

## Revista de Revistas

### Medicina

**KUGEL (M. A.) y LICHTMAN (S. S.):** Factores causantes de la ictericia en la insuficiencia cardíaca. *Archives of Internal Medicine*. Julio 1933.

La ictericia que se presenta a veces en la insuficiencia cardíaca, fué primero atribuida al éxtasis sanguíneo en el hígado. Recientemente, RICH y sus colaboradores la atribuyen a anoxhemia de las células hepáticas.

Los autores estudian en 3.000 autopsias (1926-1933), los siguientes puntos: 1.º Papel que desempeña el infarto hemorrágico. 2.º Tipo y duración de la insuficiencia cardíaca. 3.º Alteración de la estructura hepática. 4.º Funcionalismo hepático. 5.º La función renal y 6.º, la formación y reabsorción de la bilirrubina.

De todo ello deducen que la génesis de la ictericia en las insuficiencias cardíacas congestivas es la siguiente: En un cardíaco con éxtasis pulmonar ocurre un infarto hemorrágico en el pulmón; en este foco la hemoglobina se transforma en bilirrubina; la presencia de suero en el pulmón (por la congestión), la absorción y disolución de la bilirrubina; la capacidad del hígado para excretar esta substancia, están disminuidas por anoxhemia). Excepto en los casos de extensa enfermedad hepática (cirrosis), en los demás casos la ictericia es primariamente pulmogénica. Los efectos perniciosos de la anoxhemia y de la infección sobre el hígado desempeñan un papel necesario, pero secundario. Son de máxima importancia los factores locales favoreciendo la rápida formación y absorción de bilirrubina: infarto pulmonar, hemolisis e infección local o general.

Todo esto lo deducen después de comprobar que la ictericia en la insuficiencia cardíaca sin infarto pulmonar hemorrágico es sumamente rara. Pero al mismo tiempo ven que en los infartos pulmonares sin insuficiencia cardíaca no suele haber ictericia, lo cual quiere decir que el infarto pulmonar por sí solo, no es causa de la ictericia, sino que necesita acompañarse de otros factores.

La duración y el tipo de la insuficiencia cardíaca, tienen importancia por su relación con la producción del infarto pulmonar: las más favorables para la aparición de éste son las cardiopatías reumáticas mitrales y las de duración prolongada.

Las alteraciones de la célula hepática son necesarias, pero ocupan un lugar secundario; se encuentran lesiones de congestión crónica pasiva, atrofia pericentral, necrosis pericentral, lesiones inflamatorias y cirrosis; pero no existe una relación directa entre la gravedad de estas lesiones y la intensidad de la ictericia.

E. JUNCADELLA

**CAMBELL (B.) ALLISON (R. S.):** Alteraciones electrorradiográficas en las polineuritis tóxicas. *The Lancet*. 19 agosto, 1933.

Es sabido que el corazón puede afectarse en las polineuritis. Esto es un hecho repetidamente comprobado en las neuritis de la difteria y del beriberi; pero la existencia de palpaciones, taquicardia y dilatación cardíaca en otras formas es también reconocida. Antes se atribuían estos síntomas a neuritis vagal, cosa ahora rechazada. En el beriberi las alteraciones cardíacas han sido plenamente estudiadas; consisten en dilatación del corazón, y tendencia al edema del miocardio. Excepto en el beriberi no han llamado la atención los síntomas cardíacos en las polineuritis.

Recientemente, los autores ven 8 casos en los cuales los fenómenos cardíacos eran más salientes que los nerviosos. Este hecho les llevó a estudiar su respectivo electrocardiograma. Sólo lo hacen en 3 casos y encuentran alteraciones interesantes: lo característico es la inversión de la onda T y el retorno a la normalidad paralelamente a la mejoría clínica.

La enfermedad comenzó en estos pacientes de una manera indefinida: dolores en las piernas, palpaciones, vómitos persistentes, taquipnea de esfuerzo, edema de pies y piernas. Luego aparecieron trastornos sensoriales: sensación de

entumecimiento y hormigueos en las extremidades y flojedad de piernas. El Wasserman de sangre y de líquido cefalorraquídeo negativos; en este último no había aumento de globulinas ni de células. Al ingresar en el hospital presentaba edemas en las piernas, que desaparecieron con el reposo en cama. Paresia simétrica en las extremidades inferiores con tendencia al equinismo y abolición de los reflejos tendinosos.

