

Revista de Revistas

Medicina

BLUNGART (J.), BISEMAN (H.), DAVIS (D.) y BERLIN (D.): Resultado terapéutico de la tiroidectomía en la insuficiencia cardíaca y en la angina de pecho. *Archives of Internal Medicine*. Agosto, 1933.

Los autores estudian la tiroidectomía en diez pacientes, afectos unos de insuficiencia cardíaca y otros de angina de pecho y exponen los resultados obtenidos.

Dos enfermos con repetidas crisis de angina de pecho, no han vuelto a padecerlas después de la operación. En uno de estos enfermos ven, como un trabajo determinado, que le daba lugar a ataques de angor antes de la operación, no los produce en las mismas condiciones después de la tiroidectomía.

Siete enfermos con insuficiencia cardíaca y que no mejoraban con tratamiento médico y completo reposo en cama, mejoran después de la tiroidectomía, debiendo atribuir esto con seguridad a los efectos de la operación.

Observan a los enfermos durante tres a seis meses después de la operación, y todos ellos muestran notable mejoría, son capaces de hacer ejercicios, no sólo ligeros sino aun considerables, sin aquejar ni palpitaciones ni disnea, ni ningún otro signo de insuficiencia cardíaca.

El metabolismo basal sufre un pronunciado y persistente descenso que es paralelo a la sorprendente mejoría del enfermo.

Las hemoptisis y dolores torácicos que presentaban algunos enfermos, han desaparecido después de la operación.

Un enfermo con crisis de disnea paroxística mejoró durante las tres semanas siguientes a la operación; pero luego tuvo un edema pulmonar agudo que le causó la muerte. Ulteriores

investigaciones son necesarias para valorar el posible beneficio que pueda resultar de la tiroidectomía en estas condiciones, y en todo caso la operación debe ser emprendida en este tipo de enfermedad cardiovascular con extrema precaución.

Después de la operación los pacientes han aquejado ligera sequedad de la piel, aumento de sensibilidad al frío, y crecimiento tardío del pelo. En dos casos les han sido administrados productos tiroideos durante cortos períodos.

En un enfermo que desde su infancia sufría ataques de asma bronquial, han visto mejorar éste notablemente después de la operación.

Terminan los autores diciendo que la tiroidectomía debe ser practicada, hasta el presente, sólo en aquellos enfermos en los que el tratamiento médico no ha dado buen resultado. Los que padecen una enfermedad coronaria, infección activa, infartos pulmonares o una enfermedad cardiovascular sífilítica rápidamente progresiva, son enfermos poco indicados para esta operación.

ENRIQUE JUNCADILLA

FRIEDENWAL (J.) y MORRISON (S.): Trastornos gastrointestinales asociados a endocrinopatías. *Endocrinology*. Vol. 17, núm. 4, julio-agosto 1933.

Los autores en este interesante trabajo sacan las siguientes conclusiones:

1.º Las endocrinopatías juegan un importante papel en la producción de trastornos digestivos; particularmente tienen importancia en este sentido el tiroides, paratiroides, hipófisis y suprarrenales.

2.º El hipertiroidismo da lugar a aumento del metabolismo y a síntomas digestivos como

diarrea, los cuales pueden a menudo moderarse con el uso de solución de lugol y con otras medidas higiénicas, etc. Cuando estos procedimientos fallan, está indicada la tiroidectomía. El hipotiroidismo se asocia con constipación y descenso del metabolismo, cuyos trastornos pueden ser regulados con el uso de extracto tiroideo.

3.º La deficiencia paratiroidea está estrechamente relacionada con trastornos en la excreción del calcio y con la tetania, los cuales son observados en la dilatación gastro-duodenal y en la obstrucción intestinal; en estas condiciones están indicados el extracto paratiroideo y las sales de calcio.

4.º Las alteraciones de la hipófisis pueden dar lugar a obesidad, dilatación de los órganos abdominales y aumento de la sed asociada a diabetes insípida.

