Revista de revistas

Medicina

RAVINA (A.): Tratamiento de los reumatismos articulares y musculares por la histamina y sus derivados.— *La Presse Med.*, A. 41. número 26, p. 519-21, 1 abril 1933.

Los resultados terapéuticos obtenidos en las afecciones reumáticas con el masaje, las cataplasmas, baños de barro, de agua caliente, diatermia, etc., son debidos, según pacere, al hecho de que estos métodos producirían una liberación a expensas de las células cutáneas de una substancia de acción vasodilatadora semejante a la histamina.

La acción terapéutica dependería, pues, de la acción de reacción vascular, tal como se obtiene con la inyección de histamina. La histamina, dilatando los vasos activa la circulación local, provoca la reabsorción de los exudados y la eliminación de los productos del metabolismo patológico acumulados por éstasis sanguíneo. La histamina puede ser usada por vía subcutánea e intramuscular.

V. Artigas

CHIRAY (G.), ALBOT (CH.), RIBADEAU-DUMAS y LELOUDY (J.): *La Presse Médicale*. 29 Noviembre 1933.

La acción del ácido fenil-quinolein carbónico o atofan sobre la secreción hepática de la bilis, ha dado motivo a numerosas publicaciones.

Los autores han estudiado en el hombre, valiéndose del cateterismo duodenal, la acción del atofan sódico sobre la función biliar, con un doble objeto: *a*) verificar el poder colerético; *b*) ensayar de fundar sobre este poder un nuevo procedimiento de exploración funcional de la célula hepática, que investigaría de una manera electiva la función pigmentaria del hígado. El producto que ellos emplean es una solución acuosa y neutra, conteniendo el décimo de su peso de sal sódica de atofan.

El atofan produce un aumento de la cantidad de bilis y del tenor pigmentario en los sujetos con hígado normal. En las personas con hígado enfermo, se presenta en más de la mitad de los casos, ya sea una disminución de la función biliar o una fijeza de la misma. Este hecho corresponde, sin duda, a un trastorno funcional de la célula hepática.

Esta prueba, que no produce inconvenientes al enfermo, interroga de una manera electiva la función pigmentaria del hígado, que es una de las más importantes manifestaciones de la actividad celular de esta glándula.

V. Artigas

VICTOR (C.), JACOBSEN y GUSTAVUS (H.) KLINCK: Melanina. Su movilización y excreción en condiciones normales y patológicas. *Arch. of Path.*, vol, 17, núm. 2, Febrero 1934.

La melanina se encuentra normalmente en la piel, en la capa pigmentaria de la retina, en la coroides, en ciertas partes del sistema nervioso central y en la zona reticular de las glándulas suprarrenales. Mientras la melanina es soluble in vitro solamente en álcalis o ácidos fuertes, en el organismo se encuentra en solución o en suspensión coloidal; ya que este cuerpo o su precursor el melanógeno, produce una orina coloreada en muchos casos de melanoma.

La movilización de la melanina desde los

lugares en que normal o patológicamente está contenida y su excreción, han sido estudiadas en personas viejas, rubias y morenas, en negros adultos, en pacientes con enfermedad de Addison, en enfermos afectos de melanoma y en más de 400 ratones blancos cada uno de los cuales tenía un melanoma transplantado.

En la enfermedad de Addison y en la melanomatosis, los riñones contienen mucha melanina en las asas de Henle y en los tubos colectores. Granos de melanina se presentan a menudo en los cilindros renales en estas enfermedades; dicen los autores que en una ocasión hicieron el diagnóstico de enfermedad de Addison, gracias a este hallazgo. Los riñones de la gente vieja, especialmente morena y en los negros adultos constipados, que mueren por una enfermedad consuntiva, se encuentran los mismos hallazgos. Las vías de excreción de la melanina son: la piel, por descamación, el tracto intestinal y los riñones.

El pigmento de la zona reticular de las glándulas suprarrenales parece ser melanina y los autores sugieren la posibilidad de que el pigmento sea absorbido de las células nerviosas de la médula suprarrenal contigua, añadiéndose así las células epiteliales de la corteza suprarrenal, a la lista de los posibles melanóforos.

Esta idea del origen de la melanina en la glándula suprerrenal está de acuerdo con la teoría de Soldan-Masson sobre el origen de los melanomas. Creen que la melanina, dondequiera que se encuentre es siempre de origen neuro-ectodérmico.

Enrique JUNCADELLA

ARTHUR W. HAM, MURRAY D, LEWIS: Esclerosis experimental de las arterias coronarias de la rata. *Archiv. or Path.*, núm. 3, vol. 17. Marzo 1934.

A 7 ratas, de 23 días y de 44 gr. de peso, les administran, además de su ración habitual, una a dos gotas de ergosterol irradiado por día; tres de ellas, murieron durante la segunda semana; otra, a los 21 días y las otras tres fueron sacrificadas a los 22 días. En la autopsia encuentran las coronarias con severas lesiones, siendo las más importantes, la calcificación de la media y la proliferación de la íntima.

Esta administración de grandes cantidades de ergosterol irradiado, afecta profundanmente el metabolismo del calcio y creen los autores que el primer efecto producido por la precipitación del calcio del suero, es la calcificación de la túnica media, mientras que la proliferación de la íntima, es consecuencia del efecto ulterior de esta precipitación o debida a nuevas precipitaciones.

Enrique JUNCADELLA

MOFFAT (W. M): Efecto de las inyecciones de pituitrina sobre la tensión arterial, en el hombre.. *Americ. Journ. of Med. Sc.* 186: 753-900. Diciembre 1933.