En tres casos se practica el electrocardiograma:

Caso I. Hombre de 23 años. Presenta una onda T redondeada e invertida en las derivaciones II y III. Desaparecidos los síntomas, la onda T vuelve a la normalidad en la derivación II y se hace plana en la III.

Caso II. Hombre de 19 años. Onda T invertida en derivación I y difásica en derivación II, plana en la III. Con la curación el electrocardiograma aparece normal.

Caso III. Mujer de 43 años. Onda T plana en primera derivación e invertida en las II y III. Al mejorar clínicamente, el electrocardiograma vuelve a la normalidad.

E. JUNCADELLA

**EDWIN. G. BANNICK, JOHN, M. BERKMAN, DONALD C. BEAVER.**—*Archives of internal Medicine*, junio 1933.—*Amiloidosis difusa. Tres casos poco comunes.*

Es cosa conocida la existencia de amilosis en la sepsis crónica, tuberculosis y sífilis. Pero los autores presentan tres casos especiales. Un caso es el de un hombre de 38 años diagnosticado de linfo granuloma maligno, que presenta severa albuminuria, ligera hematuria y algunos cilindros hialinos y grasosos, con una tensión arterial de 10-7. La eliminación de fenolsulfonaftaleína es de 15 % a la hora, la urea de sangre es de 0'58 %, colessterina, 2'35 %/100. La prueba del rojo congo da resultados fuertemente positivos, el hígado no se percibía grande. A los doce días muere con un cuadro parecido a la enfermedad de Addison. En la autopsia se demuestra una amiloidosis del bazo, hígado, riñones, glándulas suprarrenales, ileon y colon. También se encuentra un ulcus duodenal curado.

El segundo caso es referente a un hombre de 44 años con trastornos digestivos que datan de dos años y que presenta edemas en extremida-

des inferiores, ascitis, hígado grande, una tensión arterial de 9-5 y medio, albuminuria y algunos hematíes y cilindros y hialinos en el sedimento urinario. La eliminación de la fenolsulfonaftaleína es de 20 % a la hora y 50 minutos; luego aparece una ictericia. A los 28 días muere con diarrea, delirio y coma. En la necropsia se encuentra una amiloidosis generalizada de bazo, hígado, glándulas suprarrenales, miocardio, ganglios linfáticos, riñones, páncreas, tiroides, pulmones, timo, estómago y otros órganos. Hipertrofia del hígado y bazo, ascitis e hidrotórax bilateral. Colelitiasis, tuberculosis pulmonar curada, arterioesclerosis.

El tercer caso es el de un hombre de 55 años que desde hace un año padece molestias digestivas. Aparecen luego edemas en extremidades y diarrea persistentes. La tensión arterial es de 9-6; tiene albuminuria, cilindros hialinos y algún hematíe en el sedimento urinario, la eliminación de la fenolsulfonaftaleína es de 50 % a la hora y 50 minutos, la urea de sangre es de 0'18 %, colessterina 1'30 %/100. En la necropsia se encuentra un carcinoma gástrico y una amiloidosis de hígado, bazo, riñones y glándulas suprarrenales. De estos tres casos, en el segundo la etiología es oscura; en los otros dos la etiología debe ser probablemente la enfermedad ganglionar en el primero, y el carcinoma gástrico en el tercero. Consideran los autores como un buen elemento de diagnóstico la prueba del rojo congo. Hacen resaltar que en los tres casos había clínicamente insuficiencia suprarrenal y en la neperrosia se descubrió siempre una amiloidosis de las glándulas suprarrenales.

ENRIQUE JUNCADELLA

**A. WILFRID ADAMS. M. S.**—Un caso de ulcus gástrico múltiple. *The British Medical Journal*. 1 julio 1933.

El autor comunica el siguiente caso: un hombre de 30 años, que desde hace cuatro años tiene dolor epigástrico, después de las comidas aliviado a menudo con vómito; durante los recientes meses se acentúan las molestias. Mal estado general. En diciembre de 1932 se le extirpan las 5/6 partes de su estómago y un gran racimo de ganglios, uno de los cuales era del tamaño de una nuez. La inspección de la mucosa demostró la existencia de cuatro úl-

ceras a lo largo de la pequeña curvadura, de un diámetro de uno a dos centímetros. Además, había dos cicatrices de úlceras anteriores. Los autores hacen constar que JUDD y PROCTOR han analizado en la clínica Mayo desde el año 1914 hasta 1924, 1.475 casos de úlcus operados y encuentran un 6 % de casos de dos o más úlcus. En cuanto a la asociación con otras enfermedades, dicen que la asociación de sífilis y ulceración múltiple es poco frecuente. JUDD y PROCTOR encuentran sólo seis casos. SKEMP y DRUSY han observado perforaciones múltiples.

