

REVISTA DE REVISTAS

Diagnóstico

BALEN GARCIA (J.): La reacción de fijación del complemento en el diagnóstico de las infecciones gonocócicas. *Archivos de Cardiología y Hematología*. Septiembre de 1931.

Hemos practicado la gonorreacción en sujetos bien diagnosticados, especialmente en lo que se refiere a la ausencia o presencia de infección gonocócica, prescindiendo de los casos dudosos, por lo cual, la mayoría son del sexo masculino. El diagnóstico se basa en exámenes de exudados, sedimento de orina, filamentos urinarios, exploración manual e instrumental de uretra, exploración digital de la próstata y examen bacteriológico del jugo prostático, examen de esperma macroscópico, citológico y bacteriológico, examen de epidídimo y testículo, anexo, etc., etc.; en los casos negativos, repetición de pruebas previa reactivación. Ningún caso de blenorragia aguda o crónica ha sido tratado por vacunas específicas.

Del estudio de nuestro protocolo, podemos sacar las siguientes conclusiones:

- 1.^a Los anticuerpos gonocócicos pueden ser puestos en evidencia por la gonorreacción. La cantidad es muy variable.
- 2.^a La reacción es específica: de 39 casos no gonocócicos, en todos la reacción fué negativa.
- 3.^a Una reacción negativa no excluye infección gonocócica, pero tiene un gran valor en las artritis y epididimitis.
- 4.^a La vacunoterapia gonocócica es capaz por sí de dar reacciones positivas, aunque débiles, desde la tercera semana, que duran hasta cuatro a seis semanas después de suspender el tratamiento.
- 5.^a En seis sueros examinados, que daban la reacción de Bordet-Wassermann fuertemente positiva, y sin antecedentes gonocócicos, ninguno dió gonorreacción positiva.
- 6.^a La perfecta titulación del complemento es indispensable para la gonorreacción.
- 7.^a Entre las técnicas serológicas de Calmette y Masol, y la de Rubinstein, la primera da más reacciones positivas (y además dosifica los anticuerpos más exactamente); ello lo atribuyo a que la dosificación del complemento está más afinada, y a que en la reacción se pone el máximo de antígeno que no tenga poder anticomplementario.
- 8.^a El mejor antígeno es el polivalente formolado, y ello lo atribuyo a la conservación inalterable de las bacterias, pero sobre todo a la renovación de razas; pero como esto sólo es posible a los grandes laboratorios, creo que el antígeno metílico de Jausion, también bueno, está llamado a prestar excelentes servicios. El antígeno de Cohn, quizás por viejo, tiene escaso poder fijador.
- 9.^a Las alteraciones humorales producidas por la fiebre no influyen sobre la gonorreacción.
10. Toda reacción positiva, hechas reservas de los sometidos a vacunoterapia específica, indica una infección gonocócica.
11. El problema de la curación de las gonococias creo no puede resolverlo totalmente la gonorreacción, pues ésta, a veces, es negativa, si llegó a hacerse positiva, antes que el clínico considere curado al enfermo.
12. En las uretritis agudas no complicadas, la gonorreacción, inconstantemente, suele aparecer en la tercera semana para decrecer en intensidad o desaparecer poco después,

aunque persista la infección. En éstas es preferible el examen bacteriológico.

13. En las uretritis crónicas, el tanto por ciento de positivos es bastante elevado, tanto como el que pueda proporcionar la investigación microscópica de gonococos con o sin reactivación. Desde luego, la gonorreacción es superior al espermocultivo.

14. En las complicaciones de la blenorragia, el número de positivos es casi el ciento por ciento.

PEÑA CHAVARRIA (A.), ALBERTO VARGAS (C.): Estudio y modificación de la reacción de ASCHHEIM y ZONDEK. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Bogotá (Colombia).

Los autores resumen su interesante trabajo, que va acompañado de abundantes microfotografías, en la forma siguiente:

Uno de los puntos más estudiados en fisiología en los últimos cinco años ha sido el relacionado con el mecanismo funcional de la hipófisis.

