

Revista de Revistas

Medicina

B. T. OLCOTT: Neumonía, por bacilo de Friedlander. *Arch. of Path.*, Oct. 1933.

OLCOTT comunica cinco casos de neumonía, en los cuales en la autopsia encuentra el bacilo Friedlander en la sangre, y un caso en el cual obtiene un cultivo de este microbio, obtenido del pulmón post motem. El curso fué agudo en todos los casos, ocurriendo la muerte en un lapso de tiempo de dos a cinco días, el comienzo de la enfermedad. La edad de los enfermos oscilaba entre 38 y 55 años. Tres de ellos tenían una historia marcada de alcoholismo y los otros tres una historia de repetidas infecciones de las vías respiratorias altas. En cuatro el número de leucocitos era menor de 7.000 llegando en uno de ellos por bajo de 2.000 con un 24 % de grandes mononucleares. En tres la neumonía era de distribución lobular; en uno la distribución era lobulillar y en otro era lobular en un lóbulo y lobulillar en otro. Las paredes alveolares estaban más o menos alteradas en todos ellos. En cuatro existía una enorme cantidad de bacilos, en los alvéolos pulmonares, mientras que en los otros dos era escasa. En los primeros las células predominantes, en el alvéolo, eran los mononucleares y en menor cantidad los polinucleares, mientras que en los segundos aparecía lo contrario.

ENRIQUE JUNCADELLA

COSSIO (P.): Contribución del electrocardiograma en el diagnóstico de ciertos aneurismas de los senos de Valsalva (aneurismas intrapericardiacos). *La Semana Médica*, a XLI, 29 Marzo de 1934, p. 932.

El autor estudia los electrocardiogramas de tres casos por él observados, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Se refieren tres observaciones anatómicas de insuficiencia aórtica sífilítica que concomitantemente presentaban aneurismas de la porción inicial de la aorta.

2. Dicho aneurisma en la observación 1 tenía un desarrollo yuxtacardiaco, en la observación 2 yuxta e intracardiaco, y en la observación 3 intracardiaco exclusivamente.

3. El problema clínico que originan los aneurismas de la porción inicial de la aorta, es si existe o no tal alteración.

4. Dicho problema, por lo general, sólo se plantea en la práctica en sujetos que concurren al médico por los síntomas y los signos que ocasiona la aortitis sífilítica con insuficiencia sigmoidea.

5. Prácticamente, el diagnóstico de aneurisma de la porción inicial de la aorta es un diagnóstico complementario del diagnóstico de insuficiencia aórtica sífilítica.

6. Hay tantas menos probabilidades de hacer el diagnóstico de seguridad de los aneurismas de la porción inicial de la aorta, cuanto más próximo al nacimiento del vaso asiente el aneurisma, pues su visibilidad a los rayos Roentgen disminuye a medida que el aneurisma tome relaciones más estrechas con el corazón.

7. Todavía en los aneurismas yuxtacardiacos existen muchas posibilidades de hacer un diagnóstico de absoluta seguridad, mientras que en los aneurismas incrustados dentro del propio corazón (aneurismas intracardiacos), sólo se puede hacer un diagnóstico de probabilidad.

8. La existencia de una curva eléctrica tipo bloqueo parcial de rama izquierda, nomenclatura clásica, en un sujeto con una insuficiencia aórtica sífilítica, es una comprobación de un valor diagnóstico bastante grande para pensar en la probable existencia de un aneuris-

ma incrustado en el tabique interaurículoventricular.

9. Si el examen radiológico revela un aneurisma yuxtacardiaco, el diagnóstico de aneurisma incrustado en el tabique puede ser considerado de absoluta seguridad.

10. Si el examen radiológico no revela un aneurisma yuxtacardiaco, debe pensarse en la existencia de un aneurisma incluido dentro del corazón, sin descartar en absoluto la posibilidad de existir un aneurisma yuxtacardiaco o de que otro proceso es el causante del trastorno de la conducción y no un aneurisma incrustado en el tabique.