ENRIQUE JUNCADELLA

## Tisiología

**Dres. NAVARRO BLASCO (A. y F.):** Protección Médico-Social a la tuberculosa pulmonar gestante.—*Sociedad Española de Tisiología*. Presidencia, DR. PALANCA. Sesión del día 11 de mayo de 1933.

Hacen resaltar la necesidad de una colaboración estrecha y continuada de tisiólogos y tocólogos, por las consecuencias diversas, de índole práctica todas, en sus facetas médica y social, que se derivan de la coexistencia de ambos estados, gravidez y tuberculosis, y del modo como se atiende y asista a estas pacientes.

Las opiniones más diversas frente a este problema encuentran defensa, debido sin duda a que aun siendo la misma la realidad, cada investigador capta únicamente una parte de ella. Una estadística sobre tuberculosis y embarazo hecha en servicios tisiológicos difiere mucho, por las conclusiones que se deducen, de una estadística confeccionada en una maternidad general acerca de la misma materia. En los centros antituberculosos puede llegarse al diagnóstico temprano de las lesiones fímicas pulmonares, pudiéndose concretar cuanto se refiere a existencia y evolución de un proceso tuberculoso e instituirse el tratamiento adecuado. No sucede de ordinario así, al menos en nuestro país, en las maternidades generales. La tuberculosa grávida acude a estos centros no por su tuberculosis pulmonar, sino por su embarazo y llega con lesiones pulmonares extensas, en plena evolución, complicadas frecuentemente con localizaciones laríngeas, intestinales, peritoneales, etc. Ingresada la enferma en

la maternidad, el objeto único o primordial de atención será la gestación, quedando descuidado el tratamiento del proceso pulmonar fímico y aquellas precauciones imprescindibles que deben observarse con tal clase de pacientes, respecto a aislamiento, separación del recién nacido y vacunación antituberculosa en el momento mismo de nacer. Una estadística en tales circunstancias resultará muy sombría, pero fiel reflejo de una realidad que es preciso modificar. En los centros antituberculosos estarán debidamente tratadas las tuberculosas pulmonares gestantes en su aspecto fímico, pero les faltarán los cuidados tocúrgicos precisos. De esto se deduce la necesidad de una colaboración estrecha y continuada entre tocólogos y tisiólogos. Será ineficaz en tales enfermas todo esfuerzo de tisiólogos y centros antituberculosos, si no se cuenta con la consciente colaboración del tocólogo y se dispone de las maternidades, como nulos resultarán los desvelos de éstos de no caminar del brazo de los tisiólogos.

Resulta verdaderamente lamentable el abandono en que continúan en nuestro país las embarazadas tuberculosas, abandono que comprende el período de gestación, el parto y el puerperio, con graves perjuicios para las propias enfermas, para sus hijos y para la salud pública en general. Puede afirmarse que con la sobrecarga del embarazo encuéntrase una mujer más desamparada, menos protegida, que si únicamente fuera tuberculosa pulmonar.

Las cosas ocurren de la manera siguiente: una tuberculosa pulmonar indebidamente se hace embarazada; el tisiólogo o el médico general venía tratando su proceso fímico, pero a medida que la gestación avanza o predominan los síntomas gravídicos o los pulmonares exaltados por el embarazo, oriéntase la paciente, bien por iniciativa propia o por indicación del médico que cuidaba su proceso pulmonar, hacia una consulta general de embarazadas. En los servicios tocológicos generales encuentra la enferma la debida asistencia para su gestación, pero por su particular disciplina y especialización, la tuberculosis no se trata del modo conveniente, entrando esta enfermedad en fase de evolución espontánea. Es más, como el tanto por ciento de tuberculosas gestantes que asisten a los centros obstétricos es insignificante comparado con el número de enfermas grávidas no tuberculosas que solicitan ingreso en ellos, la embarazada tuberculosa no despierta en estas

consultas generales el interés que debiera, quedando relegada a tener una asistencia médica unilateral. La tuberculosa grávida pasea su gestación y su proceso fímico de dispensarios o consultorios a maternidades, etc., sin seguir una asistencia y terapéutica uniforme, desparrramando bacilos y agotándose física y moralmente, hasta que el aborto, el parto prematuro o el parto a término la obligan a ingresar en una maternidad general, en cuyo centro se solucionará estrictamente la parte obstétrica, casi siempre con pérdida del nuevo ser y en muchas ocasiones con el fallecimiento de la madre.

