

Revista de Revistas

Congreso Internacional de la Litiasis biliar

Resumen de las comunicaciones

(Conclusión)

Secuelas de la colecistectomía: GALLART-MONÉS (Barcelona).

Los colecistectomizados por litiasis, no ven desaparecer sus molestias; a) por formación de nuevos cálculos en las vías biliares; b) porque, ultra su litiasis, estaban afectados de otra lesión que pasó desapercibida; c) por persistencia de alguna lesión orgánica coledociana o pancreática, casos muy excepcionales; d) por una serie de causas que hasta el presente no conocemos.

El papel de la perivisceritis en la producción de los fenómenos dolorosos, debe aceptarse sólo con mucha prudencia.

Lo mismo podemos decir de las hepatitis secundarias.

Creemos un error buscar las causas de los sufrimientos post-operatorios, en un trastorno local.

La litiasis biliar es una discrasia en la que las glándulas endócrinas, perturbando el metabolismo, son factor primordial. El hígado no tiene, evidentemente, más importancia que estas últimas en la producción de la enfermedad.

La infección juega un papel de primer orden en las manifestaciones litíasicas, sirviendo de revelador de casos, que, sin su concurso, permanecerían latentes.

La secreción interna y externa del páncreas en los colecistectomizados: ROCHA (Barcelona).

En investigaciones practicadas en 12 colecistectomizados, entre los 3 meses y un año después de la operación, en los que hemos verifi-

cado las pruebas de la glucemia provocada para desdeterminar el estado de la secreción interna del páncreas, así como las pruebas de la lipasa pancreática de Chiray y de Rona (lipasa duodenal y lipasa sanguínea respectivamente), no hemos encontrado un porcentaje significativo en cuanto a uniformidad, para deducir que el páncreas de esos operados haya sido influenciado, de modo permanente, en el sentido de un déficit funcional.

Contribución al estudio de la litiasis biliar, por la dosificación de la colesteroína de la sangre: J. BARBERÁ (Barcelona).

La mayor parte de enfermos de colelitiasis tienen hipercolesterinemia (en 2 casos, había una ligera hipocolesterinemia).

No hay paralelismo entre la retención de la colesteroína y la de los pigmentos y sales biliares.

Estas observaciones han sido hechas ya por otros autores (CHAUFFARD, GRIGAUT); podría interpretarse esta falta de paralelismo entre la retención de pigmentos y sales biliares y la de la colesteroína, del mismo modo que nosotros interpretamos las icterias disociadas, es decir, haciendo intervenir igualmente en estos casos, una acción activa de la célula hepática.

La kerafinoterapia auxiliar de la diatermia en las colecistitis dolorosas: Marcel JOLY (París).

Las kerafinas, mezclas de parafina dura, resinas y sales radioactivas, obran como la diater-

mía, a la vez por el calor y por las vibraciones celulares (de origen electrónico en lugar de eléctrico). Se pueden, sin el más pequeño peligro de quemadura, aplicarlas sobre la piel a 60° con pincel o aun a 100° mediante un pulverizador especial. Ningún procedimiento de envoltura húmeda, de cataplasma, o de emplasto cualquiera, puede comparársele.

La electropirexia en las afecciones hepato-vesiculares: R. FRIEDMANN, A. HALPHEN, J. AUCLAIR (París).

Una diatermia un poco especial se obtiene por el empleo de ondas cortas, la cual presenta como ventajas:

- 1.º La supresión de los contactos con la piel.
- 2.º Un calentamiento selectivo del tejido hepático.
- 3.º La posibilidad de una acción térmica profunda más intensa, creando una fiebre artificial. De ahí su nombre de electropirexia. Aunque muy reciente, este método se muestra extremadamente eficaz en los tratamientos hepato-vesiculares, y, en particular, en la colecistitis litíásica, secuelas de colecistectomías, cirrosis hipetróficas...

Son innumerables las investigaciones que se están practicando.

Algunas observaciones sobre el tratamiento de afecciones de la encrucijada subhepática por la fisioterapia: DELHERM y MOREL-KAHN (París).