Expone los trabajos de sus experiencias en el hombre. Inyecta por vía intramuscular un cc. de pituitrina a 62 personas y observa la tensión arterial, a intervalos desde los 2 minutos hasta los 60. No observa con esto, cambios constantes de la presión arterial. En pocas personas hubo un cambio importante de la presión arterial, pero tanto en el sentido de ascenso como el de descenso, pero en la mayor parte de casos la modificación de la presión arterial o fué pequeña o no existió. Aparte de un ligero y transitorio ascenso inmediatamente después de administrada la inyección, la tendencia general fué la de una disminución más que de un aumento; esta tendencia al descenso de la presión arterial es más marcada en la presión sistólica que en la diastólica.

Enrique JUNCADELLA

GORDON (W.): Un caso de enfermedad de Addison tratado con sal común. *The Lancet*, vol. 1, núm. 18. Mayo 5, 34.

En un reciente artículo publicado en esta revista, se trataba ya de la terapéutica de esta enfermedad por el cloruro sódico y se daba cuenta de la alteración de la cifra de varias substancias en la sangre, en estos casos de disfunción suprarrenal. El autor estudia de nuevo este asunto en un caso. Examina aquellas substancias antes y después del tratamiento y obtiene

resultados interesantes, que confirman las anormalidades descritas por los autores americanos.

El caso es el de un hombre de 52 años, afecto de enfermedad de Addison, que fué ya tratado en el año 1931 con extracto córtico suprarrenal, seguido de mejoría. En el año 1932 reingresa quejándose de fácil cansancio, anorexia, vómitos y dolor precordial. La glicemia era de 76 mmgr. %; con un nuevo tratamiento a base de extracto de cortical, mejora nuevamente, pero pronto vuelve a ingresar con acentuación de todos los síntomas, especialmente de la pigmentación. Es en estas condiciones cuando establecen una terapéutica a base de cloruro sódico per os. Al cabo de una semana, ha mejorado en gran manera el estado general, desapareciendo la astenia, al mismo tiempo que asciende la presión arterial.

Un análisis de varios componentes de la sangre antes del tratamiento, puso de manifiesto la existencia de una disminución importante del sodio y un aumento también importante del potasio. Estas anormalidades desaparecieron después del tratamiento.

Enrique JUNCADELLA

WATSON SMITH (S.) y HENRY BLAIR: Un caso de Hemocromatosis. *The British Med. Journ.* Abril 14 1934.

Consideran que se trata de un caso raro, por la falta de diabetes mellitus, la extrema obesidad, el fuerte color bronceado de la piel, la atrofodermia de la cara, todo ello en una chica de 19 años, y por los hallazgos necrópsicos.

En la autopsia encuentran un hígado pequeño, de color verdoso. La vesícula biliar distendida y llena de bilis verde, conteniendo 2 cálculos pigmentarios. A la sección se aprecian nódulos de color amarillento parduscos en una gruesa trama fibrosa. Microscópicamente se constata una activa fibrosis perilobulillar. Cerca de la cápsula externa, que es muy gruesa, existen pequeñas arcas compuestas de 6-7 células cúbicas, así como en los ángulos de los lobulillos entre el denso tejido fibroso cerca de los vasos. Cada grupo de éstos no contiene más de 7 células y tienen un cápsula muy delgada. El tejido hepático está completamente degenerado. Existen masas de glóbulos de grasa especialmente cerca de la periferia de los lobulillos. En la mayor parte de los lobulillos, las venas centrales no se ven.

El páncreas era de color casi negro y con mal olor. Al corte, no se encuentra lesión apreciable, aparte del color negro. De las suprarrenales, la derecha no pudo ser encontrada. La izquierda muy friable, pudo ser extraída a pedazos; su color era más obscuro del normal.

Microscópicamente, en el páncreas se apreciaba una avanzada fibrosis, con atrofia de las células glandulares, y en parte necrosadas.

Estas lesiones del hígado y del páncreas demuestran que este caso pertenece al de la cirrosis atrófica del hígado. El origen es obscuro. Los hallazgos anatomopatológicos están de acuerdo con el diagnóstico de diabetes bronceada.

Describen el caso y discuten algunos de los síntomas clínicos prominentes.

Enrique JUNCADELLA

O. ZIMMERMANN. La Diyodotirosina en el Hipertiroidismo. *Mediz. Klin.* 1933, núm. 3, p. 82-85.

Se describen 12 casos característicos de Basedow grave, tratados por la Diyodotirosina, todos ellos con franca mejoría, sin tener que suprimir el tratamiento por intolerancia.

"3-4 días después de iniciar el tratamiento con Diyodotirosina se observa una mejoría del estado de los enfermos. La excitación nerviosa disminuye de modo notable, también la taquicardia, el apetito aumenta de manera manifiesta y el sueño se restablece considerablemente. La disminución óptima del metabolismo basal se obtiene en la mayoría de los casos a los 15 días de empezar el tratamiento, llegando a 30,70 por 100 del anotado al principio. Se observa al mismo tiempo un aumento de peso de 1 a 2 kilógramos. A menudo se nota una reducción importante de la hipertrofia del cuello, y en algunos casos la exoftalmia desaparece casi por completo."

El autor considera la Diyodotirosina "Roche" el mejor tratamiento de preparación a la es-

trumectomía, permitiendo fijar de antemano, sin riesgo alguno, la fecha de la operación. Es muy superior a la solución de Lugol, no debiendo, por consiguiente, considerarse el resultado obtenido como debido únicamente al yodo.