Hay una acción sinérgica entre el hormón del lóbulo anterior de la hipófisis y los hormones de las glándulas sexuales, tanto de la hembra como del macho.

Injectando hormón del lóbulo anterior de la hipófisis a animales impúberes se producen algunos cambios fisiológicos. En el ovario se acelera la maduración de los folículos, se produce la ovulación, y por consecuencia en el tracto genital se aprecia el cambio histológico que caracteriza al estrus. En el testículo se produce una hipertrofia electiva de la glándula intersticial, sin modificaciones de los tubos seminíferos.

Estudiando el sinegismo fisiológico de la hipófisis y de las glándulas genitales, Aschheim-Zondeck descubrieron que en la orina de la mujer embarazada se encuentran dos sustancias originadas en el lóbulo anterior de la hipófisis que ellos llamaron Prolan A. y Prolan B. Injectando la orina de grávidas a ratones impúberes, descubrieron una reacción biológica para el diagnóstico del embarazo que es positiva aun en las primeras semanas de amenorrea.

Aun cuando nuestros resultados se apoyan en un número reducido de experimentos, la reacción de Aschheim y Zondeck nos ha dado un 100 por 100 de resultados positivos en los casos de embarazo en que la hemos investigado.

Haciendo el promedio de los resultados comunicados por más de 16 investigadores, en publicaciones que hemos podido consultar, aparecidas desde el mes de julio de 1928 a la fecha, se encuentra que la reacción de Aschheim y Zondeck es positiva en el 96.4 por 100 en casos de embarazo y es negativa en un 98.1 por 100 en las ocasiones en que éste no existe.

Por nuestras observaciones creemos que el conejo, animal de *ovulación provocada*, es el animal más propio para la reacción de Aschheim y Zondeck. Injectando la orina grávida en conejos impúberes de 10 a 12 semanas de edad, cuando su peso oscila alrededor de 800 a 1.000 gramos, se determinan cambios tan notables en los órganos genitales, que microscópicamente es posible ver los resultados de la reacción, lo cual es de una utilidad enorme para el médico práctico.

Modificando la reacción de Aschheim y Zondeck y poniendo a la coneja una inyección de 3 c. c. de orina grávida,

purificada por el éter, por vía intravenosa, cada 10 ó 12 horas hemos podido abreviar el tiempo de la reacción de 24 a 36 horas en vez de las 100 horas necesarias en el ratón impúber. Esta mayor rapidez en la reacción la hace todavía más útil en obstetricia y en ginecología.

Ginecología

DE LA MATA Y ORTIGOSA (L.): Algo más sobre insuflación tubárica (Tesis doctoral). *Revista Médica de Sevilla*. Julio 1931.

La insuflación tubárica es de gran valor y el método más sencillo de practicar para averiguar la permeabilidad de las trompas.

Para realizar la insuflación tubárica sin riesgos, hay que tener en cuenta las condiciones técnicas y las contraindicaciones clínicas.

Los resultados obtenidos con la insuflación tubárica son de un valor absoluto cuando son positivos.

En el caso de resultado negativo, deberá repetirse la insuflación varias veces antes de considerar las trompas como impermeables.

Siempre que estemos en presencia de una mujer estéril y tratemos de buscar la causa de esta esterilidad, debemos comenzar por hacer la insuflación para explorar la permeabilidad tubárica.

En trompas cuya permeabilidad es incompleta, la insuflación puede llegar a hacerlas francamente permeables.

El tratamiento combinado Diatermia e insuflación debe ser ensayado siempre en los casos de esterilidad con impermeabilidad de las trompas.

Por medio de la repetición de la insuflación, pueden hacerse permeables trompas que no lo eran antes de la aplicación del método.

Podemos, por tanto, considerar a la insuflación como un medio terapéutico de la esterilidad.

La insuflación nos sirve como medio diagnóstico para conocer el momento del tratamiento en que las trompas llegan a hacerse permeables.

