

## Revista de revistas

### Medicina

**ZIMMERMANN (E.):** Gangrena de las extremidades en la malaria. *Deuts. Med. Woch.*, t. LXXX, núm. 52, 29 diciembre 1933.

La aparición de esta complicación es rara y el autor sólo ha encontrado un caso publicado. El caso por él observado sobrevino en un sujeto afecto de parálisis general progresiva, que había sufrido una paludización terapéutica. La gangrena alcanzó la nariz y las orejas y paralelamente fueron observados trastornos graves del estado general, así como una anemia secundaria notable.

Estos accidentes, que parecían de índole circulatoria, curaron dejando, no obstante, una mutilación parcial que el estado de euforia psíquica del enfermo le ha permitido soportar sin dificultad.

V. A.

**UDAONDO (C.), ZUNINO (L.) y SANGUINETTI (L.):** Ictericias y crisoterapia. *La Prensa Méd. Argentina*. Buenos Aires, A. XX, número 41, octubre 1933, p. 2.150-55.

El tratamiento de las enfermedades mediante las sales de oro data de varios años; es sabido su éxito en la tuberculosis. Pero se ha observado en los enfermos tratados ciertos trastornos, algunas veces graves. El tratamiento áurico parece que provoca complicaciones renales, cutáneas, gastro-intestinales, bucales, nerviosas y sanguíneas. Los autores, apoyándose en algunas observaciones, se han propuesto estudiar en este artículo los accidentes hepáticos provocados por las sales de oro. Han observado que una sanocrisina alterada o impura exige del hígado un trabajo tal, sea directamente, sea por el shock producido, que el biotropismo de Milián produce una ictericia por hepatitis con todas

sus consecuencias. Hay, pues, que recomendar en los tratamientos con sales de oro el mayor cuidado en la inspección de los inyectables y rechazar aquellos en los que por el cambio de coloración de la solución podemos sospechar una alteración cualquiera, que diera origen a complicaciones que sin ser siempre mortales son a menudo peligrosas.

V. A.

**RATERY (F.), COSMULESCO (I.) y GRIGNON (CH. E.):** La acción de los extractos de bazo en los diabéticos. *La Presse Méd.*, número 47, p. 953, 13 de junio de 1934.

La inyección de extracto de bazo intravenosa determina por lo general en los diabéticos (8 casos entre 10) un descenso más o menos acentuado del azúcar libre; su máximo se alcanza al cabo de una hora y media, el porcentaje de descenso varía desde 5,1 por % hasta 31 por %. El fenómeno decrece al cabo de dos horas y media o tres. Excepcionalmente puede durar y acentuarse pasado este plazo.

El azúcar de origen proteico desciende también generalmente, llegándose al máximo de su descenso al cabo de media hora muy a menudo.

La sociación de la inyección intravenosa de extracto de bazo durante la prueba de la hiperglucemia provocada por ingestión de glucosa en los diabéticos, retarda la aparición de la hiperglucemia por azúcar libre, pero parece aumentarla en cuanto a intensidad y duración.

El azúcar proteico tiene neta tendencia a la disminución.

La asociación de la inyección del extracto de bazo aumento (2 casos cada 3) algunas veces notablemente el efecto de la insulina sobre el azúcar libre durante la prueba de la hiperglucemia provocada; el azúcar de origen proteico presenta distintas variaciones.

En algunos casos de diabetes sería quizá ven-

tajoso utilizar la acción favorecedora que el extracto de bazo ejerce sobre la insulina.

Nöel FIESSINGER y CATTAN concluyen en sus investigaciones experimentales que el bazo elabora una substancia hipoglucemiante independiente de la insulina; se trata en este caso para ellos de una hormona de "segunda clase".

#### V. ARTIGAS

**HEPP (M.):** El catarro congestivo y la dispepsia jabonosa. *Le medecin chez lui*. París.

Semejante a cierta diosa de la antigüedad, que apareció completamente armada del cerebro de su creador, la nueva afección llamada por PORGÉS "Catarro congestivo (granizo) o dispepsia jabonosa", revela completamente los trabajos de su autor desde 1929 hasta 1933.

Este catarro congestivo se caracteriza después de un período de prueba (comida), por el aumento del jabón en las células de consistencia normal y por una hipermotilidad de la congestión que se traduce por la flatulencia y una actividad anormal del intestino congestionado.