Enrique JUNCADELLA

VAN DOREN (F.): Relaciones entre la presión media y la circulación periférica. *La Presse Méd.*, p. 1.236, núm. 62, 5 agosto de 1933.

Mediciones tomadas directamente han confirmado en el hombre la existencia de una presión media en consonancia con la cifra obtenida en clínica con el método y la técnica de Pachon-Vaquez. El valor de la presión media está ligado generalmente al de la presión mínima siendo como ésta variable.

La presión media se encuentra anormalmente elevada en el ateroma aórtico mucho más que en la descompensación cardíaca. Esta constatación se halla confirmada por los trabajos experimentales hechos sobre la curva oscilográfica. La elevación de la presión media tiene, pues, su causa en los fenómenos periféricos de induración o de repleción vascular y no en la insuficiencia cardíaca.

A. R.

RIZZO (J.) y PIERINI (E.): La eritropenia digestiva expresión del factor mecánico. *La Prensa Méd. Argentina*, núm. 51, A. XX, 20 diciembre 1933, pág. 2.636.

Estudian los autores este fenómeno en 17 casos, llegando a las siguientes conclusiones:

1.º Existe, en el momento del proceso digestivo, una disminución de glóbulos rojos circulantes.

2.º Dicha disminución es sólo aparente, pues sería periférica, ya que el aumento de la circulación en los órganos intracavitarios derivaría hacia ellos la mayor parte de la sangre circulante.

3.º Esos órganos hacen el papel de reservorios de glóbulos o plasma, equilibrando las necesidades del organismo según el momento y regulando la cantidad de sangre circulante.

4.º La vaso-constricción esplácnica, aumentando la cantidad de glóbulos rojos circulantes, aún durante el proceso de la digestión, denota que la cantidad no ha variado, sino que hay una desigual repartición entre la circulación periférica y la central.

5.º La eritropenia digestiva, en consecuencia, es condicionada casi exclusivamente por factores mecánicos, los cuales entrarían en función merced a la acción conjunta de hormonas, reacciones nerviosas vegetativas, etc., que actuarían provocando vasodilatación esplácnica desde el comienzo del período digestivo.

6.º Por último, si otros factores existen, ellos no pueden tener más que un rol coadyuvante y, en consecuencia, una importancia secundaria.

A. R.

CODINA-ALTES (J.): Nueva patogenia de la parálisis recurrencial izquierda en la estenosis mitral. *Annals de Medicina*, A. XXVII, número 8, agosto 1933. Pág. 555.

El autor expone su nueva patogenia de la parálisis recurrencial izquierda en la estenosis mitral, la cual sería debida a la compresión de dicho nervio entre el cayado aórtico y el bronquio izquierdo cuando este último está desplazado e incurvado hacia arriba debido al aumento de volumen de la aurícula izquierda. El desplazamiento del bronquio izquierdo y el aumento del ángulo que forman en su origen los bronquios principales son hechos corrientes en la estenosis mitral.

Esta patogenia fué emitida por primera vez por el autor en el "VI Congrés de Metges de Llengua Catalana", celebrado en Barcelona, en Junio de 1930.

A. R.

ALLAN WINTER ROWE y MORTIMER (H.): Estudios de endocrinología: Nota sobre la acromegalia con exposición de un caso. *Endocrinology*, núm. 1, vol. 18, enero-febrero 1934.

Estudios radiográficos y anatómicos recientes en casos de dispituitarismo, han demostrado, que las alteraciones acromegálicas, en un principio en el cráneo, no son privativas de la edad adulta. En niños que presentaban sintomatolo-

gía de disfunción pituitaria, ha sido demostrada radiográficamente la existencia de aquellas alteraciones. Los autores estudian con detalle un gigante acromegálico. Completan su exposición con el estudio de algunos elementos de la sangre y orina, así como del metabolismo hidrocarbonado.

Encuentran una eosinofilia de 7'5 por ciento, una uricemia de 7'5 mmgr.; la diuresis es de 3.720 c. c.; signos éstos característicos en esta enfermedad. Creen en la existencia de una irritación renal por la presencia en el sedimento urinario de hematíes y cilindros.

El estudio radiográfico demuestra la existencia de una hiperóstosis de la bóveda craneal, con marcada dilatación del diploe y extrema hiperneumatización de los senos. La silla turca medía 11 × 14 mm., con su fondo hundido e irregular. Otras láminas proporcionan detalles interesantes del cráneo, manos, fémur, etc.

Enrique JUNCADELLA

Cirugía

GROBELSKI (M.): Parálisis por compresión de la médula espinal en la escoliosis. *Ztschr. f. Orthop. Chir.* V. LVII, f. 2, p. 220-45. 1932.

El autor describe detalladamente 4 casos de mielitis por compresión en escoliosis. Hace un breve resumen de los casos observados y publicados por otros autores recientemente, deteniéndose en el estudio de los trabajos de Jaroschi, de gran valor para la comprensión y delimitación del cuadro morboso.

El autor describe después la etiología, sintomatología, mecanismo y terapéutica de esta afección hasta ahora raramente observada. La mayoría de los casos descritos son de los llamados difíciles; los fáciles pasaban inadvertidos o se confundían con otras afecciones. En los casos difíciles es eficaz el practicar una láminectomía con apertura de la duramadre. Un tratamiento conservador puede estar indicado en casos con sintomatología reciente y no muy resistentes.

V. ARTIGAS

PUIG SUREDA (J), y TOLOSA (E.): Nota sobre los fibroblastomas meníngeos. Consideraciones sobre un caso personal. *Rev. Méd de Barcelona.* A. XI, t. XXI, núm. 12, Enero de 1934.