Los autores recuerdan que, desde 1900, APOSTOLI había empleado la diatermia contra el síntoma dolor y que este modo de tratamiento es desde mucho tiempo utilizado con éxito en las afecciones abdominales. En lo que concierne a los trastornos de la encrucijada subhepática, los autores utilizan esencialmente la diatermia: 1.º En las colecistitis crónicas; 2.º En las perivisceritis, tan a menudo debidas ya a una infección, aunque sea discreta (debida por ejemplo a una colecistitis crónica), ya a un traumatismo quirúrgico (aun después de una intervención discreta y aséptica).

Insisten en la necesidad de un tratamiento regularmente seguido y en la importancia que pueden tener las series espaciadas de trata-

mientos, verdaderas curas fisioterápicas, para mantener la curación.

Dan cuenta los autores de 10 casos recientes de colecistitis tratados, con un solo fracaso, quedando 4 muy bien y 5 mejorados; y 15 casos de perivisceritis (11 de estos enfermos habían sufrido muchas intervenciones), con 1 fracaso, 6 enfermos muy mejorados, 8 mejorados.

Documentos radiográficos acerca la patogenia del cólico hepático: PETRE NICULESCO y BANUK (Iassy).

La patogenia del cólico biliar representa un problema que sólo incompletamente es resuelto.

Si la gran mayoría de los autores admiten una contracción de la vesícula, otros hay que creen que la vesícula es distendida y aumentada. Basados en recientes progresos de la técnica radiográfica de las vías biliares, hemos pensado que es solamente el empleo de estos procedimientos objetivos lo que puede elucidar la cuestión. En los dos casos que se presentan, se ha logrado radiografiar la vesícula antes, durante y después del cólico, para precisar, comparativamente, las modificaciones que ha sufrido. Se ha comprobado, en el primer caso, una contracción completa de la vesícula biliar; en el segundo caso una contracción bastante acentuada. Estos primeros documentos radiológicos demuestran lo bien fundada que estaba la antigua opinión clásica sobre el cólico.

De la necesidad de un examen radiológico completo del tubo digestivo en todo litíásico biliar o considerado tal: R. DILLENGUER (Vichy).

Este examen se propone un triple objeto:

1.º Indagar los signos indirectos de la colecistitis.

2.º Aprender en sus diversas modalidades la repercusión sobre el funcionamiento del aparato digestivo, de una litiasis que origina a menudo trastornos secundarios graves, exigiendo una conducta y una terapéutica especiales.

3.º Descubrir tales lesiones que evolucionan junto con la litiasis, o quitarles su máscara.

Sólo una averiguación radiológica extensa y minuciosa, acertadamente completada por la colecistografía, orienta o precisa el diagnóstico clínico.

Radiografías vesiculares antes y después de un tratamiento específico de la liliasis biliar: Marcelo JOLY y Pablo HÉBRAUD (París).

La ingurgitación de una cierta droga actualmente en boga, da a los litiásicos la ilusión de que expulsan sus cálculos. Por consiguiente las concreciones que se encuentran en las materias no son más que jabones alcalinos, y los cálculos se quedan en su sitio.

Los autores muestran de ello un ejemplo con radiografías tomadas antes y después de esta cura: los cálculos vesiculares son después absolutamente idénticos en cuanto a forma, volumen y emplazamiento a como estaban antes.

Anhematosis y litiasis biliar: PESCHER y J. HERY (París).

Los autores hacen de la anhematosis una de las causas esenciales de la litiasis biliar y consideran el adiestramiento espiroscópico como el único tratamiento eficaz de este estado mórbido.

Endocrinología

BRUNELLI (B.): ¿Extractos glandulares totales u hormonas puras? "*Giornale del medico pratico*", año XIV, n.º 4, 1932.

Empieza el autor observando que a la opoterapia se ha aplicado un criterio idéntico al que ha presidido la valoración terapéutica de plantas y drogas: descubiertas una o varias sustancias químicamente definidas y con efectos clínicos comprobados, se ha pretendido atribuir a dichas sustancias todo el valor terapéutico de los extractos correspondientes. Si actualmente se ha reaccionado ya contra este modo de apreciar el valor de ciertas drogas—opio, etc.—con mayor motivo se ha de reaccionar en igual sentido en opoterapia. Pasa luego a discutir este problema, primero desde el punto de vista de la opoterapia general, y luego particularmente en las opoterapias tiroidea, pancreática, suprarrenal y ovárica.