11. La existencia de una S₁ profunda en un sujeto con insuficiencia aórtica sífilítica, parece tener el mismo valor diagnóstico que las curvas tipo bloqueo parcial de rama izquierda (nueva nomenclatura). Esta comprobación debe ser confirmada por nuevas observaciones, para recién ser considerada como una adquisición definitiva.

J. SALARICH

BERKEL y SOURGIK: "Tratamiento de la linfogranulomatosis inguinal por las inyecciones de leche, de glicerina y de pus-vacuna en los ganglios".— *Annales des maladies vénériennes*, número 8, 1933.

Los autores han tratado a 16 enfermos afectados de enfermedad de Nicolás Favre por el método intraganglionar; 13 fueron sometidos al tratamiento por leche (dos mejorías notables, cinco mejorías, tres no modificados), dos han recibido tratamiento por la glicerina (una mejoría, un fracaso); otro tratado por el antígeno de Frei (pus-vacuna y autopus-vacuna), mejoró.

Estos diversos tratamientos intraganglionares dan en general buenos resultados y disminuyen la duración de la enfermedad. Es probable que la acción irritante de esta medicación provoque la desensibilización del tejido lesionado.

El medio más accesible es la leche, que se inyecta en los ganglios a pequeñas dosis de 0'2 a 0'3 cada dos o tres días.

Se puede emplear la glicerina a la dosis de 1,5 a 2 c. c.

En general, hay que poner 12 a 15 inyecciones.

Es útil asociar este método a la diatermia.

En caso de observación de absceso, se evacuará diariamente el pus con una jeringa; se aplicarán localmente compresas húmedas y se continuará el tratamiento intraglandular. Si persisten trayectos fistulosos, se recurrirá a la radioterapia.

Si esta terapéutica fracasa se extirparán quirúrgicamente los trayectos fistulosos y los ganglios correspondientes.

V. ARTIGAS

BAYLEY (G.): El valor globular en las anemias de la sífilis congénita de la primera infancia. *La Semana Médica*, a. XLI, 8 de marzo de 1934, p. 721.

El autor, después de estudiar la importancia de la sífilis congénita como causa de las anemias de la primera infancia, se ocupa de su frecuencia, del valor globular normal en esta edad y de sus modificaciones en las anemias sífilíticas, llegando a las conclusiones siguientes:

1.º Que es frecuente encontrar un valor globular superior a la unidad; pero que este hecho está lejos de ser constante.

2.º Que si se tiene en cuenta que en esta edad, por las razones anotadas, el valor globular no está representado por la unidad, sino por una cifra menor (0'87 a 0'91), el valor globular en estas anemias se encuentra aumentado en forma relativa.

3.º Que estos aumentos absolutos o relativos del valor globular tienen más significación etiológica en estas anemias, si se los relaciona con otros caracteres hematológicos de las mismas: presencia de elementos inmaduros, predominio de los mononucleares, etc. (Estos caracteres no les son exclusivos).

4.º Que en forma absoluta tanto la cantidad de hemoglobina, como el número de glóbulos rojos se encuentran disminuídos; siendo relativamente mayor la disminución de éstos que la de aquélla.

5.º Que este aumento del valor globular tiene particular interés para el diagnóstico etiológico, puesto que no suele hallarse en otras anemias de esta edad y desde que las formas perniciosas son rarísimas. El aumento del valor globular no tiene en todas las anemias de la sífilis congénita el pronóstico grave que adquiere en las de otras etiologías.

J. SALARICH

P. WHITE, T. SHARBER: Tabaco, alcohol y angina de pecho. *The Jour. A. M. A.* Marzo-3-1934.

Hacen en primer lugar una revisión de la literatura existente sobre este asunto, y luego exponen los resultados de su experiencia. Este trabajo consiste en una investigación del consumo de alcohol y de tabaco, en 1.500 personas: de este total, la mitad, o sea 750, están afectadas de angina de pecho, mientras que los otros 750 no la presentan; los dos lotes, para que resulte más exacta la comparación, se encuentran en las mismas condiciones de edad, sexo, etc. De esta comparación resulta lo siguiente: 1.º, en lo concerniente al tabaco un 46,1 % de los casos con anginas de pecho, no son fumadores; un 24,4 % usan del tabaco en exceso; un 37,2 % de la serie control no eran fumadores, mientras que un 33,5 % eran grandes fumadores.