Hay más: ya dentro de la maternidad forzosamente ha de estar mezclada con las restantes enfermas, por no disponer de departamentos especiales y va a ser atendida por un personal auxiliar que carece de la suficiente preparación para cuidar enfermos tuberculosos. El peligro que ello implica se acrecienta al no adoptar ninguna clase de medidas preventivas y sube de punto llegado el instante del parto y durante el puerperio, por no proceder a la separación del recién nacido de su madre en el momento mismo de nacer, ni poner en práctica a su debido tiempo la vacunación protectora. Tal es la realidad viva y triste de lo que a este respecto viene ocurriendo en nuestro país y que a todos, tisiólogos y tocólogos nos interesa resolver, procurando que tales enfermas tengan la asistencia conveniente.

Fué creado por uno de nosotros en el dispensario antituberculoso de María Cristina, hoy de Buenavista, un servicio para embarazadas tuberculosas; pero con las recientes reformas sanitarias este servicio ha quedado suprimido. El fin primordial de dichas consultas para embarazadas tuberculosas en los dispensarios consiste en la colaboración científico-social no sólo de los tisiólogos, sino de los médicos generales, con ginecólogos y tocólogos.

Creando consultas de este tipo en los Dispensarios antituberculosos que radiquen en zonas con grandes núcleos de población, se forman grupos de tuberculosas gestantes que están vigiladas y atendidas de común acuerdo por dos especializados y en situación de orientarlas obstétricamente, en el momento oportuno, bien hacia un asilo de tuberculosas grávidas o hacia una maternidad, donde continúe cuidada por el tocólogo y el tisiólogo. Si la embarazada encontrase al obstétrico en el dispensario no cabe duda que en vez de recorrer diversos centros

a él se dirigiría, pues sin molestias ni pérdidas de tiempo hallaba en el dispensario la doble asistencia necesaria.

Llegada a término la gestación, no puede negarse a la tuberculosa grávida el derecho a que los poderes públicos le proporcionen una asistencia médico-obstétrica en armonía con los adelantos de la ciencia y con los más elementales dictados de la asistencia social, no ya sólo para evitar el contagio, sino en bien de ella misma y del producto de la concepción.

En síntesis: que la tuberculosa pulmonar gestante necesita, para ser atendida en las condiciones que exige su dualidad de proceso, la continuada y estrecha colaboración del tocólogo y del tisiólogo.

Para procurar dicha asistencia a la gestante tuberculosa pobre, deben crearse en los dispensarios antituberculosos consultas de tuberculosas embarazadas, y en tanto no existan maternidades para esta clase de enfermas, habilitarse en las maternidades generales departamentos donde puedan estar separadas de las otras pacientes. Tales departamentos quedarían a cargo de tisiólogos y tocólogos, con enfermeras y personal auxiliar especializado en tisiología.

Llegado el momento del parto, el niño se aislaría de la madre tuberculosa inmediatamente de nacer, entregándolo a las instituciones de puericultura encargadas de su cuidado y protección.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Recuerda que en un Congreso Nacional de Medicina celebrado en Sevilla, se reunieron en una sesión las secciones de obstetricia y ginecología y de tuberculosis y trataron esta importante cuestión, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista social, redactándose unas bases a las que nadie hizo caso. Propone se redacten unas conclusiones recabando la necesidad de que la tuberculosa embarazada viva aislada, tenga sus servicios especiales, y de que sea educada en todas las cosas de profilaxis antituberculosa.