De la opoterapia en general.—Según SCHEFFLER y otros autores, una glándula endócrina puede aparecer como insuficiente funcional, cuando: 1.º el medio ambiente no proporciona las sustancias hormonógenas necesarias para ser transformadas en hormonas por las células hormoníparas; 2.º estas células hormoníparas

se han hecho incapaces de fijar y transformar las sustancias hormonógenas proporcionadas por el medio ambiente, en hormonas. De tales hipótesis cree el autor más racional la segunda, y parte de ella para establecer su concepto del mecanismo de acción de la opoterapia: aun cuando las células hormoníparas se hayan hecho incapaces de transformar en secreción endócrina normal las sustancias destinadas a esta transformación, estarían todavía en condiciones de prestar el pequeño esfuerzo fisiológico para transformar sustancias bioquímicamente muy próximas a ellas, como son los productos opoterápicos. Por consiguiente, la opoterapia no obraría proporcionando hormonas al organismo, sino dándole sustancias fácilmente transformables por las glándulas deficientes.

Corolario obligado de este concepto, es que la opoterapia puede considerarse como un caso particular de la nutrición, y como a tal se dirigirá a facilitar al organismo sustancias hormonógenas en vías de transformación hormonal, facilitando así el trabajo de las glándulas deficientes. Así como para la nutrición proteica no deben darse aminoácidos puros, sino carne u otras proteínas, para suplir la deficiencia de una glándula endócrina, tampoco hay que dar únicamente sustancias artificialmente aisladas, químicamente definidas y dinámicamente estables.

Como regla general, de los diversos métodos utilizables (injertos, ingestión de glándulas frescas, ingestión o inyección de extractos totales) el más práctico y eficaz es este último (único que puede denominarse con razón opoterapia), a condición de que los extractos sean totales y convenientemente preparados. Aun cuando pueden administrarse en ciertos casos extractos parciales, son muchos los autores (TINEL, LEVI, HALLON, PENDE, etc.) que se pronuncian por los totales. Siempre será la distinta avidez hormonal de los tejidos, la que seleccione, en último término, las diversas hormonas que integran los extractos.

1. *Opoterapia tiroidea.*—¿Es una sustancia única la que ejerce todas las acciones por las que se manifiesta la actividad de la tiroidea, o se deben estos efectos a sustancias múltiples y distintas? Esta última hipótesis es la que aceptan casi todos los autores actualmente. La tiroxina de KENDALL no representa la única hormona tiroidea por las siguientes razones: los

coloides de la glándula presentan coloración distinta en las diversas secciones histológicas; los extractos tiroideos aceleran la multiplicación de las células y la tiroxina la inhibe aun en solución diluísima; la tiroxina no manifiesta sobre la contractibilidad intestinal la acción que provocan los extractos totales, etc. Y no obstante, poseen varias acciones comunes: sobre el metabolismo, sobre la muda de las plumas de las aves; sobre la intoxicación cianhídrica, sobre la metamorfosis de los renacuajos.

De todas maneras, las diferencias—que demuestran que la tiroxina no es el único principio hormonal tiroidiano—y, por otra parte, las a veces insuperables dificultades de su dosificación que no se ha establecido todavía, por lo cual son incontables los accidentes provocados por la tiroxina—, hacen que hoy por hoy no sea sustituible esta hormona por los extractos totales.

