

## Revista de Revistas

### Hematología

**CASTEX (M. R.) y SCHTEINGART (M.):** Relación entre la eritrosedimentación y el número de glóbulos rojos. *Revista de la Sociedad Argentina de Biología y Sociedad de Biología del Litoral* (Buenos Aires). Octubre-noviembre 1931.

La relación entre la eritrosedimentación y el número de glóbulos rojos ha sido estudiada por diversos autores sin que se llegue a conclusiones concordantes.

Fahraeus sostiene que la velocidad de la eritrosedimentación es acelerada en las oligocitemias. Gram considera el contenido en fibrinógeno y el volumen celular como factores importantes en la citrosedimentación.

Schumacher y Vogel deducen que se puede concluir más sobre los procesos inflamatorios que sobre el número de glóbulos de la prueba de la eritrosedimentación; Baer y Reis llegan a la misma conclusión.

Morris no encuentra relación entre la velocidad de la eritrosedimentación y el número de glóbulos rojos, leucocitos y hemoglobina.

Rubin y Smith sostienen que no hay relación entre glóbulos rojos y blancos, hemoglobina y eritrosedimentación, pero sí entre el volumen celular.

Schafer encuentra aumento en la velocidad de la eritrosedimentación en los procesos que se acompañan de disminución de glóbulos rojos.

Voge encuentra resultados diferentes del anterior y Geiger comprueba una relación distinta entre los mismos elementos.

Greisheimer, Rayan y Johnson sostienen que existe una relación entre el número de glóbulos rojos y la velocidad de la eritrosedimentación.

Nosotros hemos investigado la relación existente entre el número de hematíes, el contenido hemoglobina y la velocidad de la eritrosedimentación en 100 enfermos de los que 75 son hombres y 25 mujeres.

El número de glóbulos rojos ha oscilado entre 1 y 6 millones y el valor globular entre 0.70 y 1.54.

La técnica empleada ha sido la de Westergreen observando los resultados a la 1, 2 y 24 horas.

De los resultados obtenidos podemos deducir que existe una relación, aunque no constante, entre el número de hematíes y la velocidad de la eritrosedimentación.

En las oligocitemias comprendidas entre 1 y 2 millones y entre 2 y 3 millones por milímetro cúbico, la aceleración en la velocidad de la eritrosedimentación es constante, siendo más pronunciada en las oligocitemias de 1 a 2 millones.

Entre 3 y 4 millones la aceleración se observa en el 80 % de los casos, entre 4 y 5 millones en el 70 % y por encima de 5 millones, sólo en el 40 % de los enfermos.

Los valores globulares bajos y altos se acompañan de aumento de la velocidad de la eritrosedimentación; ello se debe seguramente a que en ambos casos existe un descenso más o menos pronunciado de los glóbulos rojos.

Por lo general no hemos observado relación alguna entre el contenido hemoglobínico globu-

lar y la velocidad de la eritrosedimentación. En un caso de linfogranulomatosis con una oligocitemia intensa la eritrosedimentación se hacía visible a simple vista, llegando a la cifra de 120 en 5 minutos (método de Westergreen).

### Radiumterapia

**RODRIGUEZ F. SIERRA (Leopoldo):** Lupus tuberculoso operado, reproducido y curado por Radium. Folleto publicado por el autor en 21 enero 1932.

No tiene explicación el olvido o la reserva que guardan muchos autores contemporáneos respecto al tratamiento del lupus tuberculoso por el Radium.

Fácilmente se comprende que en la época en que el Dr. M. Danlos de París, que fué el primero en tratar con Radium esta afección y presentar una comunicación a la Sociedad Médica de los Hospitales se tomasen con un poco de duda sus categóricas conclusiones en las que afirmaba que bajo la acción del Radium el tejido lúpico se reemplazaba por una cicatriz blanca lisa y fina, muy superior en todos sentidos a las que hasta entonces se habían obtenido por los demás medios conocidos, y aunque estas conclusiones más tarde fueron confirmadas por otros observadores (Myron Mabsbaum 1914)—Robert Abbe, 1905, y Wikham y Degrais 1910, no faltó quien opusiera sus reparos a este procedimiento nacido de una técnica mal aplicada pero nunca imputados al Radium.

Nosotros desde 1910 no empleamos más que el Radium como tratamiento para llegar a la curación del lupus tuberculoso; claro está que siguiendo una técnica distinta en cada variedad clínica, y tanto los resultados como el procedimiento los hemos dado a conocer en diversas publicaciones y continuaremos con aquellas que nos faltan.

Nuestro amigo y compañero el Dr. Sáinz de Aja, refiriéndose al tratamiento del lupus tuberculoso por el Radium dice entre otras cosas "no conozco tratamiento alguno que en tan poco tiempo logre el éxito que yo alcancé, no en uno, ni en dos casos elegidos, sino en diez o doce lupos hospitalarios de las que siempre pasaron como incurables o de las que estaban dos, tres o

más años en las clínicas hasta ser dadas de alta, muchas veces sin curar o evidentemente empeoradas.

Nuestro compañero y amigo el Dr. Fernández de la Portilla tiene el mismo concepto, que coincide en lo favorable con el nuestro respecto al tratamiento del lupus tuberculoso con el Radium y así todos los que de una manera empírica siguen estos trabajos.

El objeto de estas líneas es presentar un caso de lupus tuberculoso—sacado de los que poseo—en que aparte de otros tratamientos se empleó la extirpación de las lesiones aparentes en su totalidad y reproducido ha sido curado con aplicaciones de Radium sin señal de recidiva hasta la fecha.

Antes de bosquejar la historia de esta enfermedad voy a decir lo que llevo observado respecto a las recidivas tanto de los tratados por Radium, como por otros procedimientos, aun hoy en uso corriente.

Las recidivas que se aprecian en enfermos de lupus tuberculoso tratados por Radium no deben catalogarse como tales; pues si se hizo bien la aplicación nunca se observan en las superficies donde éste actuó; es decir, sobre la cicatriz; sino que aparecen en la periferia del sitio tratado o a distancia y por esta razón se aconseja que la aplicación de Radium abarque la parte enferma y unos milímetros más en derredor de toda la región invadida, sitio probable de lupomas de proximidad no visibles que quedarán destruidos siguiendo esta técnica.