Las trompas que por sus grandes lesiones parecían deber estar obstruidas, han sido permeables a la insuflación, no estando autorizadas, por tanto, a decir que son impermeables unas trompas, sin haber realizado antes una exploración buscando directamente su permeabilidad.

Cancerología

GOMES DA COSTA (S. F.) (Lisboa): La acción de la insulina en los cánceres ulcerosos de la piel. *Presse Medicale* número 84. 21 octubre 1931.

El metabolismo relativamente autónomo del tejido canceroso por el poder de selección y de actividad que presenta enfrente de distintas sustancias nutritivas, posee particularidades especiales en relación de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas.

Los mejor estudiados han sido los hidratos de carbono. RONDONI, que ha sido el primero en publicar sus observaciones con este objeto, ha demostrado el aumento de actividad del crecimiento de estos tumores, ya por un aumento en la dieta de hidratos de carbono, o por la inyección de azúcar en los conejos cancerizados por el alquitrán.

WARBURG ha demostrado que en ciertas condiciones el consumo de glucosa por los tejidos cancerosos puede ser setenta veces más grande que en los tejidos normales y es debido a fenómenos de glicolisis.

El problema de la relación entre el metabolismo general de los cánceres y los hidratos de carbono, puede también estudiarse determinando una carencia de hidratos de carbono en los animales o sujetos cancerosos y buscando si la actividad de proliferación del tejido canceroso ha disminuido o se ha suprimido.

En virtud de los conocimientos que demuestran que el metabolismo de los cancerosos presenta analogías con el de los diabéticos, que los trastornos funcionales de los unos y otros son parecidos y que ENDERSEN encuentra analogías en el conjunto de acciones que determinan en el organismo los efectos provocados por el radio y la insulina, dan una justificación, además de otras, de la aplicación de la insulina en los cánceres de la piel.

La acción de la insulina sobre el cáncer experimental ha sido estudiada por numerosos autores con resultados discordantes; WATERMANN y HIRSCH-HOFFMANN obtienen una acción inhibitoria, SILBERSTEIN, FREUD y REVESZ, REISS y POOS una regresión completa de la neoplasia, KATO una disminución de las dimensiones de las metástasis, MUNZER y RUPP una aparición más tardía de los tumores en los animales sometidos al tratamiento insulínico, KOYASACO y YAGI según las especies cancerizadas y los métodos de cancerización empleados han observado una inhibición o una aceleración; BAUER, NYRIY BOBIN no han observado ninguna acción en el desarrollo de las neoplasias. En las experiencias verificadas por estos autores la insulina ha sido administrada por vía interna, esto es, por inyección.

Los autores del presente artículo utilizan la insulina tópicamente, esto es, *aplicación local* en los cánceres cutáneos. Se fundan en que bajo la acción de la insulina las células cancerosas metabolizarán los azúcares, no por glicolisis, sino siguiendo el proceder normal de utilización de los hidratos de carbono.

La insulina determina una carencia de estos compuestos encontrando las células cancerosas en malas condiciones para el desarrollo del proceso neoplásico.

Los tres casos que presentan los autores de cánceres cutáneos tratados por este proceder, han obtenido una cicatrización rápida, incluso en los recidivados y previamente tratados por los Rayos X o radium.

La úlcera neoplásica cubierta de epitelio ha sido examinada al microscopio previa exéresis con el bisturí eléctrico, demostrando que la insulina empleada localmente ha provocado una regresión verdadera del tejido neoplásico, muy manifiesta en la periferia o bordes primitivos de la ulceración.

Siendo, por lo tanto, muy prematuro hablar de la curación de los cánceres de la piel por la aplicación local de insulina, no dejan de ser estos resultados muy interesantes bajo el punto de vista práctico y especialmente porque abren otros horizontes en el estudio del tratamiento de las neoplasias de la piel.

En una nota dicen los autores que este trabajo será publicado in extenso con todas las observaciones en el *Archivo de Patología* próximo a publicarse órgano del Instituto portugués de Oncología.

J. SALARICH

Cardiología

KISTINIOS Y GOMEZ. Sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en los enfermos con pulso alternante. *Presse Medicale*. 8 julio 1931.