2. *Opoterapia pancreática.*—¿Representa la insulina la única hormona del páncreas endócrino? La experimentación demuestra que esta glándula posee varios principios endócrinos por las siguientes razones: los perros con pancreatometomía total, no sobreviven aunque se les inyecte insulina pura exactamente dosificada; estos mismos perros, mientras viven, conservan la polifagia y la poliuria (sin glucosuria) y les sobreviene una arterioesclerosis difusa y degeneración grasosa del hígado, que la insulina pura no consigue dominar. Por otra parte, SANTENOISE y sus colaboradores, han comprobado la existencia en el páncreas de dos hormonas hipoglucemiantes: una (insulina) obra directamente sobre el catabolismo de los hidrocarbonados en los tejidos, y otra (vagotonina) de acción hipoglucemiante mucho más potente y con poderosa influencia vagotónica, que obraría regulando la glicopexia hepática. Las primitivas insulinas obtenidas eran sin duda un complejo insulina-vagotonina, ya que poseían una intensa acción sobre el vago, de que suelen carecer las purísimas que se obtienen hoy día. Sin duda se trataba mejor a los diabéticos con las primitivas menos puras.

Recuérdese además que otros autores han aislado del páncreas y de la insulina, otra hormona específicamente hipotensora y vasodilatadora.

Por consiguiente, la insulina no es la secreción fisiológica *cierta y total* de la célula endócrina

pancreática. Como no ejerce sobre la célula insulino-secretora ninguna acción de renovación, de nutrición ni siquiera de excitación, puede aquí hablarse de una terapéutica puramente sustitutiva, útil cuando la secreción pancreática está perdida irremisiblemente. Cuando esta secreción es deficiente pero persiste todavía, lo racional y obligatorio según SCHEFFLER, es administrar opoterapia pancreática total, que aportará a las células insulino-secretoras elementos que le facilitarán su tarea e influirán en su vigorización progresiva. Así se logra en los animales pancreatometomizados disminuir y hasta hacer desaparecer las graves manifestaciones caquéticas y hacer retroceder la degeneración grasosa del hígado. Habrá, pues, que preferir en la mayoría de los casos la opoterapia hormonoestimulante a la sustitutiva. Cuando menos mientras esclaremos (lo mismo para el páncreas que para todas las demás glándulas) si eso que llamamos principios hormonales, puros y en estado cristalino, son efectivamente hormonas parciales, o sólo la base o el esqueleto de otras sustancias más complejas (hormonas totales).

Opoterapia suprarrenal.—SERGENT, SANTIAGUANA, MARAÑÓN, PENDE, ANTICO y otros autores están hoy perfectamente de acuerdo en que la adrenalina no es la única producción endócrina de las suprarrenales, sino que existen otras secreciones de la parte medular que todavía no conocemos. Y aun admiten muchos que la misma adrenalina no sería la secreción pura de la glándula, sino una transformación de ésta atacada por las manipulaciones de extracción. Además, hay profundas diferencias entre la adrenalina extraída de la suprarrenal medular y la adrenalina sintética: mientras que la primera es levógira, la segunda es ópticamente inactiva, por cuanto está constituida en partes iguales por adrenalina levógira y adrenalina dextrógira, que es quince veces menos activa (CIAMBELLONI); por otra parte PICCININI, haciendo ensayos con un extracto total llamado Ergal, ha comprobado que mientras la solución de adrenalina pura puesta en contacto con soluciones de sales metálicas (especialmente hierro), al cabo de brevísimo tiempo pierde su actividad fisiológica y sus reacciones químicas, el extracto total se conserva, en las mismas condiciones, inalterable en todas sus propiedades por durante meses y años. Asimismo, mientras la adrenalina pierde sus propiedades administrada por

la boca, el extracto total conserva perfectamente sus efectos angiocardiotónicos y simpaticotónicos. Aplicada localmente la adrenalina pone de manifiesto sus conocidas propiedades vasoconstrictoras, al contrario del extracto suprarrenal cuya acción es nula respecto a este particular. Igualmente la reacción subjetiva y las variaciones de presión y pulso, son más violentas con la adrenalina que con el extracto total; en cambio, este último influye más constante, intensa y duraderamente el reflejo pilomotor, la línea blanca de Sergent y el reflejo óculo-cardíaco, poseyendo, por tanto, una acción excitadora más suave y profunda a la vez sobre el simpático. Según algunos autores poseería además el extracto total una cierta acción reguladora sobre el pulso: lo aceleraría en la bradicardia y disminuiría algo su frecuencia en la taquicardia, cosa que nunca se observa con la adrenalina.