Estos enfermos aun después de tratados deben examinarse con sumo cuidado para que a la inspección no se escapen los elementos primitivos de orden tuberculoso formados por pequeños granos incrustados en el dermis y recubiertos de epidermis, que aislados o aglomerados forman la lesión inicial.

Son más frecuentes las recidivas cuando se utilizan los antiguos medios de cáusticos químicos, galvano, etc., si es que alguna vez se consigue la curación, pues con dificultad se llega a la destrucción de todos los nódulos lúpicos que abandonados se hacen confluentes, aumentan de volumen, invaden los tejidos vecinos y se generaliza la ulceración, llegando a los orificios naturales y propagándose a las mucosas.

Con la extirpación por amplia que sea y aun en regiones donde por su localización parece es-

tar más indicada, vemos alguna recidiva en plena cicatriz como si el bisturí al cortar hubiese hecho una siembra de bacilos tuberculosos en las vías sanguíneas.

Observación núm. 4 432.—Consuelo Gómez Monasterio, de 45 años de edad, soltera, natural de Pendes-Potes, provincia de Santander; no hay antecedentes tuberculosos en la familia; ha tenido seis hermanos; su madre vive y su padre murió de 81 años.

La enfermedad comenzó a los ocho años por molestias en el interior de la nariz, ocasionadas por costras que continuamente se le formaban y que fueron tratadas con pomadas, nitrato de plata, yodo, reconstituyentes, baños de mar y lavados de la nariz con irrigaciones de agua salada. Pasado algún tiempo estas lesiones hicieron su aparición al exterior fijándose en la punta y alas de la nariz, ulcerándola por completo y continuando en este estado hasta el año 1914 que la llevaron a Madrid, ingresó en un Hospital y es operada por un distinguido especialista que le hace la amputación de su porción fibro-cartilaginosa y en el espacio consecutivo de cuatro meses le administra treinta inyecciones de cianuro de oro, sesiones de radioterapia y baños de sol; dándola de alta en el Hospital y regresando a su casa clínicamente curada. Pero al poco tiempo empiezan a iniciarse nuevos brotes, primero en el sitio mismo de la cicatriz y progresivamente en mejillas, párpado inferior, entrecejo y labio superior que invade su mucosa y por propagación la gingival; todo bajo el aspecto ulcero-costroso que muestra la fotografía núm. 1 (1).

Nuestro tratamiento empezó por desprender las costras y limpiar con la cucharila toda la parte de tejido subyacente invadido en piel, haciendo aplicaciones de Radium con placa metálica de superficie plana de cuatro horas, sin más filtro que unas hojas de papel negro; pues en estos casos es necesario utilizar los rayos *beta* del Radium que tienen una acción marcadísima de destrucción y eliminación de estos procesos; es decir, que para llegar a la curación del lupus tuberculoso es necesario producir una radium-dermitis que espontáneamente y sin molestia para el enfermo evoluciona y se extingue en el plazo máximo de tres meses.

(1) Nota de la Redacción: Las 2 fotografías que ilustran el trabajo no las reproducimos.

En el labio superior que estaba muy infiltrado y agrietado y descarnada la mucosa se hicieron las mismas aplicaciones con una hora menos de duración—sesiones de tres horas—y estas aplicaciones no sólo obraron sobre la mucosa del labio sino que también llegaron a la gingival, cicatrizando sus lesiones.

La fotografía núm. 2 está obtenida después de haber transcurrido tres años sin señal de recidiva.

Al tocar este punto no me guía otro deseo que llevar al convencimiento de todos los dermatólogos la afirmación—fácil de comprobar—que hasta la fecha no conocemos medio, ni siquiera que se le aproxime y que con más ventaja luche y triunfe en esta forma de tuberculosis localizada.

## Endocrinología

**OFFERGELD (Heinrich):** Significación de la hormona folicular en el sistema endócrino. *Therapie der Gegenwart*, 1931.

Desde que nos servimos del examen de las secreciones vaginales de las hembras castradas de roedores como prueba de la actividad de las hormonas foliculares, hemos adquirido un método más seguro para juzgar los resultados clínicos alcanzados con ellas. Un preparado de esta índole, valorado en unidades ratón, es el Progynon, al que se refiere el presente trabajo.

Hemos empleado esta hormona folicular, en primer término, para corregir las diversas anomalías de la menstruación. Los buenos efectos y la gran eficacia del Progynon en tales casos han sido objeto de tantas publicaciones que huelga insistir sobre ellos. Nuestras investigaciones pretendían esclarecer hasta qué punto es capaz la hormona folicular de compensar una función ovárica nula o deficiente. Para ello estudiamos su acción en la menopausia y en los casos de inhibición de la función ovárica por operación o irradiación. La rápida eliminación de muchos síntomas con el empleo del Progynon nos indujo a tratar con la hormona folicular otras enfermedades atribuibles a trastornos de la función ovárica. Se estudió la modificación del psiquismo después de administrar hormona folicular. Con el Progynon mejoran a menudo toda suerte

de estados depresivos, de excitación inmotivada y todas las formas de demencia maniaco-depresiva, desde los casos más leves hasta los grandes cuadros melancólicos o maniacos. También se acusa una influencia favorable en la torpeza intelectual, la pérdida de la memoria y de la actividad mental que a veces se observan en la menopausia. Estos resultados son especialmente marcados en enfermas que están próximas a la menopausia o ya han entrado en ella; en tanto que son más lentos en la menopausia artificialmente provocada.

Encierra especial interés la influencia de la hormona folicular sobre la totalidad del sistema endócrino. En muchos casos se aprecia cierta influencia sobre los caracteres sexuales secundarios, que se acusan en las adolescentes y, algo más lentamente, en las mujeres castradas, cuando se administra hormona folicular. Esta hormona folicular se nos presenta también como mecanismo regulador del sistema endócrino en ciertas artritis de origen endócrino, que a menudo se presentan con antelación a la menopausia o como su primera manifestación. Conviene también recordar que encierran análoga significación ciertas formas de eczemas tenaces, rebeldes a todo tratamiento, y el prurito vulvar, pre-menopáusicos o en plena menopausia. Precisamente en estos casos es tan evidente la acción favorable del Progynon, que jamás debiera prescindirse de este preparado en el tratamiento de dichas afecciones.