La pituitrina restituye el tono y vence la distensión intestinal y la constipación.

5.º Las suprarrenales inhiben el peristaltismo. Existe una relación entre el úlcus y la disfunción suprarrenal.

En la enfermedad de Addison se producen síntomas gastrointestinales. La epinefrina suaviza el espasmo visceral.

Acaban diciendo los autores que son convenientes nuevas investigaciones en este asunto y que muchos trastornos gastrointestinales cuya causa resulte oscura, es posible que estén relacionados con endocrinopatías.

ENRIQUE JUNCADELLA

ANDERSON (J. P.): Enfermedad hereditaria de Gaucher, *The journal of the American Medical association*, 23 septiembre 1933.

Empieza diciendo el autor que hasta ahora la enfermedad de Gaucher es definida, como una enfermedad congénita, familiar, no hereditaria, debida a un trastorno del metabolismo de los lipoides, con la producción de una sustancia anormal.

Luego estudia la clínica de esta enfermedad y por último, una familia rusa, en cual se ve la posibilidad de una transmisión hereditaria.

En esta familia casi todas las mujeres padecen esta enfermedad, mientras que ninguno de los hombres está afecto de ella. Dos enfermas han muerto. De las dos enfermas supervi-

vientes, en una se han obtenido por punción del bazo, células de Gaucher.

La administración durante ocho semanas de gúidas de extracto hepático, a una enferma, no ha detenido la progresión de la enfermedad ni de la anemia.

Supone que una abuela y dos hermanas de ésta, estaban también afectas de esta enfermedad, pero no pueden asegurarlo. Acaba diciendo que la posibilidad de la transmisión hereditaria a través de los varones, los cuales pueden no presentar ningún síntoma de esta enfermedad, sugiere que la historia familiar de los individuos afectos de la enfermedad de Gaucher debe ser investigada durante varias generaciones.

ENRIQUE JUNCADELLA

MOEHLIG (R. C.) y BATES (G. S.): Acción de la hipófisis sobre la hematopoyesis. *Archives of Internal Medicine* t. l., I, núm. 2, 1933.

Diversos autores han señalado ya las estrechas relaciones existentes entre las poliglobulias y ciertos síndromes hipofisarios.

Se han visto también poliglobulias en el curso de encefalitis epidémicas y después de conmociones cerebrales.

CUSHING estudia el adenoma basófilo de la hipófisis, el cual va asociado a poliglobulia.

Esta se encuentra con bastante frecuencia en el curso de los tumores suprarrenales, y parece que realmente en estos casos es de origen hipofisario.

Los autores estudian dos casos de poliglobulia vera, acompañados de basofilia de la hipófisis. El primero se refiere a una mujer de 43 años, de apariencia masculina, con obesidad de cara y tronco, amenorrea, un bocio y exoftalmia, dolores de cabeza, hipertensión y poliglobulia de 6.640.000, con 106 % de hemoglobina. Se le practicó una tiroidectomía, la cual le produjo la muerte. En la autopsia se encontró un adenoma basófilo de la hipófisis.

El segundo caso se refiere a un hombre de 63 años, que presentaba un tumor en el hipocordrio izquierdo y una poliglobulia de 8.100.000, con 153 % de hemoglobina. En la autopsia se encontró un tumor maligno de origen suprarrenal y en la hipófisis una hiperplasia notable de los elementos basófilos, la

cual puede considerarse como una reacción hipofisaria a la lesión primitiva suprarrenal.

Los autores han producido poliglobulias por suprarrenalectomía bilateral en el perro. Esta poliglobulia traduciría la hiperactividad compensadora de la hipófisis.

ENRIQUE JUNCADELLA

MILTON (B.) y ROSENBLATT: Amiloidosis y nefrosis amiloidea. *The Am. Journ. of the Med. Sc.* Vol. 186, número 4. Octubre 1933.