DR. VALLEJO DE SIMÓN.—Hace referencia al planteamiento por la escuela alemana de la indicación del aborto en todos los casos de tuberculosis, llegando incluso a proponerse el aborto y la esterilización. Las cosas se pusieron en su terreno en la Conferencia de Lausana, en que

FORSNER demostró que no había esa influencia tan nefasta del embarazo y que la mortalidad de las embarazadas tuberculosas no era mayor que en las no embarazadas, demostrando que los brotes tuberculosos suelen venir con el primer embarazo de la mujer; pero esto no debe achacarse seguramente al embarazo, pues probablemente si no hubiera habido tal embarazo los brotes tuberculosos se hubieran presentado igualmente, debido a las condiciones de vida de los primeros tiempos: viajes largos, escaso descanso, etc., etc. Se ven muchos casos de tuberculosas embarazadas que llevan una buena marcha, siendo tratadas con los medios adecuados. Lo que hay que hacer es tratar a la tuberculosa y tratarla bien. Es preciso convencer al médico de que una tuberculosa embarazada puede ser curada y debe ser tratada.

No es durante el embarazo, sino después del parto cuando las lesiones tuberculosas se influyen principalmente. Se ha concedido mucha importancia a la distensión pulmonar brusca, que se efectúa al tener lugar el parto, en un momento en que la mujer está en una fase de regresión alérgica indudable. Desde luego, se ha visto que las tuberculosas embarazadas tratadas en sanatorios dan unas estadísticas mucho mejores y se ha podido concluir que no basta el tratamiento ambulatorio, sino que la mujer embarazada debe estar sometida a las mejores condiciones para tratar su tuberculosis y que inmediatamente debe ser sometida a un régimen sanatorial. Cree debe darse preferencia para el ingreso en los sanatorios del Estado a las embarazadas tuberculosas, para que no se dé el caso de que cuando le llegue el turno a su instancia haya tenido ya lugar el parto. Hay la dificultad de que en los Sanatorios no hay asistencia a partos. Considera que debe solicitarse que se creen en los sanatorios departamentos especiales para embarazadas en que pueda ingresar inmediatamente toda aquella tuberculosa que lo solicite.

Mientras se crean en los sanatorios estos departamentos especiales, deben ingresar las tuberculosas embarazadas inmediatamente en los sanatorios que existen, poniéndolas en relación con las maternidades para que en el momento del parto puedan ser debidamente atendidas.

DR. NAVARRO BLASCO.—No considera muy conveniente el ingreso de las tuberculosas em-

barazadas en los sanatorios que existen actualmente, pues en esos sanatorios no suele haber personas competentes en cuestión de tocología y no se trata sólo del problema del momento del parto, sino que al tocólogo corresponden otra serie de cosas. Sería, a su juicio, más fácil y más económico que estas enfermas tuberculosas ingresaran en las maternidades en salas de aislamiento, estando en relación con los sanatorios. El ideal sería la obligatoriedad del ingreso en sanatorios u hospitales de las tuberculosas pulmonares gestantes, pero en este sentido se plantean gran número de problemas de no muy fácil solución.

## Terapéutica

H. LOHE y H. ROSENFELD.—Sobre la terapéutica del linfoadenoma inguinal. (*Medizinische Klinik*, núm. 26, 1932.)

El autor se refiere a observaciones sobre 100 enfermos, efectuadas durante estos últimos dos años.

Después de un breve resumen clínico de la enfermedad de Nicolás y Favre pasa a describir los medios terapéuticos de los abscesos que pueden formarse en un ganglio, que consiste en su desbridamiento y drenaje previa ineficacia de la punción repetida; divide los métodos terapéuticos en tres grupos: 1.º Métodos generales y fisioterápicos. 2.º Terapéutica por sustancias estimulantes de acción específica y no específica. 3.º Quimioterapia.

Lo más importante de los primeros es el reposo en cama; en el comienzo, la aplicación de compresas con alcohol y acetato de alúmina; si ya empiezan a formarse abscesos, está indicada la aplicación de fomentos calientes. El proceso primario, generalmente de forma herpética, se trata con suero fisiológico para poder comprobar el agente de la segunda infección, caso de ser mixta. Durante el retroceso de los bubones se emplea la pomada de yoduro de potasio; en las fistulas y ulceraciones el yodoformo y la pomada a base de nitrato de plata y bálsamo del Perú.

La radioterapia da buenos resultados combinada a la vacunoterapia. Se aplica a dosis pequeñas en plazos de quince días.

Como terapéutica estimulante puede utilizarse la leche, la tuberculina y la piritoterapia.