En los cuadros principales de toxicosis gravídica, la hiperemesis y la eclampsia, se observa en un principio un desequilibrio vago-simpático. Durante el período nervioso de la hiperemesis he administrado repetidas veces y con excelentes resultados el Progynon. También los estados pre-eclámpticos que frecuentemente se observan al final del embarazo pueden mejorar, sin necesidad de restricciones especiales en la alimentación, con el solo empleo de la hormona folicular, hasta el punto de no presentarse convulsiones.

También en los raros casos de libido sexual deficiente, con grave disfunción hormonal, y en enfermas con obesidad endócrina, he obtenido buenos resultados con la hormona folicular.

Indicaremos, por último, la acción desarrollada sobre el estado general: el Progynon estimula la capacidad funcional general del organismo.

Por eso está indicado en todos los casos de debilidad constitucional. Constituye el Progynon para tales enfermas el agente fisiológico de reactivación. Precisamente los numerosos estados de agotamiento en la vida profesional de la mujer, así como ciertas formas de dolor de cabeza, mejoran rápida y considerablemente con el Progynon.

**BROUHA:** La fonction endocrine de l'ovaire. *Bruxelles Med.* 18-X-31, pág. 1.479.

Bajo el punto de vista endócrino, el ovario puede ser considerado como una glándula de doble función. Por medio de la secreción de la foliculina rige todas las manifestaciones de la sexualidad y por la secreción de la luteína hace posible la evolución del embarazo. El ovario es, por consiguiente, no sólo una glándula sexual sino también una glándula de gestación.

Patológicamente pueden presentarse alteraciones por exceso o por defecto de cada una de estas secreciones, dando lugar respectivamente a hiper o hipo genitalismo por alteraciones secretorias de foliculina, y a supresión o a perturbaciones de la gestación-esterilidad, aborto o prolongación anormal del embarazo, por alteraciones secretorias de la luteína.

J. J. ALIER GÓMEZ

## Cancerología

**ROFFO (A. H.):** Roentgenocarcinoma cicatrizado por el radium. *La Prensa Médica Argentina.* 10 noviembre 1931.

El Autor expone el caso de un roentgenocarcinoma desarrollado en el distinguido profesional doctor Lucio O. Aravena, ex Director de la Asistencia Pública, Director del Hospital Fernández y Jefe del Servicio de Radiología del mismo, quien se dedica a la radiología desde el año 1904, en una época en que los conocimientos de la ciencia de los rayos Roentgen estaban en sus comienzos. Después de unas atinadas consideraciones sobre el cáncer de los radiólogos, inserta la auto-historia clínica del Dr. Aravena, acompañada de dos elocuentes fotografías, la primera

de las cuales reproduce el roentgencarcinoma múltiple de ambas manos con el hueso al descubierto en una de las ulceraciones; y en la otra se ven las anteriores lesiones completamente cicatrizadas por radiumterapia.

En resumen, se trata de un roentgencarcinoma que ha tenido una larga evolución: diez años con lesiones precancerosas, atrofia de piel, hiperqueratosis, queratomas; y nueve años con lesiones cancerosas definidas: ulceración y crecimiento infiltrativo. Y en el que los tratamientos efectuados anteriormente: nieve carbónica, alta frecuencia, rayos ultravioletas, fracasaron; cicatrizando rápidamente con radiumterapia, cicatrización que ha permanecido sin modificación hasta la fecha, en que ha transcurrido un año.

J. S.

### Terapéutica

**COBIAN (Ricardo):** El coloide en terapéutica. *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*. 31 enero 1932.

Según resulta de lo expresado en el trabajo, podemos concluir:

a) Que el coloide era poco conocido en cuanto a las razones biológicas de su actividad terapéutica (como lo demuestran las numerosas hipótesis que para ello se han propuesto).

b) Que para explicar sus efectos son suficientes los hechos expuestos, que señalan cumplidamente las ventajas de su aplicación por el médico.

c) Que como se desprende de los trabajos de Lüithlen, los sueros y vacunas, la leche, etc., no deben sus efectos a una acción proteínica, sino más bien a su presentación coloidal, que hace que desarrollen una acción astringente a distancia disminuyendo la permeabilidad anormal de los capilares sanguíneos patológicamente alterados por toda inflamación.

d) Que además de estos efectos anti-inflamatorios y descongestivos atribuidos a todo preparado coloidal (gelatina, almidón, plata coloidal, radio, oro, etc.) poseen los coloides una gran superficie aprovechable para la adsorción de toxinas y otras sustancias perjudiciales del recambio orgánico, para las cuales poseen tendencia

adsorptiva, y que de este modo son eliminadas de la circulación.

e) Que la acción terapéutica que se había comprobado que poseían las pequeñas dosis de medicamento en estado coloidal no responde a un relativo empirismo sino al resultado de su extremada división, que permite numerosas fases de contacto, y por consiguiente una mayor superficie reaccionante, como se desprende del estudio del cuadro de W. Ostwald, que demuestra como una sustancia cuya dimensión es de 1 millonésima de milímetro puede representar una superficie de 6.000 metros cuadrados.

f) Que esta superficie desaparece biológicamente al pasar la sustancia al estado molecular, por transformarse el sistema en homogéneo, es decir, sin fases posibles de separación, y por tanto sin la condición precisa para que se efectúe la adsorción.

g) Que prescindiendo de la importancia de los coloides en los fenómenos de la inmunidad, etcétera, su empleo terapéutico atendiendo a las circunstancias expuestas se encuentra plenamente justificado con exclusión de todo fundamento hipotético.

### Toxicología

**CARRATALA (Rogelio E.) y AGOSTINI DE MUÑOZ (Adelcira):** Tratamiento de la intoxicación estrígnica por el urétano. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 28 enero 1932.