Todas estas diferencias nos harán preferir, tanto si se trata de la terapéutica sustitutiva como la estimulante, el extracto total a la adrenalina, ya sea extractiva o sintética.

Opoterapia ovárica.—De la misma manera que para las glándulas endócrinas, se está renovando también el horizonte médico y experimental de la opoterapia ovárica. Se había creído que la foliculina era la única hormona del ovario, y hoy está plenamente demostrado que esta glándula elabora cuando menos tres grupos de hormonas: las procedentes del cuerpo lúteo, las del folículo y las del tejido intersticial. Esquemáticamente podemos refundir estos grupos en dos: uno formado por el cuerpo lúteo, otro por las dos restantes. Los experimentos de los autores han ido diferenciando más y más estos grupos, estando ya hoy señaladas perfectamente sus características. Veámoslo:

ISCOVESCO, FELLNER y otros autores habían obtenido desde 1912 diversos lipoides del ovario, que fueron considerados como los verdaderos principios activos de la glándula. ZONDEK más tarde aisló de esos lipoides una sustancia proteica más activa, liposoluble, llamada foliculina, que tiene la propiedad de provocar en el animal castrado la aparición de los fenómenos característicos del estro, con las consiguientes manifestaciones en el útero, la mucosa y la secreción vaginal.

En cambio las sustancias aisladas del cuerpo

lúteo, ejercen una acción frenadora, con disminución o retardo de las reglas, estímulo de la secreción láctea, y suspenden durante un cierto tiempo la madurez de los folículos. Además, la supresión del cuerpo lúteo interrumpe el embarazo. Se atribuye al cuerpo lúteo una función colesterinógena, una función antitóxica y otra pigmentopéxica.

En suma, la glándula sexual femenina tiene dos funciones: una *estimulante de la actividad genital*, localizada, según parece, en la parte intersticial y folicular del ovario, que favorece el desarrollo de los órganos sexuales externos, la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que acelera el desarrollo de los folículos, el brote congestivo menstrual, ejerce una acción estimulante sobre el metabolismo general, acelera las contracciones cardíacas y eleva la presión sanguínea, etc.; y otra función *frenadora de la actividad sexual*, localizada seguramente en el cuerpo lúteo, que después de la menstruación, retarda la maduración de un nuevo folículo, que durante el embarazo preside el reposo de la actividad genital, favoreciendo el desarrollo del útero, que provoca el funcionamiento de las glándulas mamarias, que produce un descenso del recambio metabólico, retarda el corazón con refuerzo de los sístoles, es hipotensor, etc.

Pero estos dos grupos de secreciones tienen a la vez que un verdadero antagonismo, una colaboración íntima y sinérgica, de un modo parecido a lo que ocurre con el sistema vago-simpático. De aquí que no siempre obtengamos los resultados que esperamos de cada una de las hormonas ováricas, si nos fijamos solamente en los datos experimentales y de laboratorio. Los obtenemos solamente—a veces excelentes—en presencia de síndromes morbosos con predominio neto de insuficiencia luteínica o foliculínica. En todos los demás casos, que son la mayoría, la verdadera opoterapia consistirá en la administración del extracto ovárico total. Tanto más cuanto que no se corresponde siempre las titulaciones biológicas experimentales, con los resultados clínicos. El verdadero valor terapéutico, pues, de estos extractos, deberá fundarlo siempre el médico en la correspondiente respuesta clínica.

J. NOGUER-MORÉ

URBANITZKY (E.): Sobre el tratamiento de la anorexia infantil, con Vitophós. *Medizinische Klinik.*

En la busca de un medio para combatir la anorexia, tan frecuente en los niños pequeños y en los de pecho, nos fué recomendado el Vitophós. Es éste un preparado extraído de diferentes partes de las plantas, que contiene las sales de Calcio y Magnesio del ácido inositafofosfórico, a la par que los factores vitamínicos, antirraquítico, antineurítico y propulsor del crecimiento.