Dicen los autores que entre 1.727 autopsias realizadas en un hospital general, encuentran la existencia de amiloidosis en un 7'2 % de casos. Entre los tuberculosos la proporción de amiloidosis alcanza el 24'4 %; en los no tuberculosos la proporción es del 1'2 %. En los pacientes con lesiones tuberculosas supurativas la cifra de amiloidosis llega al 35'2 %. Los órganos en los cuales se demuestra con más frecuencia la amiloidosis son los siguientes: bazo, riñones, hígado y suprarrenal. Un reconocimiento de 110 enfermos tuberculosos, con amiloidosis, les ha demostrado, que el mayor número de casos están comprendidos entre los 40 y 50 años de la vida.

Sólo en un 70 % de los casos encuentran albuminuria. Entre estos casos de albuminuria, en un 84'5 % existía amiloidosis renal. En 14 casos entre 79, existía una amiloidosis renal sin albuminuria. Acaban diciendo los autores que el diagnóstico de la nefrosis amiloidea, puede ser hecho con relativa certitud, en presencia del complejo sintomático nefrótico y de una prueba positiva del rojo congo.

ENRIQUE JUNCADELLA

Tisiología

PALANCA: Reflexiones acerca de la organización de la lucha antituberculosa en España. *Sociedad Española de Tisiología.* Sesión del 20 de abril de 1933.

—Una vez creado el ambiente, merced a un pequeño grupo de especialistas, de que en España había que luchar contra la tuberculosis y de que el Estado era el que debía asumir por el momento la obligación, considera que en España puede seguirse cualquiera de los tres

caminos que se han seguido en el extranjero: 1.º La organización antituberculosa es una función del Estado. 2.º El Estado se limita a sostener moralmente y amparar en el terreno económico a una Asociación Nacional que le sugiere las medidas legislativas necesarias. 3.º Una serie de organismos locales, provinciales, regionales o nacionales son los que dirigen la lucha antituberculosa, aunque tengan una Asociación Nacional como consejera. Analiza estos puntos de vista, para llegar a la conclusión de que en España tenemos que resignarnos a que el Estado siga siendo el que dirija todo el aspecto de la lucha, en tanto los que estemos fuera sigamos haciendo la propaganda necesaria para llegar a una cooperación armónica en la Asociación Nacional, que tarde o temprano tendrá que formarse. El día que esto ocurra, serán funciones de esta Asociación las siguientes: a) establecer las normas de la lucha antituberculosa, orientando las actividades locales; b), mantener una revista; c) tener reuniones periódicas y celebrar congresos científicos y sobre todo de discusión de organización; d), servir de lazo de unión entre las distintas organizaciones antituberculosas nacionales, y con las extranjeras; e), fomentar campañas para lograr mejoras en la legislación y en la aplicación de medios indirectos de lucha antituberculosa; f), propaganda antituberculosa, y g), establecer relaciones con las organizaciones sanitarias del Estado para obtener del mismo recursos económicos y la colaboración de su personal técnico aplicable a la lucha antituberculosa.

Se ocupa a continuación de las relaciones que con la Asociación Nacional tendrían las filiales de las provincias.

Los tres grandes procedimientos que pueden usarse en la lucha antituberculosa son los siguientes: primero, una organización profiláctica; segundo, una vacunación específica, y tercero, leyes sociales determinadas.

La organización profiláctica se basa en la asistencia de la totalidad de los tuberculosos, cualquiera que sea su tipo clínico y su condición social. Sería necesario comenzar por organizar, en extenso, la lucha contra la tuberculosis en la infancia, para seguir por la de dispensarios, por la de los grupos hospitalarios donde se verificase el tratamiento de los casos iniciales, donde se aislase a los graves, y donde, además, se pusiese en observación a los de diagnóstico dudoso. Y finalmente habrá que ir a la creación

de núcleos sanatoriales, de preventorios y de instituciones auxiliares y derivadas que completasen la acción profiláctica de toda la organización.