Los autores describen un caso de meningioma parasagital operado con éxito. Desde el punto de vista clínico es de interés el hecho de haber dado lugar a ataques jacksonianos de tipo inhibitorio. Basándose en los datos aportados por el estudio microscópico y eskiagráfico de la hiperóstosis que acompañaba al tumor, discuten ampliamente las teorías más en boga sobre la patogenia de la misma. A propósito de la estrecha relación que al parecer existía en su caso entre el desarrollo del tumor y un trauma craneal, tratan de valorar la posible significación etiológica de este último.

V. ARTIGAS

INGELRANS (P.): Contribución al estudio del tratamiento precoz de la ósteomielitis aguda (no traumática) de los miembros. *Archv. Franco-Belges de Chir.* A, 33, núm. 8, p. 653-748, septiembre 1932.

El autor, después de consultar la estadística del Pr. LE FERT y las observaciones sobre resecciones precoces sub-periósticas recogidas en parte en la literatura médica y en parte en casos inéditos de diversos cirujanos, concluye que la trepanación ósea se impone por la misma evolución de la enfermedad. Hace una excepción para los niños, especialmente si existe la posibilidad de que exista una colección supurada o si el enfermo no puede ser estrechamente vigilado. La trepanación precoz evita la lesión secundaria, sea en forma de localizaciones múltiples sea produciendo complicaciones articulares.

Trata, además, de la técnica a seguir en la intervención, y de la resección precoz preventiva o secundaria, seguida por otros con algunos éxitos reconocidos.

El autor une a su trabajo una vasta casuística de diversas localizaciones ósteomielíticas en los miembros, seguidas de las correspondientes intervenciones quirúrgicas.

V. ARTIGAS

ELFING: Cuáles son las causas de la poliuria nocturna en los prostáticos. *Acta Quirúrg. Escand.*, V. LXXI, f. 1-6, 14 diciembre de 1932.

La retención de orina en los prostáticos puede en poco tiempo rebajar el poder de concentración de los riñones. La compensación se establece mediante poliuria.

Antes de este hecho el tumor proseático y las congestiones nocturnas ejercen por vía refleja una acción excitante sobre la función renal, que se traduce por una polakiuria y una poliuria. La dificultad de evacuación de la vejiga produce, no obstante, una distensión de ésta y al mismo tiempo una elevación de la presión sanguínea, dos factores que hacen bajar el poder secretor del riñón. Se comprende que el riñón busca la compensación con la excreción nocturna. Se da una ocasión favorable durante ella, ya que el decúbito horizontal y el sueño facilitando la circulación venosa crean mejores condiciones para la secreción urirania.

V. Artigas

PLATOU (E.): Algunas aplicaciones de la moderna cirugía del simpático. *Acta Chirurgica Scandinavica.* V. 70, núm. 2, p. 132-66, 6 octubre 1932.

El autor trata en este trabajo de los estados patológicos en los que se recurre a la simpáticectomía. El autor, después de exponer la técnica, refiere su experiencia de doce casos.

En 5 de diplejía espástica infantil ha encontrado en todos una notable mejora después de la ablación del ganglio estrellado y del segundo ganglio lumbar o de la cadena lumbar.

Mejores fueron aún los resultados obtenidos en un caso de paraplejía espástica grave y en dos casos de hemiplejía espástica infantil. Fué negativo el resultado en un caso de enfermedad de Parkinson y en un caso de megacolon congénito. Cita un solo caso de muerte. El autor es entusiasta de los resultados obtenidos y cree que se debe prefererir esta intervención especialmente en las hemiplejías espásticas a la llamada operación de Stoffel, a las plastias tendinosas y a la fisioterapia médica, que muchas veces no conducen a ningún resultado.

V. Artigas

BERARD (L.) y MALLET GUY (P.): Sobre las diversas condiciones mediante las cuales se dilata la vía biliar principal. *Lyon Chir.* T. XXX, número 5. Septiembre-octubre 1933.

El mecanismo de dilatación de la vía biliar principal después de la colecistectomía, es de dos tipos: Uno obedece a un hecho fisio-patológico; el otro puede traducirse clínicamente. Considerando el esfínger de Oddi como un punto particular de la muscular coledociana, es posible, sin hacer intervenir una noción finalista o de suplencia, explicar después de una colecistectomía este hecho, produciéndose un espasmo y dilatación primero y dilatación con incontinencia más tarde. La supresión de la vesícula produce una hipertensión de las vías biliares con un peristaltismo reaccional coledociano. La muscular de este conducto es forzada más rápidamente que el esfínter, que prontamente es el único conservador del tono primitivo. Cuando éste ceda más tarde, un nuevo factor mecánico, el factor duodenal, intervendrá para mantener la dilatación hepático-coledociana, dilatación por insuficiencia esfinteriana después de haber sido producida por una hipertonía del mismo esfínter.

V. Artigas

BRECHOT (A.): La anestesia de base con el bromuro de sodio. *Bull et Mem. Soc. Nat. de Chir.*, v. 58, núm. 19, p. 907-9, junio de 1932.

Para disminuir las complicaciones y dificultades de la narcosis el autor propone el uso del bromuro (Bromuro de sodio) como medio suficientemente seguro y sencillo de lograr una anestesia de base con la mínima toxicidad.

El autor piensa poder actuar con tal medio sobre los centros medulares, cosa que con el anestésico etéreo sólo lograba en los centros cerebrales.