2.º En lo que hace referencia al alcohol, los resultados son los siguientes: el 64,7 % del grupo control no eran bebedores. Sólo 8 de los 750 pacientes con angor, o sea 1,1 % eran grandes bebedores, mientras que en el grupo control el 8,4 %, o sea 63 personas, bebían mucho alcohol, de los cuales 4 hacían fuertes excesos. De todo esto se deduce que el uso o abstinencia del tabaco o del alcohol no desempeña un importante papel en la génesis de la angina de pecho. En algún caso el uso del tabaco agrava o precipita aparentemente los ataques del angor; y en algún caso el alcohol ayuda a prevenir o aliviar tales ataques.

ENRIQUE JUNCADELLA

P. H. MORISA. M. C. SOSMAN: Demostración radiográfica de la calcificación de las arterias coronarias en vida. *The Jour. A. M. A.* Febrero 24 1934.

La calcificación pericardiaca, ha sido hallada en vida del enfermo por varios autores, mediante los rayos X. Ha sido dicho por muchos radiólogos, que la calcificación de las coronarias, podría también demostrarse en vida con refinamientos de técnica. Los autores presentan tres casos, en los cuales hacen el diagnóstico de calcificación de las coronarias, en vida del enfermo, mediante la radiografía. El primer caso es el de un enfermo de 67 años, con dolores de

tipo anginoso; por rayos X logran ver una calcificación a nivel del surco coronario. Después de una tiroidectomía sobreviene una trombosis coronaria, falleciendo el enfermo y en la autopsia comprueban aquella calcificación. El segundo caso es el de un *chauffeur* de 67 años; desde hace 8 años tiene dolor subesternal, con irradiaciones de tipo anginoso, que ceden con trinitrina. Con los rayos X ven una calcificación coronaria. Caso tercero, enfermo de 60 años, con síndrome de angor-pectoris; se le practica una tiroidectomía; dos meses después observan por rayos X una calcificación coronaria. Dicen los autores que para en contrar esta lesión por rayos X, es necesario hacer una observación muy atenta. La mejor posición para verla es la oblicua anterior derecha; suele aparecer como una línea segmentada e incurvada, correspondiendo al curso de la arteria. Hacen por último el diagnóstico diferencial con otros, con las que pudieran confundirse, que son las siguientes: las calcificaciones situadas en las válvulas, las del pericardio, las de los cartilagos costales, los bronquios y con ganglios calcificados.

ENRIQUE JUNCADELLA

Cirugía

KORVIN (H.): La cuestión de las modificaciones premorboas de la enfermedad de Perthes. *Zeitschr. fur Orthop. Chir.*, v. LIX, f. 1, p. 76-98, abril de 1933.

El autor llega a las siguientes conclusiones: Según tres casos por él estudiados de caderas antes o en el comienzo de una osteocondritis deformante juvenil, existe, como en los demás casos publicados, una subluxación en el sentido indicado por CALOT.

Dicha subluxación no es el resultado de un proceso morboso ni una disposición anormal, sino que es una forma relativamente frecuente y que entra de lleno en la normalidad. Es evidente que ella por sí sola ni añadiéndose una infección, un embarazo o un traumatismo, no es la causa de la osteocondritis deformante, sino que es preciso la intervención de un factor especial aun desconocido.

La luxación representaría la predisposición orgánica a dicha enfermedad.

V. ARTIGAS

SCHOTTMÜLER: Los resultados terapéuticos en la artritis deformante de origen endocrino. *Duetch. Med. Wochr.* A. 58, núm. 33, p. 1436-37, 9 septiembre 1932.