Este catarro congestivo está acompañado con frecuencia de coleditiasis o de colangiopatía y de apendicitis, porque la mucosa llega a ser más permeable respecto a las bacterias. En los enfermos atacados de coleditiasis y que no han presentado nunca síntomas de estreñimiento, se puede afirmar casi siempre la existencia de un catarro congestivo. Los hechos de este género explican los cólicos vesiculares que después sobrevienen en gastro-entero-anastomosados. Los cólicos vesiculares acompañados de irradiación al costado izquierdo, reflejan asimismo la existencia de un catarro congestivo, según los últimos trabajos de PORGÉS. Aún ciertas anemias hipocrómicas, pueden igualmente ser la consecuencia de un catarro congestivo más o menos latente.

En estos enfermos, se halla en las células de los cristales jabón, así como agujas de ácido graso, y a veces aún gotitas de grasa, que se debe considerar como una enteritis acompañada de una aceleración del tránsito en el colon. Hay que reservar por otra partes el nombre de dispepsia jabonosa a esa diarrea, en la que no hay fermentación ni putrefacción importante. En caso análogo, los jabones representan al agente que produce la diarrea. Se puede hacer

desaparecer este síntoma de una forma rápida si junto a los carbonatos de cal, se consume pan negro y patatas. Se modifica también el quimismo del ciego haciendo aparecer jabones cálcicos. Así cesan los efectos irritantes de los jabones solubles en el colon. Un tratamiento análogo es útil en las dispepsias por putrefacción.

Sin embargo, operando así, es evidente que no se puede remediar más que un síntoma ocasional. Si se desea instituir una terapéutica causal verdaderamente curativa, se debe atacar a la insuficiencia hepática, puesto que condiciona la abundancia de grasas y de burbujas de jabones que irritan el intestino congestionado. Y para devolver a la bilis su aflujo normal al intestino y para restituirle su papel indispensable a la digestión de grasas, es conveniente dirigirse a un colagogo que respete la neutralización del medio intestinal. Es por esta doble razón que habiendo empleado la Gastro-Sodine sulfatada, hemos obtenido resultados constantes. Gracias a este medicamento bien conocido, muy manejable, cuya pureza de componentes y gusto agradable facilitan su empleo a la dosis de media cucharada de café en un vaso de agua, obramos a la vez sobre la dispepsia jabonosa y sobre los fenómenos de coleditiasis y de la colangiopatía que la acompañan.

A. R.

**MEULENGRACHT (E.):** Tratamiento de la hematemesis y de la melena sin reducción de la alimentación.—*Klinsch. Wochens.* t. XIII, número 2, enero de 1934.

Como la mayor parte de clínicos, el autor trataba las hematemesis y melenas por una inanición completa o parcial seguida de un régimen de úlcera, dosificado con prudencia progresivamente. Pero habiendo tenido ocasión de observar casos de melena curando a pesar de un régimen usual y considerando que después de un shock provocado por una hemorragia abundante, un régimen reconstituyente es indispensable, desde hace 2 años ha empezado a dar abundante comida a sus enfermos, a partir del primer día. El régimen principalmente en forma de puré consta de 5 comidas: a las 6 y a las 18, té y pan con mantequilla; a las 9, sopa de avena y pan con mantequilla; a las 13,

sopa variada, carne, tortilla, legumbres, pescado, patatas, etc.; a las 14, cacao. Los enfermos pueden comer ad libitum.

Añade a esto, como medicamento, polvos alcalinos, así como extracto de beleño y lactato de hierro. En el curso de dos años ha observado 119 casos, de los que han muerto 5; en dos de los casos había un cáncer, en una enfermedad de Banti y en otros dos un úlcus.

Comparando estos resultados con los obtenidos en los tres años precedentes en 75 enfermos que presentaron hematemesis o melena, se constata que con el nuevo método la mortalidad es mucho menor (4 contra 15 por %). Es más: las heces han dado más rápidamente una reacción negativa a la bencidina. Por fin, los enfermos que han tenido la ocasión de ser tratados por los dos métodos, dan la preferencia al segundo. En resumen: un régimen bien equilibrado le parece al autor mucho más justificado en estos casos, en los que una alimentación insuficiente, forzosamente no debe favorecer la cicatrización.

F. BERGADÁ

**BOCKHELER (TH.):** Tratamiento de la neuralgia del trigémino (piretoterapia). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, número 44, 8 noviembre 1933.

Es conocida la tenacidad de esta afección recalcitrante, rebelde a los tratamientos médicos, cediendo sólo de un modo transitorio al proceder médico quirúrgico (alcoholización), necesitándose a veces medios quirúrgicos más radicales no exentos de peligros.

ROCKELER, habiendo tenido ocasión de un mejoramiento de una ciática en el curso de una erisipela hiperpirética, tuvo la idea de ensayar la piretoterapia en las prosopalgias.