Los autores prosiguen en esta ocasión su estudio sobre la acción tonicardíaca de la glucosa asociada a la insulina, cuyas primeras aplicaciones a la clínica fueron expuestas en un anterior trabajo (*Presse Medicale* de 10 de octubre 1930).

Para ello parten del hecho innegable de que las insuficiencias cardíacas acompañadas de pulso alterno, son las que con mayor frecuencia se muestran refractarias a la acción de los tónicos cardíacos habituales; al paso que existen numerosos hechos experimentales que evidencian la aparición de alternancias bajo determinadas influencias hipoglucemiantes.

Los autores recuerdan a este propósito las experiencias demostrativas de SCHAEFFER y BUCNA y las no menos probantes de EDWARDS y IRVINE PAGE en las que se obtuvo una alterancia muy marcada en el perro anestesiado y sometido a

una intensa acción insulínica hipoglucemiante. Finalmente los experimentos de KLEWITZ y KIRCHHEIM demuestran que no solamente la fuerza contráctil del corazón aumenta bajo la acción de la glucosa, sino que esta misma substancia logra hacer desaparecer la alternancia provocada en el corazón aislado del conejo.

La confirmación clínica de estas bases experimentales la han obtenido KISTINIOS y GÓMEZ en diversos enfermos afectos de insuficiencia cardíaca acompañada de alternancia del pulso. En su trabajo, los autores describen tres casos en que la acción del complejo glucosa-insulina se manifestó rápida y eficazmente no sólo sobre los fenómenos propios de la insuficiencia cardíaca, sino también y en forma muy particular sobre el pulso alterno.

El primer caso se refiere a una mujer con manifestaciones de insuficiencia ventricular izquierda consecutivas a una hipertensión arterial de antigua fecha. La segunda observación corresponde a una insuficiencia cardíaca en un corazón miocárdico y finalmente, la tercera observación pertenece a una enferma con insuficiencia cardíaca basedowiana.

En los tres casos, los resultados terapéuticos con la combinación glucosa y pequeñas dosis de insulina fueron siempre superiores a los obtenidos con las medicaciones cardiodinámicas clásicas, tanto en rapidez como en ulterior persistencia.

L. T.

Gastrología

HERNANDO (T.): Alteraciones gastrointestinales en los enfermos endocrinos. Ponencia al Primer Congreso Nacional de Patología Digestiva, Valencia, 1931.

El autor, al final de su interesantísimo trabajo sienta las conclusiones siguientes:

1. Las glándulas endocrinas influyen en el aparato digestivo por los productos que vierten en la sangre, actuando directamente sobre glándulas y músculos, o, lo que es más probable, a través del sistema nervioso vegetativo.

2. *a)* Parece indudable que en el aparato digestivo existen dos hormonas, gastrina y secretina, capaces de estimular respectivamente y de manera específica, la primera, la secreción gástrica, y la segunda, la pancreática, quizá también biliar.

b) Como consecuencias patológicas de la alteración en la secreción de la gastrina, sólo podemos citar la hipoclorhidria de los pilorotomizados, quizá la hipersecreción de los casos de dilatación aguda del estómago.

c) Cuando en los anaclorhídricos falta la secretina, se ha observado por algunos una disminución en la secreción pancreática; pero esto es raro, encontrándose generalmente normalidad o aumento de los fermentos pancreáticos a causa de que existen otros mecanismos nerviosos y humorales de regularización de la secreción pancreática y gástrica.

d) En algunos casos de anaclorhidria creemos puede hallarse favorecido el éstasis y la infección biliar, predisponiendo a la litiasis y colecistitis.