La estriknina, administrada por ingesta, mata en la proporción de un miligramo por kilo de peso tratándose del perro y de diez miligramos por kilo de peso para el conejo. Por vía subcutánea, la dosis mortal para el conejo es de 0 gr. 0006 por kilo de peso y para el perro 0 gr. 00075 por kilo de peso.

El uretano puede considerarse inocuo. Su débil toxicidad se comprueba con la lectura de la tabla respectiva. Solamente fuertes dosis son letales para los animales.

De las propiedades farmacológicas del uretano, los fenómenos hipnóticos y la resolución muscular constituyen lo más llamativo.

Administrado por la vía subcutánea y, especialmente, por la vía endovenosa, se muestra un

excelente antagonista funcional de la intoxicación estrícnica mortal. Esta acción se realiza estando ya establecida la intoxicación o bien previniéndola. La intoxicación determinada por doce dosis mortales de estricnina, inyectadas por vía subcutánea cede a la acción del uretano. Solamente muy fuertes dosis de estricnina, administradas por ingesta, impiden este antagonismo.

### Rinolaringología

**RIVAS JORDAN (Ricardo):** Modificación de la técnica laringoscópica y rinoscópica (1). *La Semana Médica* (Buenos Aires), 28 enero 1932.

Motiva esta breve comunicación a mis distinguidos colegas de la especialidad, una, creo, feliz simplificación de la técnica laringoscópica y rinoscópica de inapreciable utilidad.

Consiste ella, en el uso directo del espejo frío merced a la aplicación de una pasta, que lo pone a cubierto del vapor de agua de la respiración.

La técnica clásica, como sabemos, consiste en calentarlo en la lamparilla de alcohol, lo que tiene entre otros inconvenientes:

- 1.º El de hacer la maniobra compleja y difícil para los no ejercitados.
- 2.º El de tener que repetir la operación a cada instante.
- 3.º El de obligar al enfermo a mantener la boca abierta mientras se calienta el espejillo y se hace la iluminación preliminar de la faringe.
- 4.º El de impresionar a muchos sujetos: niños y personas nerviosas, que temen ser quemados.
- 5.º El de un posible contacto desagradable si el experimentador no está habituado.
- 6.º El del peligro de una llama, donde se manejan cloretilo, éter, algodón, etc.

Mi técnica suprime todos estos inconvenientes.

Aplico al espejillo, con una gasa, un poco de Steamproof o Westminster (2) y lo quito de in-

mediato, por medio de una vigorosa y rápida frotación con el otro extremo de la misma gasa.

El aparatito queda listo ya, brillantísimo e inempañable para el examen. Tiene la técnica que preconizo las siguientes ventajas:

- 1.º Simplifica la técnica laringoscópica.
- 2.º La abertura de la boca y la introducción del espejillo son dos tiempos simultáneos. El enfermo se fatiga menos y el observador trabaja más tranquilo, sabiendo que su espejo no se empañará.
- 3.º El enfermo no teme ser quemado. El médico tampoco puede preocuparse de esta posibilidad.

4.º El espejillo no se empaña por largo que sea el examen, a la par que *queda mucho más brillante* que por el procedimiento del calor.

Terminada la maniobra, el espejillo es colocado en su recipiente habitual o de preferencia en alcohol.

Igual maniobra para la rinoscopia posterior. La ventaja del método que preconizo es indiscutible. La pasta no es soluble en el vapor, como el jabón; es impermeable y por lo tanto, hace que la transparencia sea indefinida.

El procedimiento debe de ser ensayado por todos los especialistas.

Las técnicas clásicas de laringoscopia y rinoscopia posterior, creo, deben de ser ajustadas a este procedimiento.

### Medicina

**GORDONOFF (T.):** El problema de las vitaminas. *Wiener Medizinische Wochenschrift*.

Cualquiera que sea la posición que se adopte respecto a las vitaminas, es indudable que su descubrimiento es uno de los éxitos biológicos más rotundos de los últimos veinte años. Ningún otro como él ha enriquecido tan inesperadamente a la biología, ni ha tomado un vuelo tan rápido. La suma de las publicaciones sobre esta materia, sobrepasa, ciertamente—por lo que a la masa de producción se refiere—todo lo que en el terreno general del saber humano haya visto jamás la luz del día" (FÜRTH). La definición de las vitaminas es aún algo difícil, por cuanto no estamos todavía bien orientados so-

(1) Demostración ante la Soc. de Médicos del Hospital de Niños de Rosario, sesión del 3 de diciembre de 1931.

(2) Pasta que se expende en el comercio, en las casas de óptica, destinada a los anteojos.

bre la naturaleza de la mayoría. Así se halla justificado, que, con STEEP, las consideremos como "compuestos orgánicos, muy extendidos en los reinos animal y vegetal que, a pesar de las pequeñas cantidades en que se presentan en los alimentos, son indispensables para el crecimiento y conservación del organismo animal". Las vitaminas tienen, en primer lugar, una importancia fisiológica-alimenticia, y su presencia en los alimentos es necesaria para prevenir la avitaminosis; una vez declarada ésta, éntrase en el campo de acción del médico. El conocimiento adquirido de la imprescindibilidad de las vitaminas en los alimentos, hace comprensible el que la industria ofrezca sus productos, directamente al público, con una propaganda que a veces excede de lo justo. La designación de los factores vitamínicos por letras, a base de nomenclaturas de distintos sistemas, así como el desconocimiento de los factores y sus efectos, confundían al público, teniendo por consecuencia el que la exageración del principio amenazase en trocarse en lo opuesto. Mas, lo que está permitido al profano, no lo está al médico; éste, en primer lugar, debe saber guardar el justo medio.

El farmacólogo sale ganando en la cuestión de las vitaminas, no sólo por la "standardización" de los preparados vitamínicos a que se ha llegado, sino, principalmente, por la cuestión de su toxicidad, tan discutida en los últimos tiempos.