Refiere el autor dos casos de artritis deformante en los que había que buscar la etiología de la lesión en los trastornos endocrinos presentados por la enferma, especialmente en cuanto a una hipofunción ovárica. Aparte la falta de otros factores etiológicos, confirma la creencia del autor en el primer caso la existencia de una ovariectomía bilateral, y en el segundo por intensos trastornos en la menopausia. El argumento decisivo lo da, sin embargo, el hecho de la mejora de todos los síntomas clínicos, junto con la desaparición absoluta del dolor con la administración por inyección subcutánea de foliculina seguida durante seis semanas a dosis de 100 unidades al día, siendo negativo el resultado obtenido con otros medios terapéuticos. El autor recomienda utilizar dosis altas con regularidad y constancia. En casos de que sea dudoso el origen endocrino de la artritis o que se trate de una artritis mixta, infecciosa primero, endocrina luego, el autor recomienda el uso de la foliculina asociada al piramidón.

V. ARTIGAS

CLAVEL (CH.): Formas hemorrágicas del ulcus péptico postoperatorio gastro-yeyunal. *Revue de chir.*, a. LII, núm. 3, marzo de 1933, p. 207-14.

Las hemorragias son raras en las úlceras pépticas post-operatorias. El autor encuentra una docena de casos pertenecientes a FINSTERER, STOLZ, HABERER, TAVERNIER, BOHNMANSON, DONATI, LEFÈVRE y VERNIER, si bien otros autores encuentran hemorragias ocultas. En la úlcera péptica la hemorragia es evidentemente más frecuente de lo que se cree, constituyendo no un síntoma, sino una complicación. La úlcera péptica por sí sola constituye una indicación quirúrgica formal y con más razón si es hemorrágica.

No obstante, en los casos de hemorragia grave la indicación es difícil de sentar, dependiendo del momento más favorable en que debe practicarse.

De entre 11 casos operados, 4 lo fueron en

momentos alejados de la hemorragia, curando los cuatro. 7 fueron operados en plena hemorragia, con tres curaciones y 4 murieron. El autor aconseja abrir el estómago y explorar directamente la boca anastomótica, practicando directamente la hemostasia sin intentar en este tiempo una intervención más compleja del tipo de la resección. En casos muy difíciles practicar tan sólo una yeyunostomía.

V. ARTIGAS

MOULONGUET y ROUSSET: Las pérdidas hemáticas por el pezón y la ectasia de los galactóforos. *Journal de Chir.*, t. XLIII, núm. 4, abril 1934, p. 488-504.

Los autores describen 7 casos por ellos observados llegando a las siguientes conclusiones: Las pérdidas serosas o hemáticas por el pezón pueden ser debidas a una ectasia de los canales galactóforos sin que haya ninguna otra lesión glandular.

En la clínica estas pérdidas pueden ser reconocidas porque se hacen por varios poros mamelonares y no por uno solo como en los tumores vegetantes intracanaliculares. En la intervención hecha con la incisión radiada indicada por LECÈNE se reconocerán las dilataciones múltiples de los galactóforos prolongándose hasta el tejido glandular. La intervención no debe ser mutilante, ya que se trata de una lesión absolutamente benigna. La mejor técnica es la seguida en los casos por ellos observados, practicando la amputación subcutánea de la glándula mamaria mediante la incisión radiada de LECÈNE.

V. ARTIGAS

LENORMAND (CH.): El tratamiento de las fracturas antiguas del calcáneo. *La Presse Med.* A. XLI, núm. 72, 9 sept. 1933, p. 1.401-2.

El autor trata solamente de las fracturas antiguas del calcáneo tratadas por la clásica abstención, en las que al cabo de tiempo persisten el dolor y la impotencia. En estos casos los trastornos funcionales son debidos, más que al hundimiento de la bóveda plantar, al desequilibrio de todas las articulaciones posteriores del pie por hundimiento del astrágalo. Para el tra-

tamiento de estos factores se ha propuesto la doble artrodesis sub-astragalina y medio-tarsiana. El autor la ha empleado, en un caso que cita, con buen resultado, mejorando progresivamente el paciente a los 4 meses de la intervención.