El autor describe la técnica usada por él con buenos resultados en 60 anestesias generales: unos 40 m. antes de la operación se inyectan por vía intravenosa 12 a 14 gr. de bromuro de sodio disueltos en 25 c. c. de agua esterilizada. En el momento de iniciarse la operación se procede a efectuar la narcosis con éter, reduciendo notablemente la dosis del mismo, sea al

comienzo sea en períodos sucesivos durante la intervención.

La anestesia general obtenida por este sistema ha sido siempre muy regular y no ha dado lugar a complicaciones ni inmediatas ni tardías, permitiendo reducir de modo evidente la cantidad de éter suministrado.

V. ARTIGAS

SALARICH (J.): Un caso de fractura de la primera costilla de ambos lados. *La Medicina Catalana,* núm. 6, marzo de 1934.

El autor expone un caso excepcional de fractura de primera costilla de ambos lados en un accidentado con lesiones tuberculosas antiguas y con una complicación pleuro-pulmonar. Observa la escasa sintomatología de la fractura y la que corresponde a la complicación pulmonar: enfisema, disnea. Analiza la posible etiología de este caso exponiendo los mecanismos de fractura directa e indirecta, inclinándose a creer en la producción directa de la fractura en su caso debida a la presión de los pedales del auto al ser precipitado hacia delante por el choque del accidente sobre las fosas infraclaviculares, verificándose las fracturas en los sitios de menor resistencia de la costilla, en los tercios anterior y posterior. Finalmente hace notar la coincidencia observada por los autores, de esta lesión con lesiones luéticas y tuberculosas, así como en antiguos raquíticos, hecho que se da también en su caso, toda vez que el paciente padece una tuberculosis que con motivo de su traumatismo sufre una reactivación sobreviniendo un nuevo brote.

V. ARTIGAS

FISCHER (R.): Tratamiento preventivo y curativo de las anquilosis y de las artritis por la acetilcolina. *La Presse Méd.* A. 41, núm. 24, página 475-9, 25 de marzo de 1933.

El autor expone 13 observaciones de rigidez articular dolorosa con osteoporosis posteriores a fracturas intra-articulares, reducciones cruentas de luxaciones congénitas de la cadera, artritis anquilosantes, tratadas con inyecciones intramusculares de acetilcolina. El resultado es verdaderamente sorprendente por el rápido retorno a la movilidad.

La acetilcolina, vasodilatadora periférica actuaría de una manera similar a la simpáticectomía periarterial de Leriche. El tratamiento con acetilcolina tiene que ser seguido precozmente apenas empieza a establecerse la inmovilización.

Los resultados óptimos obtenidos por el autor merecen ser tomados en consideración.

V. ARTIGAS

Cancerología

ROFFO (A. H.): Fotoespectrometría de la reacción del rojo neutro en el suero de cancerosos. *Boletín del Inst. de Med. Exp. p. e. est. y trat. del cáncer.* Buenos Aires, A. X, núm. 32, Marzo 1933, pág. 5.

De lo expuesto se desprenden resultados que se relacionan: unos con el valor diagnóstico de la reacción y otros con la biología del terreno canceroso.

En cuanto a la primera condición, la reacción del rojo neutro, si bien no es específica en cuanto se refiere al diagnóstico, la consideramos como un elemento de valor para la orientación de un diagnóstico de neoplasia, dado el elevado porcentaje de positividad que arrojan los sueros con neoplasias malignas. En este sentido presta en el Dispensario del Instituto un señalado servicio, en base de la experiencia derivada de los sueros estudiados hasta la fecha y que suman 29.100 reacciones.

Es interesante hacer notar que las reacciones varían su intensidad con la evolución del proceso y ello está de acuerdo en su relación con el mecanismo de ésta. Es así que son los tumores internos, no sólo los que arrojan el mayor porcentaje de positividad, sino que son también los que dan reacciones más intensas: el número 29 con un carcinoma de estómago da 13 por ciento; el número 36 da 17 por ciento; el número 104 con un carcinoma de matriz da 9 por ciento, etc.

Por otra parte, los tumores de piel y mucosas son los que dan reacciones más débiles, y ello está de acuerdo con lo que ya he manifestado en otras oportunidades; de que se trata de neo-

plasias a secreción externa y que solo producen modificaciones intensas en el medio humoral, cuando están muy desarrolladas y han producido metástasis. Si bien una reacción negativa no excluye la presencia de un tumor, una positiva debe inducir a una búsqueda más intensa, sobre todo si se tienen en cuenta los resultados negativos que arrojan los sueros no cancerosos y, más que éstos, los positivos, los que para GANDOLFO (3) en 6.718 reacciones eran de 6,37 por ciento. En las reacciones que se encuentran en esta nota, estos alcanzan a 9,25 por ciento, ligero aumento que atribuyo al reducido número de reacciones efectuadas (105).

El segundo grupo de resultados, obtenidos al tratar de conocer el proceso íntimo de la reacción, proporciona informaciones de interés biológico, permitiendo conocer las alteraciones serológicas que se producen como consecuencia del desarrollo de una neoplasia. Se observa así, una alteración físicoquímica del suero en dependencia de la capacidad de adsorción del CO_2 y del contenido proteico. Se trata de un asunto que merece la mayor atención por la importancia que adquiere en la actualidad, de acuerdo con las adquisiciones obtenidas sobre la respiración celular, de lo que se desprenden algunas consideraciones, aunque breves, para no salir de la cuestión.