3. *a)* De todas las enfermedades endocrinas, son las del tiroides las que con más frecuencia se acompañan de alteraciones gastrointestinales.

b) En el hipertiroidismo se encuentran: aumento del apetito y de la sed, molestias digestivas variadas, vómitos que pueden tener gran intensidad. Se han visto algunos casos de úlcera gástrica cuyas relaciones con el hipertiroidismo no están bien explicadas.

c) Entre los enfermos hipertiroides predominan los anaclorhídricos; pero puede haber algunos con síndrome de hiperclorhidria.

d) De todas las alteraciones del hipertiroidismo las más importantes son las intestinales. Se pueden observar algunos

casos con estreñimiento; pero más frecuentemente se presenta la diarrea con caracteres variables, a veces ligera; puede acompañarse de un cuadro alarmante. Merecen mención especial algunos casos que se presentan después de los cincuenta años.

e) Esta diarrea en algunos casos es consecutiva a la anaclorhidria; en otros, muy poco frecuentes, a una alteración pancreática; pero no por estos mecanismos se explican todas las diarreas: muchas se atribuyen a una acción directa de la secreción tiroidea sola o juntamente con otros productos (aminas, electrolitos, etc.), sobre el sistema nervioso vegetativo o sobre la misma pared del intestino.

f) En los hipotiroides suele encontrarse inapetencia, hipoacidez y estreñimiento.

4. *a)* Tanto en la paratiroidectomía experimental como en los enfermos de tetania se observan manifestaciones digestivas, entre las que merecen especial mención los espasmos (vómitos, diarreas o estreñimiento, dolores abdominales intensos, etc.).

Todo ello es la expresión de las manifestaciones de la tetania más que de la insuficiencia paratiroidea.

b) Se ha supuesto que la insuficiencia paratiroidea puede en algunos casos ser responsable de la úlcera gástrica y duodenal.

c) Esta suposición se apoya en datos experimentales y clínicos (síntomas tetaniformes en los ulcerosos y alivio o curación de la úlcera por extractos paratiroides).

d) La tetania que se presenta en el curso de las enfermedades del aparato digestivo es probablemente la expresión de alteraciones metabólicas, sin que sea necesaria la existencia de lesiones de las paratiroides.

5. Poco se sabe de la influencia de la hipófisis sobre el aparato digestivo; citaremos la esplagnomegalia y las visceralgias de los acromegálicos; en los que también suele observarse estreñimiento; la hipoacidez con estreñimiento de los enfermos con síndrome adiposo genital y la hipersecreción de los enfermos de diabetes insípida. Agregaremos que la vasopresina ejerce efectos estimulantes sobre la motilidad del intestino.

6. *a)* En el curso de la enfermedad de Addison son constantes las alteraciones digestivas, con síntomas muy variados: inapetencia, náuseas, vómitos, molestias en el estómago, diarrea que a veces alterna con el estreñimiento, etc.

b) La mayoría son hipo o anaclorhídricos; a veces, especialmente en los comienzos de la enfermedad, se encuentra acidez normal y hasta ligeros síntomas de hiperacidez.

c) Experimentalmente, por extirpación de las suprarrenales en animales, y clínicamente en enfermos de Addison, se han encontrado úlceras gástricas y duodenales, con una frecuencia no explicable por pura coincidencia, sin que se pueda asegurar su mecanismo de producción (desarmonía vegetativa, infección, intoxicación).

d) Merecen mención especial los síndromes abdominales agudos, pseudoperitoníticos que se presentan en caso de insuficiencia suprarrenal aguda, o como fenómenos terminales de la forma crónica.

7. *a)* En la diabetes se encuentran, además de la polifagia y polidipsia, diversas alteraciones digestivas, entre las que merecen recordarse las manifestaciones gástricas dolorosas, que casi siempre se deben a la existencia de colecistitis o colelitiasis y los síntomas secretorios; en un cierto número de casos existe hipoacidez, explicable por diversos motivos, y en algunos hiperacidez.

b) La mayoría de nuestros diabéticos eran estreñidos; siguen en frecuencia aquellos cuyo intestino funciona normalmente, y otros cuantos diarreicos. La diarrea se debe en la mayoría de los casos a la anaclorhidria, y muy rara vez a las alteraciones en la secreción externa del páncreas.

c) La insulina ejerce un efecto estimulante sobre la secreción y motilidad gastrointestinales.