Para el tratamiento específico han empleado vacunas con pus de bubón, puncionado, diluido en suero fisiológico y calentado a 60°, según técnica de FREY. Se dan dosis crecientes desde 0,2 a 0,5, con un total de 12 inyecciones. No debe sobrepasarse esta dosis, pues se provocan necrosis.

Actualmente los medios quimioterápicos ofrecen las mejores perspectivas.

Al principio empleaban los autores el Neostivosan en dosis de 0,1 hasta 0,45 c.

En enfermos luéticos observamos un retroceso de los bubones con un tratamiento combinado de bismuto y Salvarsan; este efecto, atribuible al bismuto, no es, empero, bastante eficaz.

Han utilizado otros metales pesados, como el manganeso y el cobre en forma de Psorimangan endovenoso y de Cuprosol, asociado por FREY al Stibenil con muy medianos resultados. Por fin los autores han ensayado la auroterapia con el Solganal utilizado con gran éxito por vez primera por NAUMANN en siete casos. El empleo de este producto en suspensión oleosa evita los inconvenientes de los accidentes de la medicación áurea, haciéndola inocua. Su dosificación es de 1 c. c. de la suspensión oleosa al 2 % desde 0,2 hasta 0,6 c. c., practicando las inyecciones con intervalos de cinco días primero y después dando dos inyecciones por semana hasta llegar a 20, que corresponden a una dosis total de 1,5 gr. Con este tratamiento vemos un retroceso de los bubones más rápido, y una ya manifiesta mejoría a partir de la tercera inyección. La mejor época para el tratamiento es la anterior a la formación de abscesos. El empleo del Solganal está contraindicado en nefropatías y en dermatitis.

Acaban los autores afirmando la posible curación completa, aun en casos antiguos, siendo en cambio dudoso el pronóstico en mujeres sífilíticas, por lo que toca a las manifestaciones tardías.

#### V. ARTIGAS

**FRANCIS L. FORAN, HOWARD M. SHEAFF and RALPH W. TRIMMER.**—Angina agranulocítica: tratamiento con extracto hepático por vía oral y parenteral. *The Journal of the American Medical Association*. 17 junio 1933.

El síndrome descrito por SCHULTZ con el término de angina agranulocítica y más reciente-

mente conocida por neutropenia maligna, es una enfermedad grave y de tratamiento poco satisfactorio hasta ahora.

DOAN da una mortalidad para los casos no tratados de 90 %, en los tratados por transfusiones de 64 % y en los tratados con irradiaciones roentgen, de un 53 %. Uno de los autores comunicó ya un caso en el cual el tratamiento con administración endovenosa de extracto hepático fué seguido de curación. Ahora los autores estudian este asunto y comunican como preliminares cinco casos. Ya MURPHY, CONNER y GOLDWATER han visto seguir una leucopoyesis a inyecciones parenterales de extracto hepático en anemias perniciosas.

Método de tratamiento. El procedimiento que usan los autores es inyectar el equivalente de 100 gr. de hígado intravenoso o intramuscularmente cada ocho o doce horas, hasta un definitivo aumento de los granulocitos o una marcada mejoría clínica. Prefieren la vía intravenosa en las fases más agudas; en este caso el extracto se diluye a 1 por 20 con agua destilada. En las fases menos agudas úsase la vía oral o intramuscular. Después de la curación se continúa con una dosis alta de hígado para mantener la cifra de leucocitos. Los casos comunicados por los autores son los siguientes:

Caso 1.º: Mujer de 44 años, con hematíes 4.500.000, leucocitos 2.200, polinucleares 14 %. Curó con administración intravenosa de extracto hepático. Al cabo de un año y medio recae y presenta la siguiente fórmula: hematíes, 4.500.000; leucocitos, 900, sin granulocitos; cura con el tratamiento.

Caso 2.º: Mujer de 39 años, en marzo de 1932, tiene 4.500 leucocitos. En enero de 1933, a consecuencia de una extracción dentaria, se desarrolla una úlcera bucal y presenta la siguiente fórmula: hematíes, 4.160.000; leucocitos, 2.300; polinucleares, 8 %. Cura con el tratamiento. En abril tiene 6.450 leucocitos y 58 % de polinucleares.

Caso 3.º: Mujer de 43 años. En septiembre de 1932 le aparecen úlceras gingivales con la siguiente fórmula: hematíes, 4.000.000; leucocitos, 850, sin granulocitos; cura con el tratamiento.