Ha utilizado la inyección endovenosa de un medicamento piretógeno empleado contra ciertas manifestaciones sifilíticas y contra la hemorragia, llamado "pyrifer", extracto de albuminoides preparados a partir de bacilos del tipo coli.

Remisiones más o menos largas han sido conseguidas en el tratamiento de unos 10 casos así tratados. Las recidivas observadas después del empleo de este método, como después de la alcoholización, ceden rápidamente al provocar un nuevo choque febril.

Este método sencillo, menos peligroso que cualquier proceder quirúrgico, vale la pena de ser ensayado antes de proponer intervenciones más o menos radicales.

BERGADÁ GIRONA

**GURRIARAN (G.):** Sobre un método capaz de reproducir experimentalmente la colitis humana. *Los progresos de la Clínica*. T. XLII, número 6, a. XXII, núm. 270, p. 538, junio 1934.

El autor ha logrado reproducir en perros lesiones anatómicamente idénticas a las lesiones de la colitis humana, tanto del tipo catarral como del ulcerativo. La derivación de todos los líquidos duodenales al colon va seguida rápidamente antes de las cuarenta y ocho horas de un síndrome intestinal con inflamación y hasta ulceración de la mucosa cólica. La derivación biliar y la pancreática producen estas lesiones menos rápidamente y el cuadro inflamatorio nunca llega a tener el carácter agudo que tras la técnica señalada primeramente.

V. ARTIGAS

**CHARLES (A.) POINDEXTER, CARL H. GREENE:** Cirrosis hepática consecutiva a intoxicación por el tetracloruro de carbono; exposición de dos casos. *Jour. A. M. A.*, vol. 102, número 24, 16 junio 1934.

El tetracloruro de carbono es un veneno hepático. Se han dado casos de intoxicación aguda, que han producido el síndrome de la atrofia amarilla aguda, seguidos de muerte, y en la autopsia se han encontrado lesiones de necrosis en el hígado. Varios investigadores (GARDNER, LAMSON) han publicado los resultados obtenidos, administrando este cuerpo a animales, ya por vía oral, por intravenosa, o por inhalación. BOLLMAN y MANN produjeron cirrosis hepáticas en perros, a los que habían administrado durante largo tiempo, dosis pequeñas y repetidas de tetracloruro de carbono. Esto ha sido confirmado por LACQUET, HIGGINS y HARTMAN.

El caso expuesto por los autores es el de un hombre de 46 años, cuya ocupación, desde hace once años, ha sido la de lavado de trajes. El

líquido empleado para ello contiene tetracloruro de carbono en una proporción de un 55 % y el trabajo lo realiza en una habitación pequeña y mal ventilada. Es digno de señalar el hecho de que, durante este tiempo, otros compañeros de trabajo han enfermado, con pérdida de apetito, diarrea y vómitos y uno de ellos tuvo una ictericia. El enfermo ha aquejado varias veces durante estos años algunas molestias (náuseas, vómitos, vértigos).

No ha abusado del alcohol y carece de antecedentes importantes. Desde hace tres años, nota flatulencia y peso después de las comidas; desde hace un año aqueja dolor sordo en el hipocondrio derecho después de las comidas abundantes; desde hace tres meses, estos dolores se acentúan y comienza a abultarse el abdomen. Ultimamente presentaba una ictericia ligera y ascitis abundante; el hígado se palpaba a cuatro dedos por debajo del reborde costal, siendo de consistencia dura; existía esplenomegalia y circulación colateral. Con un tratamiento a base de salirgan y de lactato cálcico mejoró, volviendo a emprender su trabajo. Al poco tiempo reingresa, con una ascitis irreducible, falleciendo poco después. En la autopsia se comprobó la existencia de una cirrosis hepática.

Concluyen los autores diciendo, que a falta de otros antecedentes, hay que creer que la causa ha sido una intoxicación lenta y sostenida por el tetracloruro de carbono.

Enrique JUNCADELLA

**MASSERMAN (JULES H.):** Efectos obtenidos por la administración intravenosa de soluciones hipertónicas de dextrosa. *Jour A. M. A.*, 23 junio 1934.

Estudia, en un total de 85 sujetos, los resultados obtenidos mediante la administración por vía intravenosa, de dextrosa a diferentes cantidades y concentraciones. Cuando la cantidad administrada es inferior a 50 gr., siendo la concentración de la solución de un 20 %, solamente se produce un aumento de la diuresis; so la cantidad es superior a 100 gr. y se administra a una concentración de un 35-50 %, aparecen cefalalgias y otros síntomas adversos en un 72 % de casos; cuando se sobrepasan

los 185 gr., un 58 % de los pacientes sufren elevaciones térmicas.