Recordemos la antigua tesis de la farmacología: "Dosis sola facit venenum", que traducida al español, viene a significar: Entre la dosis terapéutica y la tóxica, sólo hay una diferencia cuantitativa; mas, lo que no surte efectos, tampoco puede ser perjudicial. Pero las vitaminas son activas y, sin embargo, de sus efectos nocivos tan sólo se ha comenzado a hablar en los últimos tiempos, cuando los preparados vitamínicos han inundado el mercado. Las vitaminas obtenidas por los antiguos métodos no eran, evidentemente, en manera alguna dañinas. SCHEER observó efectos nocivos, administrando, con exceso, la vitamina B: los animales presentaban tumores en el bazo. PFANNENSTIEL vió cómo se presentaba la caquexia en animales a los que había administrado cantidades excesivas de aceite de hígado de bacalao. REYHER y WALKHOFF describen lesiones orgánicas y de-

pósitos de cal en los huesos, así como en los medios internos, originados por el empleo de substancias irradiadas. Por el proceso de irradiación se destruyen algunas vitaminas (por ej., la C.). Son muy interesantes las experiencias del Laboratorio de la casa Merck, en las que dosis excesivas de ergosterina irradiada (vitamina D) dieron por resultado la hipervitaminosis. KREITMAR y MOLL llegan a la conclusión de que la vitamina D no es indiferente, en el sentido toxicológico. El Vigantol es un medicamento con un enorme efecto movilizador del calcio (KREITMAYR e HINTZELMANN, WENZEL, FISHL y EPSTEIN), que puede conducir a gravísimas alteraciones. Dichos autores afirman no haberlas observado aún en el hombre, por presentarse tan sólo en dosis muy superiores a la terapéutica. Sin embargo, PFANNENSTIEL pudo comprobar que dichas alteraciones no se manifiestan tan sólo después de haber ingerido grandes dosis de ergosterina, si que también en pequeñas, administradas durante mucho tiempo. O sea, que la dosis terapéutica puede convertirse fácilmente en dosis tóxica. Considerando todo lo expuesto, nos llama la atención el hecho de que, hasta el presente, sólo los excesos de vitaminas *aistadas* han originado efectos tóxicos, asunto en que, por parecerme muy interesante, he intentado profundizar un poco.

En la búsqueda de un complejo vitamínico, tuve que examinar muchos de los preparados vitamínicos del mercado y siento haber tenido que comprobar que, en muchos, falta una u otra de las vitaminas. El complejo íntegro lo encontré en el Vitophós (fabricante: Cristaló, S. A. Thusis). El Vitophós contiene todos los factores vitamínicos, combinados con las sales de Ca. y Mg. del ácido inositaexafosfórico. Con este preparado, efectué ensayos de toxicidad, que duraron varios meses. Para ello empleé ratas ya crecidas, a cuyo alimento (Zwieback y 0,5 c. c. de leche, por rata y día) agregué grandes cantidades de Vitophós. (En una de las series se suministró, a cada rata, hasta nueve gramos de Vitophós por día), sin que se observase alteración alguna, como habían hecho diversos experimentadores con otros productos, en sus ensayos de hipervitaminosis.

En consecuencia, hay que deducir que las vitaminas que se influyen sinérgicamente, pueden también, evidentemente, influirse en un sentido

antitóxico. Si las que lo hacen son las propias vitaminas, u otras substancias que las acompañan en la planta, es, de momento, difícil de decir (piénsese en los efectos antitóxicos de los lípidos, descritos por MUCH), y debe ser objeto de investigaciones ulteriores.

**ROSSI (Arturo R.):** El problema constitucional de la patogenia diabética. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 21 enero 1932.

Fruto de la labor del autor en la Clínica del Prof. PENDE, son las siguientes conclusiones:

La diabetes mellitus, que todos los tratados de patología médica clasifican dentro del grupo de las llamadas enfermedades de la nutrición y en íntima correlación con el clásico artrismo (diátesis artrítica), no es más que un estado de disendocrinia pluriglandular regido por el sistema nervioso vegetativo, desde que está ampliamente demostrada la unidad funcional de este último con todo el sistema endocrino.

Las experiencias realizadas en los laboratorios de fisiología y la serie de observaciones de la clínica que se han venido reproduciendo en estos últimos años a raíz del descubrimiento de la insulina, se han caracterizado y se caracterizan por una discrepancia fundamental en su conclusión, que han contribuido o bien a aumentar el caos reinante, o de lo contrario a asentar como definitivas, conquistas que no son tales; pero, gracias a los progresos de esta nueva orientación que con el nombre de medicina constitucional se han realizado en estos últimos años, por lo que podemos afirmar ahora que tanto la diabetes mellitus, como la diabetes renal, como la diabetes insípida, puesto que en realidad no existe otra forma de diabetes, no son más que los exponentes de un determinado temperamento dinámico-humoral constitucional que la escuela del Prof. PENDE ha asentado definitivamente con los fundamentos expuestos.

A. RIVAS

**CORDIVIOLA (Luis A.):** Sífilis por transfusión sanguínea. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 7 enero 1932.

Las sífilis inoculadas por transfusión hasta la fecha, se han manifestado todas por la apa-

rición de accidentes secundarios, roseola y placas mucosas, que han sido el primer anuncio de la infección. No se ha observado aún en el hombre lo que ha demostrado la experimentación en los animales, es decir, una larga evolución silenciosa que habrá de manifestarse más tarde por lesiones terciarias. En opinión de MILLAN debería cuidarse bien los síntomas pulmonares de estos enfermos, que quizá aparecieran antes que los cutáneos y mucosos, ya que en las sífilis venosas, el pulmón desempeñaría el papel del hígado en las lésiones hereditarias.

En cuanto a la incubación, se creyó que podía ser acortada por la entrada de los treponemas directamente en la circulación, como sucede en la mayoría de los casos producidos por pinchazos o heridas; cuyo plazo es alrededor de 30 a 35 días.

Pero en aquellos de verdadera transfusión es igual que en la sífilis común; es decir: desde el contacto infectante para la aparición del chancro, primera incubación 15 a 25 días; desde el chancro al accidente secundario, segunda incubación 40 a 50 días, total 55 a 75 días como término medio. En la transfusión ha variado de 60 a 75, sólo en un caso se ha reducido a 43.