Se acepta, en general, que la óxidoreducción está equilibrada en el estado normal, pero modificada en el canceroso con aumento de las reductasas, como una consecuencia de la anaerobiosis que se atribuye a la célula neoplásica.

Por otra parte, se considera que el poder reductor de éstas células está más en relación con el contenido protoplásmico, muy abundante en lipoides y especialmente en globulinas, mientras que las oxidasas están en el núcleo, con un grupo proteico y un metal (THOMAS).

Esta triada protoplásmica se encuentra representada en el canceroso, cuyo quimismo se traduce por un aumento de lipoides, globulinas y reductasas. Es de acuerdo con esto, que los cánceres por quemaduras, por el tabaco, el cáncer Kangri de los indios del Tibet, serían una consecuencia de la reducción por el óxido carbono. Y es así también, que se explicarían las reacciones positivas que se obtienen en la tuberculosis y en los procesos diatésicos, reumatismo, varices, en los que los fenómenos de oxidación se encuentran disminuídos. Del mismo modo se explicaría la reacción de la enferma número 48 (cuadro b), que repetida tres veces resultó positiva. Del interrogatorio de esta enferma se desprendió que era una cocinera de cuya sangre se extrajo un elevado porcentaje de CO_2 (38 por ciento).

En este sentido DUDEN (19), ha llamado la atención sobre la influencia que las fuentes de óxido de carbono deben tener sobre la génesis del cáncer; gas que se produce tan abundantemente en la vida moderna por la combustión de la nafta en sus distintas aplicaciones.

El cáncer del pulmón y de la laringe, cuyo aumento es notable en estos últimos años, sería una conscuencia de ello. Y a este respecto es interesante el hecho observado en el Instituto, de que el cáncer laríngeo se desarrolla de preferencia en chauffeurs.

De acuerdo con esto se encuentra el concepto de BUNHIOL (20), quien considera a la cancerización como el retorno hacia la forma embrionaria de las células que no encuentran más en el medio interior una cantidad suficiente de oxígeno, lo que es favorecido por una hiposfixia local.

En el mismo sentido se encuentran las experiencias que he realizado al estudiar la acción del azul de metileno, azul pirrol en las culturas de tejidos normales y neoplásicos in vitro, los que actuarían sobre éstas por sus propiedades óxido reductoras (21).

Estas consideraciones dan a la reacción del rojo neutro un carácter especial, cuyo valor reside no tanto en el diagnóstico de una neoplasia, aunque presenta un elevado porcentaje de positividad en las formas avanzadas; sino en el sentido de conocer un terreno bioquímicamente modificado — ruptura del complejo albúmino colesterina bajo la acción del gas carbónico (J. THOMAS). Como ésta se produce no solamente en el estado de cáncer definido, sino también en las intoxicaciones por óxido de carbono, en el artritismo y en las diabetes tan íntimamente ligadas al desarrollo del cáncer, una reacción positiva debe provocar una investigación más profunda en el sentido de modificar a su vez el terreno así preparado.

a) La reacción del rojo neutro o de Roffo, si bien no es específica de la existencia de un tumor maligno, señala un alto porcentaje de positividad en el canceroso (90 por ciento) y un reducido porcentaje en los no cancerosos (9,52 por ciento).

b) Esta reacción testimonia, de acuerdo con el concepto actual de cancerología un trastorno

metabólico; aumento de CO_2 sobre todo del disuelto y de las globulinas;

c) La fotospectrometría con filtro 5.700 u. Angs. permite medir las variaciones de tonalidad, cuya media sería de 50 por ciento;

d) La fotospectrometría guarda una relación con el contenido del CO_2 disuelto. Fotoespectrometría por debajo de 50 %, aumento de CO_2 (t. m. 28,20 %); fotoespectrometría por encima de 50 por ciento, disminución de CO_2 (14,86 %);

e) La reacción debe efectuarse en consecuencia al abrigo del aire. Una reacción positiva puede transformarse en negativa sin esta condición. De 3 a 24 horas se producen variaciones en la fotoespectrometría y en el contenido de CO_2 que falsean los resultados.

AUTORESUMEN

RAMIREZ CALDERON (H.): Contribución al estudio del cáncer del recto *Boletín del Ins. de Med. p. el est. y trat. del cáncer.* Buenos Aires, A. X, núm., 32, Marzo 1933, p. 289.

1.º Las 2/3 partes de los enfermos atacados de cáncer del recto concurrieron a la consultación después de los 6 meses del comienzo de la enfermedad, lo que evidencia la necesidad de intensificar la divulgación de sus conocimientos por la acción de los "dispensarios anticancerosos".

2.º Sobre "formaciones anatómicas", hemos constatado que más de las 2/3 partes son formaciones mixtas"; en más de la mitad de los casos predominó el "tipo ulcerante-vegetante, infiltrante" y la "forma anular" se halló representada en más de la mitad de los casos.

3.º El "tipo histológico" adenocarcinomatoso ocupó las 2 /3 partes de los casos y el pavimentoso 1/3 parte de los mismos.

4.º Frecuentemente en el "tipo" adenocarcinoma las células epiteliales han perdido el carácter original y se ven a veces células polimorfas, redondeadas, etc. Las células cilíndricas recuerdan los elementos indiferenciados del "tejido conjuntivo", de ahí el error de diagnóstico entre estos epiteliomas atípicos y los "sarcomas".

5.º La "reacción serológica de Roffo" dió positiva en más de las 2/3 partes de los casos. Cuanto más alta es la "variedad" del cáncer rectal la reacción es más positiva, lo que facilita el diagnóstico por ser estos casos los más difíciles.