Estudian en detalle en este trabajo las modificaciones del líquido céfalorraquídeo, que en resumen son las siguientes: las soluciones isotónicas producen un aumento de la tensión de este líquido pasajero; con soluciones hipertónicas se produce una elevación inicial de esta presión, que va seguida de un descenso, el cual es reemplazado luego nuevamente por un ascenso. Este último fenómeno debe recordarse y explica los resultados adversos observados algunas veces en casos de hipertensión intracraneal, tratados por inyecciones intravenosas de soluciones glucosadas fuertemente hipertónicas.

Enrique JUNCADELLA

**ROBERTSON (F.) OGILVIE, C. E., VAN ROOYEN:** Valor de la prueba de Gordon en el diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin. *Jour A. M. A.*, 2 junio 1934.

En el primer caso expuesto por los autores, la observación clínica y el examen post-mortem (macro y microscópico), aunque favorables a la admisión de una enfermedad de Hodgkin, no eran suficientes para sentar definitivamente este diagnóstico. Efectuada la prueba biológica de Gordon dió un resultado francamente positivo, aclarándose de esta manera el diagnóstico. En el segundo caso el examen anatómico macroscópico, hacia creer en la existencia de un linfogranuloma maligno; sin embargo, la prueba de Gordon dió resultado negativo y el examen histológico demostró tratarse de un típico carcinoma bronquial.

Enrique JUNCADELLA

## Cirugía

**ANGELESCO (C.) y BUZOIANU (G.):** Hipotensión arterial en la raquianestesia. *Lyon Chir.* T. XXXI, núm. 4, p. 390, julio-agosto de 1934.

De las investigaciones llevadas a cabo por los autores sobre la exploración del tono vegetativo y la tensión arterial antes y después de la raquianestesia, se imponen las siguientes conclusiones:

El síndrome hipotensor raquianestésico depende en el estado actual de las posibilidades químicas de la raquianestesia, de la substancia anestésica misma que da lugar a los tres siguientes fenómenos medulares: la anestesia rádico-medular, la parálisis motora y la parálisis de los centros medulares vagosimpáticos (hipoanfonía con predominancia simpática), produciendo la parálisis vascular (hipotensión) y la parálisis glandular. Uno de nuestros fines como trabajo a realizar para el progreso de la raquianestesia, es el encontrar la substancia que inyectada por vía espinal pueda tener los dos efectos primeros; anestesia y amotricidad, sin los efectos de parálisis (hipoanfonía) sobre los centros vegetativos medulares. Hasta entonces sólo podemos neutralizar estos efectos restableciendo el tono funcional normal de estos centros vagosimpáticos.

La efedrina y efetonina se prestan admirablemente a esta indicación, pues actúan sobre el sistema vegetativo teniendo una acción vascular contraria a los efectos producidos por la raquianestesia. Todas las demás substancias y medios utilizados para combatir el síndrome hipotensor de la raquianestesia tienen una acción directa sobre la elevación de la tensión, ya que no tienen una acción electiva primordial sobre el sistema vegetativo. Su utilidad, si bien es importante, no puede igualar la que aportan la efedrina y sus derivados, que tienen en este concepto una acción terapéutica patogénica. La efedrina y la efetonina han transformado la fase operatoria y post-operatoria de la raquianestesia. Gracias al conocimiento exacto de la patogenia de la hipotensión postanestésica, se explican los excelentes efectos de las substancias que, elevando el tono vegetativo simpático, dan al método de la raquianestesia el carácter de una anestesia perfecta y de gran seguridad.

V. ARTIGAS

## Obstetricia

**ALBRECHT (H.):** La cuestión de la no fecundabilidad periódica femenina. *Munch. Med. Woch.*, t. LXXX, n.º 43, 27 octubre 1933.

**KNAUS** y **OGINO** se han esforzado en determinar exactamente los periodos del ciclo menstrual en los cuales la mujer no puede ser fecundada. **KNAUS** se funda en que la ovulación

se produce fisiológicamente catorce días antes de la aparición de la regla. El cuerpo amarillo tiene una función reguladora autónoma de catorce días, durante los cuales la fecundación es imposible. El óvulo sólo es fecundable unas horas después de la puesta. Los espermatozoos pierden su actividad en el canal genital femenino en menos de 48 horas. Esto permite establecer los periodos durante los cuales la mujer no puede ser fecundada.

