

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

TORRES UMAÑA (C.): Sobre la posibilidad de un tratamiento biológico para la poliomielitis aguda o parálisis infantil. *Revista Médica de Colombia*. Mayo de 1931.

Como resultado de sus experimentos, el autor sienta las conclusiones siguientes:

Los experimentos llevados a cabo confirman que el virus de la poliomielitis anterior aguda epidémica pertenece a la categoría de los filtrables.

Se ha podido demostrar su presencia en el moco nasal de los enfermos y en el líquido céfalo-raquídeo de los animales infectados experimentalmente; pero las inoculaciones hechas con el líquido céfalo-raquídeo de los enfermos, han sido hasta hoy infructuosas.

La virulencia del germen persiste mucho tiempo dentro del organismo infectado, habiendo obtenido inoculaciones positivas con material tomado cinco meses después de iniciada la enfermedad, estando ello de acuerdo con los resultados obtenidos por OSGOOD y LUCAS, KLING, PETERSSON y WERNSTEDT.

Por el contrario, el virus fuera del organismo, parece conservar muy poco su virulencia, y la mejor manera de conservar ésta es someténdolo a una temperatura muy baja. Si no se ha conservado a temperatura muy baja después de treinta días ha podido observar que el virus había perdido su virulencia, contradiciendo la opinión de LUCAS, quien dice que el germen de la poliomielitis es muy resistente. Esta débil resistencia a las altas temperaturas, podría ser una razón para la poca frecuencia de la enfermedad en las regiones tropicales.

De los experimentos llevados a cabo, no se puede deducir nada definitivo sobre los resultados de la terapéutica biológica, sobre todo tratándose de una enfermedad cuyo pronóstico es tan variable, pero se pueden dejar como bases para futuras investigaciones, los siguientes hechos:

a) Que tanto en la clínica como en el campo experimental, la inyección de médula procedente de conejos, produce una reacción general orgánica y parece influenciar favorablemente la marcha del proceso infeccioso.

b) El experimento de la inoculación con diluciones anti-guas de virus, mantenidas en determinadas condiciones, a animales que aparecieron más tarde inmunes, invita a continuar un trabajo experimental en la esperanza de poder realizar una vacunación preventiva por este sistema u otro semejante.

DIMITRI (V.): Hemiplejía pirámido-extrapiramidal, estudio anátomo-clínico. *La Semana Médica*, 13 agosto 1931.

El autor expone un caso muy interesante acompañándolo de abundantes fotografías y preparaciones histopatológicas, y lo resume con las conclusiones siguientes:

1.^a Ciertas hemiplejías con lesión en la vía piramidal, pueden aparecer en la clínica ocultando los signos de piramidismo, especialmente en los casos en que hay además lesiones adyacentes de los núcleos optoestriados. En estos casos, está justificada la denominación de hemiplejía pirámido-extra-piramidal.

2.^a En las hemiplejías pirámido-extra-piramidales el sig-

no de Babinski no se produce, por estar alterados ambos sistemas; como corolario de esta proposición se deduce que para que se produzca el signo de Babinski es indispensable que el sistema extrapiramidal se encuentre intacto.

3.^a La vía "rubro-espinal" proveniente del sistema de neuronas estrío-palidales—que en este caso estaba muy lesionada—ya ha dejado de ser en el hombre una vía hipotética; constatándose su trayecto, en este estudio anátomo-clínico, al nivel del bulbo, en su región retro-olivar y en su tercio externo. En los otros segmentos supra e infra-adyacentes a esta región, ya es más difícil seguirla en su trayecto.

4.^a Las lesiones celulares de las astas anteriores encontradas en este hemipléjico no son frecuentes; especialmente cuando se trata de piramidales puros. El hecho de encontrar los dos sistemas alterados (piramidal y extra-piramidal) hace pensar con otros autores, que por la vía rubro-espinal pasa además un influjo bastante activo que actúa por el trofismo de esas células ganglionares motrices. La gran atrofia que tenía el enfermo se explicaría evidentemente por esa lesión.

WALDORP (Carlos P.): Bordo (C. A.) y Genijovich (S.): Importancia y significado de la llamada tensión media dinámica en la hiperpiesis, la eupiesis, en la insuficiencia cardíaca y en la hipopiesis. *La Semana Médica*, 9 julio 1931.

1.^o La determinación de la T. M. D. tiene real importancia clínica.

2.^o El pronóstico de la hiperpiesis, sin insuficiencia cardíaca, será tanto más favorable cuanto menor sea el valor de la T. M. D.

3.^o Cuando la hiperpiesis se acompaña de insuficiencia cardíaca, su pronóstico es más favorable si la T. M. D. tiende a descender y alcanzar valores normales.

4.^o En los sujetos que presentaron fenómenos de insuficiencia cardíaca con eupiesis, la comprobación de valores normales de la T. M. D. revela buenas condiciones circulatorias.

5.^o Los casos de eupiesis con elevación persistente de la T. M. D. a pesar de la medicación, implican condiciones circulatorias desfavorables, capaces de llevar nuevamente a la insuficiencia cardíaca.

6.^o En la hipopiesis si la tensión M. D. es normal, los enfermos no experimentan fenómenos de orden circulatorio periférico, apareciendo éstos no bien la T. M. D. decae.

7.^o En la insuficiencia aórtica, si el corazón está compensado, la T. M. D. es normal; su elevación es un índice de trastorno circulatorio.

8.^o El acercamiento de la T. M. D. a la tensión máxima, constituye un signo desfavorable de pronóstico.

9.^o Durante la insuficiencia cardíaca, se eleva la T. M. D. y se empujece correlativamente la T. Df.

10. La elevación de la T. M. D. en enfermos que han presentado insuficiencia cardíaca, tiene valor terapéutico y pronóstico.

11. Para los casos de insuficiencia cardíaca que se revelan por lo que se refiere a la presión arterial, exclusivamente por el ascenso de la T. M. D., uno de nosotros (Waldorp) propone la denominación de *éstasis hipertensivo de la mediana dinámica*.