6.º El síntoma predominante del cáncer del recto es la "pérdida de sangre", generalmente acompañada de dolor, tenesmo, diarrea, etc., y su existencia es, pues, el "valor presuntivo" de la enfermedad, ya que se halla en más de las 2/3 partes de los casos.

7.º La "operabilidad" depende del grado de movilidad del órgano, de la destreza y habilidad del cirujano, de las condiciones locales de la lesión y generales del enfermo portador del mal, y esto debe estar íntimamente unido al conocimiento regional anatómico, las vías linfáticas y principios físicos, biológicos y patológicos de la radium-punctura y electro-cirugía.

8.º Nuestras cifras de "operabilidad" (42,13 %) es correlativa con la de la mayoría de los autores.

9.º Hay un estado de "permanente desequilibrio oscilatorio" que repercute sobre las diversas defunciones, agravando con el "chock quirúrgico" la "resistencia individual". Por ello la prognosis post-operatoria es muy difícil formularla.

10. Hemos practicado cuatro métodos de tratamiento.

El quirúrgico puro;

El electro-quirúrgico;

El radium-quirúrgico (Neumann), y

Electro-radium- quirúrgico.

11. La "prioridad" del procedimiento último pertenece a nuestro Instituto.

12. Una sexta parte de los casos operados fallecieron a consecuencia de la operación, siendo análoga a la consignada en la memoria del Departamento de Salud de Inglaterra (año 1927).

AUTORESUMEN

ROFFO (A. H.) y GANDOLFO (A.): Carcinoma desarrollado sobre la cicatriz de quemadura. *La Prensa Méd. Argentina,* núm. 8, A. XXI, 21 de febrero de 1934.

Los autores estudian 25 casos observados en el Instituto de Medecina Experimental de Buenos Aires, llegando a las conclusiones siguientes:

1.º El desarrollo del carcinoma en una cicatriz de quemadura lo interpretamos como una consecuencia del secuestro epitelial, por la formación fibrosa. Las células así aisladas se conservan en un estado de latencia hasta que una modificación biológica sea capaz de influir sobre su crecimiento (edad, traumatismo, endocrínea, etc.).

2.º La acción del traumatismo juega un rol tan importante en la cancerización ulterior de una cicatriz de quemadura, que es necesario incorporar estas lesiones a los accidentes del trabajo y tener presente la cancerización tardía de una quemadura a los efectos de una buena legislación.

3.º La lesión es en general rebelde a los distintos tratamientos.

4.º Debe, en consecuencia, insistirse en establecer una buena profilaxis para lo cual aconsejamos las siguientes reglas:

a) Toda quemadura debe ser tratada lo más rápidamente posible y por los medios terapéuticos aconsejados hoy día, a los fines de que cicatrice en la mejor forma y lo más ligero posible, evitando las infecciones que siempre retardan el proceso.

b) Siempre que se esté en presencia de una cicatriz de quemadura, aconsejar al portador de la misma que evite en lo posible toda erosión, lastimadura o traumatismo de la misma.

c) Modificar en lo posible el terreno para lo cual se deben instituir regímenes de vida y alimentación adecuados (hipocolesterínicos).

d) Cuando la lesión está implantada proceder a instituir el mejor tratamiento para lo cual el radium en las lesiones reducidas y la electrocoagulación en las extendidas es lo que da mejores resultados.

A. R.

Gastroenterología

JAMES, S. MC. CARTNEY: Cirrosis hepática portal latente. *Arch. of Pathology,* núm. 6, vol. 16. Dic. 1933.

Hacen un estudio de 11.912 autopsias y encuentran en 245 de ellas la existencia de cirrosis hepática, o sea, un 2,05 %. Este estudio tiene por objeto poner de manifiesto el gran número de cirrosis hepáticas latentes. Analizan en cada caso la historia del enfermo y encuentran que de esos 245 casos, 87 eran latentes, o sea, un 35 %. Incluyen entre la cirrosis activas, las que dieron síntomas en vida: hematemesis, ictericia, ascitis, así como aquellas en las cuales en la autopsia se encontraba ascitis o varices esofágicas.

En el grupo de cirrosis latentes abundan más los casos del sexo masculino, en una proporción respecto al femenino 3,5 : 1, mientras que en el grupo de cirrosis activa la proporción es 1,1 : 1. En cuanto a la edad de los pacientes, no hay marcadas diferencias entre las activas y las latentes: aproximadamente el 70 % de casos ocurren en personas entre los 40 y 69 años. Según la intensidad del proceso dividen la cirrosis en tres grupos y encuentran que en las cirrosis latentes, el proceso anatomopatológico no es tan intenso como en las formas activas. En general, cuanto más avanzado es el proceso de cirrosis, tanto menor es el hígado. En las cirrosis activas existe un gran número de hígados hipertróficos en las primeras décadas, mientras que suele ser atrófico en las últimas.

El bazo es en general grande, soliendo ser mayor en las formas activas que en las latentes.

La causa más frecuente de muerte en la cirrosis latente es una enfermedad cardiaca.

Enrique JUNCADELLA

Neurocirugía

LOYAL DAVIS: Los tumores intracraneales de los niños. *The Surgical Clinics of North America.* October 1933. Vol 13, núm. 5.