Caso 4.º: Mujer de 56 años: hematíes, 3.400.000; leucocitos, 1.400; granulocitos 17 %. Se le da por vía parenteral el equivalente le 1.500 gr. de hígado y se continúa el tratamiento en los días sucesivos con altas dosis; se le

practica una transfusión sanguínea. Al cabo de un mes nuevo ataque, la cifra de leucocitos es 650; la enferma muere por una neumonía.

Caso 5.º: Mujer de 38 años. Entra en la clínica con ulceraciones en la faringe, con la siguiente fórmula hemática: hematíes, 3.800.000; leucocitos, 2.300; no hay granulocitos. Se le da el equivalente a 2.000 grados de hígado por vía parenteral y continúa luego con dosis equivalentes a 300 gr. La cifra de leucocitos aumenta hasta 1.000 y los prolinucleares alcanzan la proporción de 54 %.

Los autores se proponen continuar este estudio.

ENRIQUE JUNCADELLA

## Cirugía

**STEMBERG (B.) y GOLDBLATT (H.):** La protección del peritoneo contra la infección. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, núm. 1, v. LVII, julio 1933.

Los autores practican a 100 enfermos, de 12 a 48 horas antes de la intervención quirúrgica, una inyección consistente en una suspensión de Bacilo Coli núm. 300 al 1 % en una solución de goma tragacanto en suero fisiológico. La inyección es de 30 c. c. de esta suspensión que, por lo tanto, contiene cerca de 200.000.000 de microorganismos por c. c. El punto en que practican la inyección está en la línea media abdominal, un poco por debajo del ombligo. Previamente vacían la vejiga urinaria del paciente, mediante micción o sondaje. La aguja usada es del núm. 15, de 2 pulgadas de larga; asegurándose la penetración a través de la pared abdominal. Media hora antes de la inyección intraperitoneal se administra 1/6 a 1/4 de gramo de sulfato de morfina, repitiendo la dosis cada cuatro horas durante 16 horas. La reacción debida a una ligera irritación peritoneal consiste en dolor abdominal y ligera elevación de temperatura, pudiendo calmarse el dolor con la morfina. La substancia que podemos llamar protectora era administrada en casos en los cuales había peligro de una peritonitis; resecciones intestinales (especialmente de intes-

tino grueso) enteroanastomosis, "intervalo" apendicular, pelvipерitonitis crónicas con adherencias que obligan al cirujano a una gran remoción de los órganos contenidos en la pelvis, etc.

De los 100 casos tratados hasta ahora ninguno es afecto de peritonitis aguda; como caso interesante es citado el siguiente: Un paciente afecto de un carcinoma anular del colon fué protegido mediante la inyección 14 horas antes de la intervención, durante la misma es rasgado el intestino y escapan las heces a la cavidad peritoneal; a pesar de ello el enfermo no presentó peritonitis. Parece que el mecanismo de acción de la inyección de bacilo coli, que asociado a otros se encuentra frecuentemente en las peritonitis, es una intensa leucocitosis con la consiguiente fagocitosis de organismos vivientes.

Aunque el número de enfermos observados es todavía escaso para hacer afirmaciones positivas sobre el efecto protector de la inyección, es digno de atención el hecho de que en ninguno de estos enfermos se desarrollara la peritonitis.

V. ARTIGAS

**RONZINI (M.):** La raquianestesia en las oclusiones intestinales. *La Clínica Chirúrgica*, an. VIII, n. s., fas. 8, agosto de 1932, p. 961-74.

El autor presenta una estadística de veinticinco casos: 4 oclusiones mecánicas, 10 hernias estranguladas, 10 oclusiones por peritonitis, entre las que hay 5 apendicitis con perforación, 3 úlceras perforadas, 1 pelvipерitonitis, y una perforación tífica; por fin un ileus espasmódico.

Se ha efectuado la raquianestesia con 1 1/2 c. c. de novocaína-adrenalina al 5 %. Ha dado resultados positivos en 18 casos; evacuación de heces en 7 casos; emisión de gases en 10 casos, una reducción espontánea de la hernia; en total un 72 % de los casos. El tratamiento ha sido negativo en 7 casos, o sea, en un 28 %.

El autor llega a la conclusión de que en todos los casos de oclusión intestinal la raquianestesia es la anestesia preferible, sin que presente ninguna contraindicación.

V. ARTIGAS