La evolución y el pronóstico no difieren en nada de las infecciones comunes; sólo que, como siempre es diagnosticada en el período secundario y cuando la serología es positiva, sabemos que son tributarias de un tratamiento más prolongado que aquellas encontradas en la segunda incubación y en el período pre-serológico.

Para evitar la repetición de tales accidentes se necesitan llenar ciertas condiciones:

Para los dadores ocasionales: Examen clínico y serológico efectuado por médicos competentes y lo más próximo posible al momento de la transfusión. El examen serológico por dos procedimientos distintos. Si se cree necesario se efectuará una punción lumbar. Se rechazará si el resultado lo hace sospechoso; lo mismo si es un antiguo sífilítico, por alejado que esté de su último accidente, y cualquiera sea el tratamiento que haya recibido.

En los dadores profesionales: Examen clínico y serológico con iguales precauciones, por lo menos una vez al mes, cosa que será repetida si es posible inmediatamente antes de la transfusión.

A. RIVAS

**POUZET (F.):** Les resultats éloignes de la resection du calcaneum dans la tuberculose (Resultados tardíos de la resección del calcáneo por tuberculosis). *Revue d'orthopedie*, 1930. N.º 37, pág. 627.

**OLLIER**, en una muchacha de quince años que cuyo único foco de tuberculosis conocido radicaba en el calcáneo, con numerosos trayectos fistulosos, practicó una resección subperióstica completa, requiriendo cerca de dos años para curar completamente. Esta enferma ha sido examinada treinta y nueve años después por el autor. El talón aparecía algo encogido y la cicatriz en forma de L estaba profundamente retraída, la piel era normal, la anchura del talón era un centímetro menor que la del lado normal, la longitud del pie estaba acortada en un centímetro y medio y los maléolos estaban unos dos centímetros descendidos; el arco plantar persistía, si bien estaba considerablemente acortado. La palpación del calcáneo revelaba un pequeño nódulo óseo en la inserción del tendón de Aquiles, pero la radioscopia evidenciaba una considerable regeneración del calcáneo.

La función del pie era muy buena, excepto para subir escaleras.

El autor cree que la juventud de la paciente cuando le fué practicada la operación fué un importante factor en la ulterior regeneración del hueso y del buen resultado funcional obtenido.

J. J. ALIER GÓMEZ

**MILLAN (MC.):** Diseases of the Oesophagus (Enfermedades del esófago). *New Engl. Jour. Med.* 1931. N.º CCIV, pág. 104.

A juicio del autor, el método de elección para el diagnóstico de las enfermedades de esófago, es la radioscopia asociada a la ingestión de papilla opaca, por la seguridad y precisión con que se localizan las estrecheces y se determina el tipo de lesión.

Por este procedimiento han sido explorados 921 enfermos para determinar la causa de su disfagia, de los cuales 654 presentaban las lesiones en el tercio superior, 20 en el tercio medio y treinta en el inferior.

De 384 casos de supuesto cuerpo extraño alojado en el esófago, éste fué hallado en 117. El esfuerzo del enfermo para empujar el cuerpo extraño por medio de la ingestión de alimentos sólidos raramente alcanza éxito; y por lo corriente, lo único que se logra es aumentar el traumatismo. En cambio, la ingestión de agua no es perjudicial y tiene mayores probabilidades de arrastrar el cuerpo extraño; de no lograrse así, es preciso proceder a la extracción con la ayuda del esofagoscopio.

Existe una mala tendencia en algunos facultativos, de intentar desalojar el cuerpo extraño por medio del cateterismo con sondas o bujías rígidas, con lo que con harta frecuencia se producen perforaciones y falsas vías que ocasionan la muerte del enfermo, generalmente por mediastinitis.

En estos casos se observa por radioscopia una hinchazón progresiva de los tejidos blandos y la presencia de aire o gas en el espacio periesofágico; otras veces la perforación es producida por el propio cuerpo extraño, dando el mayor porcentaje de perforaciones los casos de deglución de agujas imperdibles.

De 534 casos de lesiones intrínsecas del esófago un 45 % fueron debidas a cáncer; en la mayor parte de los cuales, la primera manifestación fué una obstrucción de corta duración y ya al primer examen la lesión fué tan extensa, que fué imposible la extirpación operatoria estando indicada la gastrostomía.

En un 15 % de los casos vistos la lesión estenosante no era de carácter maligno, sino debida a la presencia de una brida de mucosa; estas bridas pueden ser congénitas o consecutivas a la cicatrización de ulceraciones o heridas de la mucosa; acostumbran a presentarse por lo común a nivel de la hendidura episternal y frecuentemente son muy sutiles. Ocasionalmente ocasionan marcada disfagia y si están situadas muy arriba pueden impedir la penetración del bolo alimenticio en el esófago y la entrada del mismo en la tráquea con las molestias y peligros consiguientes; para descubrirlos es preciso obrar con gran cuidado pues fácilmente se desgarran con el esofagoscopio.

Las estrecheces consecutivas a traumatismos se caracterizan por su contorno liso a la radioscopia y por la dificultad de dilatarse debido a estar formadas por tejido cicatricial.

En sujetos de 50 a 60 años, no histéricos y sin antecedentes de disfagia, que súbitamente habían presentado imposibilidad de deglutir ni aun líquidos, recobrando en dos o tres días gradualmente la facultad de ingerir alimentos, por radioscopia se observó una obstrucción completa en el principio del esófago, el bario llenó el segmento piriforme de esófago que quedaba por encima de la obstrucción y rezumó hacia la tráquea. Se pudo descartar en absoluto toda parálisis de los músculos de la deglución.

En ningún caso se observaron lesiones tuberculosas ni sifilíticas.

Las úlceras, se presentan generalmente en la parte baja del esófago y se encuentran asociadas corrientemente a fenómenos de espasmo.

