común de sus diferentes puntos de vista y experiencia.

Esta divergencia no puede ser terreno de lucha, sino de relación y convergencia a colaboración activa en bien de los enfermos (Chauffard).

No se establecen las indicaciones operatorias por enfermedades, sino por síntomas o síndromes que comprometen la vida de los sujetos.

Como su intensidad les da gran relieve en el proceso, de aquí que éstos procuren en la clínica los mejores datos orientadores.

A este fin pueden establecerse cuatro grupos de litiasis según que predominen: I, el dolor; II, las ictericias; III, la fiebre, y IV, las dificultades mecánicas al tránsito de lo contenido en el tractus digestivo.

I. *Por el dolor.*—Está indicada la intervención: en las crisis subintrantes con tendencia sincopal (Mongour); en las formas muy dolorosas rebeldes a tratamiento médico, o de expulsión indefinida de cálculos; en la colecistitis aguda grave; en la perforación vesicular en cavidad libre peritoneal y a veces en las circunscritas; en los estados dolorosos acentuados y persistentes por colecistitis crónica y perivisceritis.

II. *Por la ictericia* en la crónica incompleta remitente según su intensidad y la de los fenómenos locales; y en la crónica completa persistente.

El tiempo posible de espera en ésta deberá depender del estado funcional hepático, renal, cardíaco y nutritivo del pa-

ciente. Por ello, balanza, pulso y termómetro procurarán los datos guías principales.

No precipitarse: el enfermo puede curar sin ser intervenido. No diferir: el sujeto puede morir por no haber sido operado en oportunidad.

Precoz, es prematura y cabe ser innecesaria. Tardía, tiene gran peligro.

III. *Por la fiebre.*—En la bilioséptica de temperaturas elevadas, sobre todo si hay dificultades al tránsito biliar; en la empiema vesicular y en toda colección purulenta circunscrita.

IV. *Por las dificultades secundarias al tránsito digestivo,* en las estenosis graduadas extrínsecas del píloro o del duodeno.

Pediatría

BINDSCHEDLER (J.): La distrofia preescorbútica del lactante. *Strasbourg Médical*. 15 mayo 1930.

La distrofia preescorbútica es un estado de hipovitaminosis C caracterizado esencialmente por una disminución o paro del crecimiento ponderal y por la ausencia de los signos escorbúticos clásicos, y accesoriamente, por otros síntomas como: la anemia, disminución de la resistencia a las infecciones, fragilidad vascular, manifestándose sobre todo por pequeñas hemorragias cutáneas.

Esta distrofia faltaba en casi todos los casos de escorbuto sobrevenidos en los niños que han podido ser atendidos en la Clínica en el período que precedía a la aparición de síntomas manifiestos de la enfermedad. Cree, pues, el autor que la distrofia preescorbútica es más bien rara, por lo menos en las condiciones en las cuales se produce el escorbuto agudo.

En los estados distróficos del lactante, la vitamina C ejerce a menudo una acción curativa enérgica y pronta. Sin embargo, el Autor no se cree autorizado para deducir de esta constatación que todos los casos por él referidos pertenezcan al estado preescorbútico, ya que el modo de acción fisiológico del factor C sobre los casos en que no hay carencia en C, deberá ser precisado tanto en el Laboratorio como en la Clínica.