En cuanto a la organización de la lucha contra la tuberculosis infantil, hay que comenzar por la profilaxia antenatal, pudiendo seguirse dos grandes caminos: el de salas de aislamiento en las maternidades para el tratamiento de las embarazadas tuberculosas, y el de salas para las embarazadas en los hospites y sanatorios. Pasando a la organización profiláctica post-natal, en ella tienen su lugar adecuado los hospitales y sanatorios para llevar a cabo los siguientes trabajos: 1.º el tratamiento de las tuberculosis iniciales y poco avanzadas, lo mismo las intratorácicas que las de otros órganos. No es preciso insistir en la conveniencia de que se reúnan los niños afectados de lesiones tuberculosas, separando solamente los más contagiosos, con el fin de tratarlos con medios modernos. 2.º Observación de los lactantes o de niños de segunda infancia en los que el diagnóstico se presta a algunas dudas, con el fin de determinar exactamente la conducta que debe seguirse con ellos.

Habla a continuación de la organización médica de la escuela, de las obras post-escolares y para-escolares, insistiendo en la colaboración mutua entre el tisiólogo y el pediatra.

Por lo que respecta a la profilaxis de la tuberculosis en el adulto, no cabe duda que el punto de arranque en la lucha contra la tuberculosis tiene que ser el dispensario. Si se consigue que al dispensario asistan grandes núcleos de adolescentes y de jóvenes para efectuar ciertos exámenes periódicos que permitan descubrir las fases iniciales, el servicio prestado a la organización será considerable. Como complemento hay que ir a la creación de hospitales-sanatorios y de núcleos sanatoriales e instituciones auxiliares y complementarias, como colonias industriales para convalecientes, establecimientos agrícolas, etc.

Vacunación específica. — Es necesario que ésta figure en el plan general.

Leyes sociales. — La tuberculosis, más que una enfermedad es un verdadero problema social. En la tuberculosis le es indispensable al médico la colaboración con el arquitecto que se encargue de sanear las habitaciones, de los sociólogos que estudien nuevas leyes de trabajo, de los industriales que las apliquen a sus

fábricas, de leyes de abastos que permitan una alimentación adecuada, y, finalmente, de una buena organización sanitaria capaz de curar a los enfermos y vigilar a los sanos.

Se refiere a continuación a la carencia de datos para establecer la proporcionalidad de las distintas organizaciones de la lucha antituberculosa. La heterogénea distribución de la tuberculosis en el solar español aumenta las dificultades en este sentido.

Es más sencilla la organización de la profilaxis de la tuberculosis en el medio rural que en el medio urbano, por ser mucho más fácil la organización del dispensario. Los dispensarios ambulantes serán más eficaces por su acción propagandista que por su acción clínica.

DR. CERVERÓ. — Considera que la organización a cargo del Estado únicamente llevaría al fracaso como ha ocurrido en otros países. Es necesaria en absoluto la colaboración de todos los habitantes en la cuantía que sea posible para cada uno.

DR. NAVARRO BLASCO. — Cree que la lucha antituberculosa debiera ser algo en que contribuyeran el Estado por un lado, la provincia por otro y el municipio por otro, pero con organismos oficiales en los que hubiera una representación de las entidades particulares. Tendría, desde luego, que haber un organismo superior que diera la pauta general de lucha antituberculosa en todo el país, pero esta pauta general debería derivarse de los informes de las organizaciones regionales o provinciales. Esta pauta general se acomodaría a las características particulares de cada región o provincia.

Se refiere a la obligatoriedad del tratamiento, cuestión que hace pensar que al obligar a un enfermo a estar recluso, si su estado lo requiere, habrá que sostener a la familia del mismo.

Considera difícil señalar el número y clase de los centros precisos.

Señala la importancia del examen del maestro, considerando que no se debe permitir a nadie que pueda dedicarse a la enseñanza sin un examen detenido.

DR. ALONSO SERRANO. — Hace notar la conveniencia de que en los programas de las distintas patologías y especialidades, se diera una particular importancia a la tuberculosis para que

el médico que no se quede en la capital y vaya a los pueblos tenga un conocimiento mínimo por lo menos de la tuberculosis.