Se agrupan bajo el nombre genérico de cardiospasmo una serie de lesiones de carácter no maligno que producen obstrucción en el extremo bajo del esófago; esta clase de lesiones fueron apreciadas en un 20 % de dos casos registrados. La historia que generalmente presentan estos enfermos es la de una obstrucción esofágica crónica que presentaron a partir de los treinta años. Por radioscopia presentan invariablemente un esófago dilatado y alargado con rotación hacia la derecha y enroscado en su parte inferior.

En veinte casos la obstrucción era producida por compresión externa, que en la mayoría de los casos eran responsables los tumores del tiroides.

En otros treinta y un casos se comprobaron bridas estenosantes producidas por quemaduras que en su mayor parte estaban localizadas a nivel del arco aórtico que forma relieve en la pared anterior del esófago.

La parálisis de los músculos de la deglución se evidencia con un cuadro característico, debido a la imposibilidad de formarse el bolo encima de la lengua; la papilla de bario se derrama por los lados en vez de permanecer en el dorso, y el paciente eleva la cabeza para que la gravedad impulse la pasta hacia abajo, ya que no puede impulsarla con la lengua, pero debido a que el esófago continúa cerrado, pasa a la tráquea.

En ninguno de los casos observados existía parálisis de la musculatura esofágica o del diafragma causando obstrucción.

Se observaron los dos tipos corrientes de bol-

sas esofágicas; por pulsión, en la pared posterior un poco por debajo de la altura del cricoides, en el punto débil y por tracción, en el tercio medio del esófago.

J. J. ALIER GÓMEZ

## Cirugía

**SHANDS:** The Regeneration of Hyaline Cartilage in Joints: An experimental Study (Estudio experimental sobre la regeneración del cartilago hialino articular). *Arch of Surgery*, 1931. N.º XXII, pág. 137.

El autor explica sus experiencias practicadas en catorce perros a los cuales se había sometido a varios traumatismos en las articulaciones, secciones, magullamientos, etc., y que fueron sacrificados de una a doce semanas después, habiendo sido examinados micro y macroscópicamente.

En algunos ejemplares que habían sido privados de las capas superiores del cartilago, se observó de cuatro a ocho semanas después por examen microscópico reparación de la pérdida de substancia. En otros, en los que la lesión se extendía hasta el hueso, se observó evidente regeneración, con presencia de células fuertemente teñidas, grandes y multinucleares células cartilaginosas, de cuatro a doce semanas después del traumatismo.

En otros animales en los cuales la lesión alcanzaba la porción subcondral del hueso, después de doce semanas presentaban una formación fibrosa que contenía células cartilaginosas. En cartilago magullado por golpes, a las cuatro semanas quedaban solamente pequeñas o poco considerables señales y los cortes practicados en el extremo del cartilago revelaron una regeneración de los dos cartilagos, fibroso e hialino.

En pruebas realizadas en la articulación de la rodilla, se vió que el proceso de reparación variaba algo según las diferentes regiones. La reparación cartilaginosa era aparente en la rótula en tres casos entre ocho; en los cóndilos femorales en cuatro entre catorce; y tres entre dieciséis en el canal condíleo; en el espacio intercondíleo en un caso entre diez y dos entre once en la superficie articular de la rodilla.

La discutida membrana descrita por encima del cartilago articular que podria llamarse pericondrio, fué hallada en cuatro de los cincuenta y nueve cortes correctamente practicados por el autor; en otras veintiséis preparaciones se comprobó su presencia en el borde del cartilago y no fué hallado en las porciones centrales que sufren el peso que gravita sobre la articulaci6n.

La mejor evidencia de regeneraci6n del cartilago hialino se veia claramente después de las doce semanas, siendo pequena todavía dicha tendencia a las cuatro semanas. El orden de reparaci6n de tejidos fué: fibrina, tejido de granulaci6n, tejido conectivo, tejido conectivo cartilaginoso, fibrocartilago y cartilago hialino.

J. J. ALLER GÓMEZ

**MARTINDALE:** The treatment of Cancer of the Breast (Tratamiento del c6ncer de mama). *The Lancet*. London, 1931. N.º CCXX, pág. 229.

El autor cree que los resultados del tratamiento operatorio del c6ncer de mama pueden ser mejorados por medio de una proporcionada radioterapia post operatoria. Expone adem6s que mientras la t6cnica quirúrgica ha alcanzado, en este terreno, su mayor desarrollo, la radioterapia est6 todavía en sus comienzos.

Encarece la conveniencia de una operaci6n precoz, mientras el tumor est6 todavía localizado en la mama, con la extirpaci6n de la gl6ndula junto con la aponeurosis, m6sculo o m6sculos pectorales, tejido adiposo y ganglios linfáticos.

La radioterapia se empezará a más tardar de la tercera a la séptima semana después de la operaci6n. En todos los casos avanzados se colocarán tres o cuatro agujas de radium en los espacios intercostales tercero, cuarto, quinto y sexto, para intentar la destrucci6n de células metastásicas que pudiesen hallarse en grupo mamario interno de ganglios linfáticos.

En los casos inoperables est6 indicado el tratamiento por radium y por los rayos X.

La castraci6n por los rayos X para influir sobre el desarrollo de las neoplasias de localizaci6n mamaria no ha sido practicada por el autor.

El éxito del tratamiento depende más de las

particularidades de cada caso y de la prontitud con que se asocie la radioterapia, que del tipo de crecimiento.

Una radiosensibilidad marcada no indica una facilidad curativa esencial.

J. J. ALLER GÓMEZ

**LAWRENCE (Jacques):** Secondary plastic repair of the common duct (Reparaci6n plástica secundaria del colédoco). *Surgery, Gynecology & Obstetrics*. Junio 1931. Pág. 1,151.

Mucho se ha hablado y escrito acerca de los métodos para reparar los conductos hiliares heridos en el curso de una intervenci6n quirúrgica; y mientras se han expuesto multitud de técnicas para la reparaci6n de la continuidad de los conductos, no se ha tratado de resolver la dificultad que representa el encontrar y aislar los cabos a suturar, lo que requiere una larga y penosa disecci6n, con sus inherentes peligros para el enfermo, y no raras veces es preciso abandonar la tentativa sin haber logrado coger los dos extremos del conducto seccionado, por lo que unas medidas que permitan unir fácil y rápidamente los extremos seccionados deberán ser bien recibidas.