La artrodesis no restablece la estática del pie, creyendo el autor que se puede obtener un mejor equilibrio del pie posterior con un injerto óseo. Es fácil al practicar la artrodesis sub-astragalina deslizar bajo el astrágalo entre las superficies óseas avivadas uno o varios injertos ósteo-periósticos. Ha seguido esta técnica en tres casos con resultados si no perfectos, importantes, pues se obtuvo una notable mejora de la marcha.

V. ARTIGAS

ROEDER (G. O.): Gastrectomía total. *Ann. of Surgery*, V. XCVIII, núm. 2, p. 221-31. Agosto 1933.

El autor cita tres observaciones de gastrectomía total, es decir, de ablación de todo el estómago con una pequeña parte de esófago y duodeno. Dos de los casos murieron por peritonitis, por gangrena de una asa ileal y por complicaciones pulmonares respectivamente. El otro curó, quedando con sensación de hambre y presentando náuseas alguna vez, a pesar de carecer de estómago.

Comprendiendo estos tres casos el autor ha encontrado 88 gastrectomías totales publicadas. Han habido 44 muertos en el curso postoperatorio por *shock*, hemorragia, infección peritoneal o pulmonar.

Estos resultados cree el autor que pueden ser mejorados. Un enfermo de MAYO ROBSON, con gastrectomía casi total, vive todavía después de 30 años de la intervención. El autor lleva el asa yeyunal en contacto con el esófago al que la sutura en su punto más elevado, practicando después una anastomosis yeyunoyeyunal lateral para reconstruir una especie de bolsa gástrica.

V. ARTIGAS

Gastroenterología

VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON (L.) y Mme. y M. DESOILLE (H.): "Observaciones clínicas sobre la opoterapia hepática (el extracto a dosis elevadas por vía parenteral)".—*Annales de Médecine*, t. 34, núm. 2, 1933.

La operatoria hepática es infinitamente más activa por vía parenteral (inyecciones subcutáneas, intramusculares y a veces intravenosa) que por la boca.

Además, la calidad del extracto y la dosis empleada desempeñan un papel capital. Aumentando las cantidades se obtiene a menudo, sin inconveniente, notables resultados indudables, incluso en casos muy graves. La posología varía de 1 a 100, según los casos.

Las indicaciones de la opoterapia hepática inyectable son muy extensas:

A pequeñas dosis (1 c. c. que corresponde a 0'10 gramos de extracto seco dos veces a la semana), evita o disminuye los accidentes de las medicaciones tóxicas (arsénico, mercurio, oro, bismuto, yoduros, vacunas, sueros), cuya eficacia activa por otra parte.

En cantidad media (extracto inyectable que varía de 0'10 a un gramo de extracto seco, diario), mejora indiscutiblemente ciertos síntomas relacionados con insuficiencias hepáticas ligeras (cefalalgias, urticarias, prurito, eczemas, eritrodermias, acné).

En las infecciones, las intoxicaciones o las cirrosis van acompañadas de insuficiencia hepática más o menos pronunciada; la opoterapia inyectable atenúa considerablemente esta última. La dosis debe ser proporcionada a cada caso.

En la ictericia grave, grandes cantidades (dos a cuatro c. c. de extracto concentrado, correspondiente a 30, 60 gramos e incluso más, de hígado fresco) combaten eficazmente las hemorragias y los fenómenos nerviosos y retardan francamente la evolución fatal de los accidentes.

En muy pocos enfermos las dosis demasiado grandes parece que pueden provocar hepatalgia, diarrea, movimientos ligeros y de poca importancia, o despertar cólicos vesiculares antiguos. Tal vez en otros casos este tratamiento, "piedra de toque", permitiría poner de manifiesto fenómenos hepatovesiculares latentes y servir así de procedimiento de diagnóstico.

V. ARTIGAS