DAVIS comienza su artículo remarcando la frecuencia con que los enfermos por él operados de tumores cerebrales habían sido intervenidos interpretando falsamente su sintomatología de apendicitis, amigdalitis, hasta que apareció el edema papilar. Los tumores que con más frecuencia padecen los niños pertenecen a la clase de méduloblastomas, ependimomas, astrocitomas, cráneo-faringiomas. Los méduloblastomas aparecen siempre en épocas tempranas del desarrollo. A excepción de los cráneo-faringiomas, los otros tienen su lugar predilecto de localización en el techo del cuarto ven-

trículo y el vermis. DAVIS los agrupa bajo el nombre de tumores de la línea media cerebelosa, pues su sintomatología es la misma sea cual fuere su contextura histológica. El primero y más frecuente de los síntomas es el vómito tipo en disparo, debido a la estimulación del centro del vago; junto con esto, dolores de cabeza occipitales y sensibilidad a la presión en la nuca, espaldas, y rigidez del cuello. La hidrocefalia es un fenómeno constante, con edema papilar precoz. No hay nistagmus ni dismetría, pero sí marcha cerebelosa. Para diferenciar el tipo histológico nos hemos de fijar en el curso clínico. Si es lento y con remisiones, nos inclinaremos hacia el astrocitoma. Sobre los cráneo-faringiomas, DAVIS describe la sintomatología clásica.

M. CORACHÁN LLORT

Urología

WOLGENSINGER: "Bacilosis renal enmascarada y falsa bacilosis renal".—*Journal d'Urologie,* t. XXXV, núm. 4, 1933.

El autor resume su trabajo en las siguientes conclusiones:

1.ª La existencia de una pielonefritis de origen intestinal no excluye la posibilidad de una bacilosis renal.

2.ª Ciertas pielonefritis de origen intestinal evolucionan con síntomas que parecen característicos de la bacilosis renal. El síndrome enterorrenal sólo se revela por la presencia del enterococo, microbio intestinal.

3.ª En ambos casos, el diagnóstico es siempre difícil, debiendo efectuarse el examen de orina más completo.

4.ª En todo síndrome enterorrenal hay que efectuar, al mismo tiempo que la investigación de los microbios intestinales, la del bacilo de Koch.

5.ª Si sólo se encuentra el enterococo, conviene, antes de nada y cualquiera que sea la sintomatología, efectuar la prueba del tratamiento autovacunal.

Se funda este trabajo en dos observaciones de tuberculosis renal enmascarada y cuatro observaciones de falsa bacilosis renal.

V. ARTIGAS

Radiología

NISEGGI (C. H.): La exploración rediológica en las perforaciones del tubo digestivo. *La Prensa Méd. Argentina,* a. XXI, p. 592, 28 de marzo de 1934.

El autor, a raíz de 8 casos por él observados de perforaciones en las que se practicó un examen radiológico, llega a las siguientes conclusiones:

1º El examen radiográfico de los enfermos agudos del abdomen en los que se sospecha una perforación es sumamente útil.

2.º Procediendo con prudencia, él no significa peligro alguno para el enfermo ni determina pérdida de tiempo.

3.º La observación, en esos casos, de un pneumoperitoneo espontáneo constituye un signo decisivo de intervención.

4.º La ausencia de pneumoperitoneo no significa, aún, una razón para desechar la intervención.

5.º Estas observaciones imponen la necesidad de dotar a las Salas de Rayos de los Hospitales que tengan servicios de urgencia, de aparatos transportables que permitan el examen de estos enfermos sin pérdida de tiempo y sin molestia alguna.

Ellos harían factible además la observación de los enfermos agudos (pulmonares, cardíacos, etcétera., de los traumatizados) lo que permitirà recoger una experiencia que será de indudable beneficio para su tratamiento.

V. ARTIGAS

Pediatría

ORTEGA (H.): La hemorragia intracraneal del reción nacido. *Revista Médica Cubana.* T. XLV, núm. 3, Marzo de 1934.

El autor, después de hacer un completo estudio de la cuestión, lo resume con las siguientes conclusiones:

En virtud de todo lo anteriormente expuesto, podemos sentar las siguientes conclusiones:

1.ª En la mente del médico que asiste un

parto, debe estar siempre presente el peligro de la hemorragia intracraneal.

2.ª El diagnóstico de la hemorragia intracraneal del recién nacido debe "buscarse", no "hacerse", por la facilidad que tiene a pasar desapercibida.

3.ª Las primeras cuarenta y ocho horas de todo recién nacido serán de expectante observación, debiendo ésta continuarse durante los días siguientes. El médico o comadrona debe poner en antecedentes de este cuidado a los familiares.

4.ª En caso de sospecha por los anamnésicos o cuadro clínico, debe el médico practicar siempre la prueba de la coagulabilidad sanguínea y, salvo contraindicación, la punción lumbar exploradora sin dilación.

5.ª Esta punción comprenderá, de ser posible, la medida manométrica de la tensión intradural. En todo caso se apreciará la tensión aparente.

6.ª De confirmarse el diagnóstico de la hemorragia intracraneal debe procurarse, haya a no hipertensión intrarraquídea, por punciones repetidas la normalización de la tensión y el drenaje de la sangre hasta obtener un líquido normalmente claro.

7.ª Se instituirá conjuntamente el tratamiento conjugado de rigor. No olvidar jamás, el tratamiento antiluético.

8.ª La inocuidad de la punción lumbar y las consecuencias diagnósticas, pronósticas, paliativas y profilácticas que de ella se derivan, aún cuando resultara de relativo valor terapéutico causal, justifican su empleo sistemático en los casos que se presuma hemorragia intracraneal en el recién nacido.

9.ª Creemos necesario insistir en el estudio y profilaxis de esta afección, poniendo a contribución todos nuestros esfuerzos y conocimientos científicos.

AUTORESUMEN