Los ensayos se practicaron primero en doce niños de pecho, de 9-10 meses, que, además de anorexia en alto grado, presentaban leves síntomas de raquitismo. Suministramos a los niños, dos veces al día, una cucharadita de Vitophós en polvo, mezclado con un poco de verdura o con puré de sémola. Por lo demás no se alteró en nada su modo de vivir ni su nutrición. Los niños, que se encontraban en el asilo a partir de su primer o segundo mes, se siguieron llevando cada día (durante tres horas) a una galería orientada hacia el sur, y, como hasta entonces, recibieron diariamente tres cucharaditas de aceite de hígado de bacalao. Debemos advertir que los pequeños tomaron con gusto el Vitophós, y todos, sin excepción, lo soportaron bien, aun aquellos que mostraban tendencia a trastornos digestivos. Para obtener un estudio absolutamente objetivo, no se comunicó al personal de asistencia la índole del efecto que se esperaba.

Al poco tiempo nos fué ya preguntado si se trataba de un producto estimulante del apetito. Los niños, que hasta entonces sólo con esfuerzo habían tomado de 5 ½ a 6 biberones por día, empezaron a tomar con facilidad de 5 a 7 ½. El aumento de apetito se comprobó bien pronto con la brusca subida de las curvas de peso. Sorprendente fué también la rápida disminución de los síntomas de raquitismo. A continuación damos algunos ejemplos:

G. F., 9 meses, ningún diente, aún no se sostiene sentado, peso 7.250 gramos. Estado a las 4 semanas de medicación con Vitophós: 3 dientes, puede sentarse erguido, peso 8.000 gr. A las 12 semanas: 15 dientes, se mantiene por sí solo de pie, peso 9.250 gr.

M. Sch., 10 meses, ningún diente, no se sostiene sentado, leve rosario raquítico, dedos moniliformes, peso 8.000 gr. Estado a las 4 semanas de medicación con Vitophós: 1 diente, se

sienta erguido, pesa 8.700 gr. A las 12 semanas se sostiene por sí solo en pie, 3 dientes, peso 9.800 gr.

G. M., 9 meses, ningún diente, no se sostiene sentado, peso 7.250 gr. Estado a las 4 semanas de medicación con Vitophós: 2 dientes, aun no se sostiene sentado, peso 7.600 gr. A las 8 semanas: Se pone en pie (ponerse en pie y sentarse lo aprendió al mismo tiempo), 4 dientes, peso 8.570 gr.

La buena influencia del Vitophós sobre el apetito de los niños de pecho raquíticos, nos indujo a ensayar este medio en la anorexia idiopática de los niños pequeños, que, como se sabe, es muy difícil de corregir, y en la que se presenta después de las enfermedades infecciosas agudas. Tan sólo se sometieron al ensayo aquellos niños en los que no habían dado resultado los remedios usuales, tales como leche amarga, ácido muriático diluido, desayuno azucarado según Depisch, y en algunos insulina. Tampoco en estos ensayos se enteró al personal de los efectos que se esperaban. En ellos fué la influencia favorable del Vitophós sobre el apetito especialmente visible y satisfactoria. Los niños, que hasta entonces sólo tomaban alimentos a base de la mayor insistencia y a veces incluso por la fuerza, mostraron ya, a los pocos días, apetito (uno de ellos a los dos), de modo que en algunos que estaban especialmente faltos de apetito, fué posible administrarles por algún tiempo 8 tomas diarias.

Fueron tratados 12 niños de 1-2 años, con anorexia idiopática, y 20 de 2-6 años, en los que la anorexia se había manifestado luego de enfermedades infecciosas, como anginas, bronquitis febril, otitis media, escarlatina, varicela e ictericia catarral. A los niños mayores de un año les suministramos dos veces al día una cucharadita de Vitophós disuelto en un poco de sopa, diez minutos antes de las comidas. He aquí algunos casos:

E. S., 12 meses, sin apetito desde hace un mes, estado general bueno, peso 9.000 gr. A los 3 días de medicación con Vitophós mejora el apetito. A las 4 semanas aumenta el peso en 750 gr.; el buen apetito se mantiene aún a las cuatro semanas de interrumpir la medicación.

R. H., 15 meses, hace dos sin apetito y con peso invariable sin causas aparentes; peso 11.150 gramos. A los 6 días de tratamiento con Vitophós empieza la gana de comer, que poco des-

pués llega a un excelente apetito. A las 4 semanas aumenta el peso en un kilogramo. En los tres meses siguientes se mantiene el buen apetito y el aumento mensual de peso es de 600 gr.