El acercamiento del extremo proximal del conducto seccionado se hace por lo corriente siguiendo el trayecto fistuloso formado, lo cual se facilita por medio de una inyecci6n de un líquido colorante o por la introducci6n de sondas o catéteres; pero por desgracia no siempre estas prácticas guían hacia la verdadera boca del conducto herido. Por otra parte, la secci6n de tales conductos generalmente es visible y adem6s rezuma bilis, la cual es una bilis "hepática", clara, amarilla, a menudo escasa, que si bien es fácilmente reconocible su presencia en las gasas, prontamente deja de verse al despararramarse por los tejidos; por lo que el autor cree preferible intentar hacerla más visible para aumentar así las probabilidades de hallar el orificio de salida.

El color de la bilis puede ser fácilmente cambiado por medio de la administraci6n sistemática de varios colorantes que son eliminados más o menos selectivamente por el hígado, lo cual también ha sido empleado como prueba del funcionalismo hepático.

Después de muchas pruebas en animales se ha adoptado para el uso indicado el indigo carmín por su eficacia, atoxicidad y la prontitud con que es eliminado por la bilis, con el consiguiente cambio de color de dicha secreción, que destaca perfectamente de los demás tejidos con el color azul verdoso que adquiere.

Además, en casos de mala eliminación por parte del riñón, pueden aumentarse considerablemente las dosis de colorante sin perjuicio para el enfermo, como demuestra el autor, anotando la historia de una enferma así tratada, y cita además en apoyo de este aserto las opiniones de CHRZONSZCZEWSKY y VOELKER. El tiempo que tarda en aparecer la coloración en la bilis puede variar considerablemente, pero normalmente aparece a los 18-25 minutos de la inyección y continúa durante de 55 a 120 minutos. KUSZNEZOW ha elaborado unas curvas de eliminación en casos normales y patológicos, de los que hemos entresacado los tiempos anotados.

Otra aplicación del procedimiento de coloración de la bilis consiste en usarlo siempre que deba operarse sobre el sistema vásculo biliar, pues una sutura imperfecta, una ligadura aparentemente perfecta o unos conductillos poco visibles seccionados producen un derrame de bilis, que de no ser advertido rezuma hacia la cavidad peritoneal con los peligros consiguientes, y con la bilis coloreada es mucho más fácil advertir estas involuntarias imperfecciones de técnica, si se tiene la precaución de dejar un drenaje en la herida o verlo directamente al tiempo de la intervención.

J. J. ALIER GÓMEZ

**MORRIS (L.)** Trigeminal Neuralgia. The Anatomy of the Hartel's Technique (Neuralgia de trigémino, Anatomía de la técnica de Hartel). *The Lancet*, London, 1931. N.º CCXX, página 122.

El autor recaba para esta Intervención una técnica sumamente especializada para la operación, a su juicio de elección, de HARTEL, de inyección de la región del ganglio de Gasser, y cita a este propósito argumentos clínicos y anatómicos en favor de la inocuidad de la punción

y la facilidad con que puede ser localizado con seguridad y precisión el agujero oval si se conocen convenientemente la superficie infra temporal del esfenoides y la superficie externa de la apófisis pterigoides.

Cree el autor que siguiendo la vía "horizontal alta" de HARTEL no se alcanza con la inyección de alcohol el propio ganglio de Gasser, sino su raíz sensitiva con lo que se consigue hacer definitivo el efecto de la inyección.

J. J. ALIER GÓMEZ

**DELFOR DEL VALLE:** Consideraciones técnicas y clínicoquirúrgicas sobre la gastroenterostomía. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 7 enero 1932.

En este trabajo el autor analiza algunos de los puntos esenciales de esta operación, desde un punto de vista general, en su faz técnica, y especialmente en su aplicación como tratamiento del úlcus gastroduodenal, basándose en más de un centenar de operaciones y con una experiencia de más de 18 años de cirugía gastrointestinal, haciendo las conclusiones siguientes:

La gastroenterostomía es una operación al alcance del cirujano práctico.

Puede ser una operación de urgencia en estenosados del píloro.

Las técnicas de VON HAEKER y MOINIHAN, dan invariablemente, muy buenos resultados funcionales.

Operando en medios adecuados y con una racional selección de los enfermos, su mortalidad puede ser reducida del 1 al 2 %.

Es una operación mucho más fácil y más benigna que la resección gástrica, por cuanto ella se realiza siempre lejos de las lesiones focales, que no obligan a disecciones o extirpaciones alejadas del foco, como en la gastrectomía.

La perfecta hemostasia de las suturas en la anastomosis, asegura por sí sola la mayor parte del éxito operatorio inmediato, evitando el *shock*, la gastrorragia, los desequilibrios ácido-básicos, la sepsis local y los malos funcionamientos de boca de los primeros días.

A. RIVAS

### Dermatología

**WRIGHT (A. D.):** The Treatment of Indolent Ulcer of the Leg (Tratamiento de las úlceras tórpidas de las piernas). *The Lancet*, London, 1931, n.º CCXX, pág. 457.

En opinión del autor, las úlceras tórpidas de las piernas se presentan cuando el equilibrio vascular está perturbado, lo que puede ser producido por trabajos que requieran larga permanencia de pie, embarazo, obstrucción venosa o linfática, traumatismos graves, anquilosis articulares, alteraciones seniles de los vasos, varices, enfermedad de Bazin, disposiciones individuales (talla elevada, obesidad)

Y recomienda para el tratamiento de la afección:

Corrección de las malas condiciones hidrodinámicas venosas por medio de un vendaje de esparadrapo aplicado directamente sobre la piel, úlcera o eczema, que abarque desde los dedos del pie hasta la rodilla.

Abstenerse en absoluto de todo tratamiento tóxico de la ulceración.

Injertos en las úlceras muy extensas, para apresurar su curación.

Inyección flebotómica de las venas varicosas.

El uso permanente de una protección como la funda de Unna o el vendaje resinado de Klebro.

J. J. ALIER GÓMEZ