DR. PALANCA. — Da más importancia al Dispensario que al Sanatorio, porque va a evitar, además de tratar a los enfermos, que muchos vayan al Sanatorio.

CERVERÓ LACORT: Obras de reeducación para tuberculosos.

Considera imprescindibles las obras de reeducación (Casas de trabajo, Colonias agrícolas o mixtas), en toda organización antituberculosa. Desde hace mucho tiempo se ha venido hablando de la "cura de trabajo" en los tuberculosos y a este respecto considera que el trabajo durante la cura de un tuberculoso debe ser terminantemente proscrito, pues fuera del reposo absoluto y prolongado no hay curación posible en la tuberculosis pulmonar.

Las casas de trabajo o colonias especiales tienen que ser lugares en que el tuberculoso, a su salida del sanatorio, comienza el trabajo paulatinamente o cambia de profesión, con el fin de que al salir de allí tenga una nueva ocupación con la que pueda atender a su subsistencia con el mínimo peligro de retroceso de su enfermedad. La jornada de trabajo en estas colonias no debe exceder de seis horas y en la mayoría de los casos de tres, según el estado del paciente.

Como resulta imposible curar a un tuberculoso pulmonar si no guarda el reposo debido, una vez curados clínicamente o los crónicos en estado de inactividad no pueden someterse a un trabajo corriente y en la mayoría de los casos tienen que cambiar de oficio u ocupación, siendo un problema no siempre fácil encontrar a estos sujetos un trabajo que les sea conveniente y además lo suficientemente remunerador. Hay que excluir los trabajos en grandes fábricas o talleres, los trabajos en serie, el manejo de útiles pesados, el trabajo a destajo, etc.

En España, siendo un país esencialmente agrícola, podrían comenzar los ensayos con trabajos de este género, creación de granjas agrícolas, apícolas, de estudios de jardinería, clasificación de semillas, cría de cerdos, conejos,

etcétera, y en la parte industrial: talleres de sastretería, zapatería, encuadernación, juguetería, relojería, pequeños trabajos de ebanistería, artículos de viaje, etc. El médico encargado de estas obras de reeducación es el encargado de fijar el número de horas de trabajo de cada individuo y de someterle a intensa observación. El médico en estos casos debe conservar su independencia profesional y no estar mezclado en los problemas técnicos o financieros de la empresa.

Estas instituciones funcionan ya en varios países: Noruega, Dinamarca, Alemania, etc., etcétera.

Una modalidad de estas obras de reeducación es la vigilancia del estudiante tuberculoso, verdadero trabajador intelectual. Unicamente en Suiza es donde se ha comenzado este ensayo. En Leysin, por iniciativa del doctor Vautier, se creó un Sanatorio Universitario y en vista del resultado obtenido piensa crear un gran Sanatorio Universitario Internacional.

Espera se solicite una vez más de los poderes públicos la creación en España de estas obras de reeducación.

DR. UBEDA SARACHAGA. — Muchos enfermos salidos de los hospitales y sanatorios cuando pasa el tiempo reglamentario de su estancia en ellos, y en las condiciones en que se encuentran a la salida, abandonados a sus propios recursos, a veces sin comer, resultará nulo el beneficio de la cura sanatorial. Unos por abandono personal o por no conocer sus propias conveniencias, otros porque son echados a la calle en mejores condiciones que estaban cuando ingresaron, pero con la seguridad de que al cabo de poco tiempo volverán a encontrarse en las mismas condiciones en que estaban antes, y otros porque la sociedad no les da recursos y después de haberles puesto en buenas condiciones vuelven a recaer.

DR. GARCÍA TRIVIÑO. — Los enfermos que vayan a las Obras de reeducación han de ir a ellas una vez que estemos seguros de que están verdaderamente curados y no debemos olvidar que la tuberculosis es una enfermedad amenazadora que a cada momento puede exaltarse.