E. F., 16 meses, según anamnesis sufrió en el primer año de vida varias bronquitis graves, otitis y catarros intestinales. Peso 9.000 gr., piel poco turgente, muy pálido, fluxión líquida y purulenta de la oreja derecha, reacción intracutánea según Pirquet y Mantoux 1 : 10.000, negativa. Se sostiene sentado, pero aun no se pone en pie, muy llorón. Sólo a duras penas pueden administrársele 5 tomas de leche diarias, frecuentes vómitos con buenas deposiciones. A los 8 días de medicación con Vitophós, primeros síntomas de apetito, que aumenta cada día. A las 4 semanas digiere el niño, sin esfuerzo diariamente de 7-7 ½ tomas, se pone en pie, muestra interés por lo que le rodea, ha aumentado 700 gramos. Al mes siguiente el aumento es de 950 gramos.

CONCLUSIONES: 1.ª En el tratamiento de la anorexia en 44 niños pequeños y de pecho, hemos obtenido éxitos sorprendentes.

2.ª En 12 niños de pecho, que a pesar del tratamiento profiláctico con aceite de hígado de bacalao y luz solar natural, habían devenido ligeramente raquíticos, evidencióse, después del tratamiento con Vitophós, una rápida curación de estos síntomas.

DIRRIGL (M.): Resultados obtenidos con la Neotropina, nuevo preparado colorante. *Munchener Mediz. Wochens.* Agosto, 1932.

Hemos empleado el nuevo antiséptico urinario Neotropina en 35 enfermos de cistitis, pielitis, hipertrofia prostática con retención urinaria, fistulas vesicales y blenorragia. Todos los enfermos se encontraban hospitalizados. Se examinó cada 2-3 días el sedimento, tñéndolo por el método de Gram cuando contenía numerosas bacterias (es decir, en la mayor parte de los casos).

Como métodos terapéuticos auxiliares se emplearon solamente infusión de tila o gayuba y

aplicaciones de calor sobre el abdomen, mientras se administró la Neotropina.

Resumiremos los resultados obtenidos en las diversas enfermedades, sin detallar las historias clínicas.

Hemos empleado el medicamento en 20 casos de cistitis y pielitis agudas y crónicas. En casi todos los enfermos pudimos observar la disminución de los abundantísimos colibacilos y leucocitos, al cabo de 5 días de administrar Neotropina; transcurridos 3 días más, la orina se presentaba en la mayor parte de los casos exenta de albúmina y de colibacilos y leucocitos. En los casos rebeldes duró 10-12 días el tratamiento. Con igual rapidez desaparecieron otros síntomas, por ejemplo, los tenesmos. No hemos observado ningún fracaso absoluto.

También hemos aplicado el medicamento en 6 casos de hipertrofia prostática con tención urinaria, y de fistulas vesicales. En todos los enfermos observamos un rápido aclaramiento de la orina. Cedió prontamente la polaquiuria, tan molesta para los enfermos. Este efecto fué especialmente marcado en un enfermo de 82 años, que, por haberse agotado nuestras reservas de Neotropina, se vió privado del medicamento durante 2 días acusando inmediatamente la reaparición de tenesmos y escozor al orinar; estas molestias cedieron de nuevo rápidamente, al reanudar el empleo de la Neotropina.

También creemos haber observado efectos favorables en 9 casos de blenorragia aguda y crónica. Desapareció rápidamente la disuria. También pareció modificarse favorablemente la blenorragia bajo la influencia de la Neotropina, que deberá ensayarse como medicamento complementario en el tratamiento de la blenorragia, y no sólo en sus complicaciones. Teniendo en cuenta que la Neotropina se elimina en parte por el hígado, con la bilis, hemos empleado también la Neotropina en 5 casos de colecistitis. Pero no hemos observado hasta ahora efectos evidentes, sin que, por el corto número de casos, nos creamos autorizados para formular juicio definitivo acerca de la utilidad del medicamento en este grupo de enfermedades.