**OGINO** concluye por sus observaciones clínicas que en las mujeres cuya regla aparece a intervalos regulares (variaciones de menos de diez días) que su periodo concepcional empieza el 10.º día después de la regla y termina el 17 día.

Los dos resultados concuerdan y están basados en importantes trabajos experimentales y clínicos.

**ALBRECHT**, en sus comprobaciones, confirma los datos relativos al periodo en el cual la mujer es fecundable; ello es importante en la práctica en los casos de impotencia relativa del consorte. Pero en lo relativo al control del nacimiento, el periodo no fecundable es susceptible de variación en el tiempo, lo que hace ilusorias las conclusiones dadas por la propaganda anticoncepcional. Es científicamente inexacto y no puede utilizarse en la práctica social.

A. SOSTRES

**GLASER (R<sub>4</sub>):** Contribución al tratamiento de la tuberculosis pulmonar en las mujeres embarazadas. *Munch. Med. Woch.* T. LXXX, número 47, 27 octubre 1933.

La cuestión del aborto provocado en las tuberculosas grávidas queda en discusión. Para el autor, aquél constituye una parte infima del problema, pues los mismos riesgos persisten después de la intervención, pudiéndose volver a producir una nueva gestación. El autor insiste en la necesidad de colocar en primer plano la cuestión del tratamiento de la bacilosis.

Cita una observación de una tuberculosis pulmonar bilateral tratada por colapsoterapia doble, en la cual la gestación fué bien tolerada por la enferma. El aborto terapéutico no es, pues, necesario en absoluto en las mujeres en las cuales puede practicarse un tratamiento colapsoterápico eficaz.

A. SOSTRES

## Radiología

**MAINGOT (G.), SARASIN (R.) y DUCLOS (H.):** El aspecto radiológico de la mucosa intestinal en la tuberculosis cólica. *La Presse Med.* núm. 50, p. 1019, 23 junio 1934.

La exploración cólica por enema con soluciones opacas floculantes permite generalmente en la tuberculosis cólica un diagnóstico seguro. Nos da cuenta de la extensión de las lesiones y de su forma y descubre los trastornos exudativos reaccionales. Los tres tiempos del examen son rigurosamente indispensables; los datos obtenidos del primero o de los dos primeros no tienen valor interpretativo cierto sino después de practicado el tercero. Después de minuciosas descripciones los autores retienen la atención sobre los siguientes puntos:

La frecuencia del ciego en forma de infundíbulo en la tuberculosis cólica ulcero-hiperplásica.

La importancia del arrugamiento mucoso de seguridad para excluir toda eventualidad de ulceración.

### V. ARTIGAS

**KADRINKA y NAZ:** Resultados actuales del radiodiagnóstico del estómago por el método del moldeado del relieve interno. *Journ. de Chir. T.* XLIII, núm. 6, junio de 1934, p. 824.

El estudio radiológico del relieve interno aporta a la semeiología de las afecciones gástricas elementos enteramente nuevos que vienen a completar de feliz manera las lagunas del antiguo método de relleno en masa. Estos nuevos elementos nos permiten estudiar la gastritis en sus formas, que se acompañan de alteraciones macroscópicas aparentes y características, por ejemplo, en la gastritis de tipo hiperplásico y en la más rara de hiperplasia nodular. Las modificaciones de relieve son dependientes de la capa mucosa y son menos aparentes en las formas vulgares de gastritis.

Las deformaciones observadas lo son en relación con los aspectos macroscópicos y radiológicos de la gastritis, no refiriéndose necesariamente a una forma especial histopatológica. A

veces, en vez de alteraciones en los pliegues encontramos una imagen atigrada, por defecto de limpieza de la superficie, debido a una hipersecreción mucosa. Hoy aún no sabemos el valor de esta hipersecreción con relación a la gastritis.

Estos nuevos métodos son de gran utilidad; sobre todo en la investigación de los ulcus, pueden verse los ulcus pépticos y los de situación frontal, que permanecían invisibles al examen normal.

Se presenta el cráter como una mancha redondeada de contornos regulares rodeados por un halo negativo de forma semilunar generalmente.

Los pliegues mucosos convergen hacia el cráter, formando una imagen estrellada; a veces se desvían al llegar a él y otras quedan en él interrumpidos.

La desviación de los pliegues orienta sobre la posibilidad de existencia de un ulcus de pequeña curvatura que no aparecía con el método clásico y que no da imagen de segmento rectilíneo por ser poco profundo y no presentar edema periulceroso. Ciertos tumores que escapan al examen clásico es su estadio inicial; y en formas exuberantes, la forma endogástrica del sarcoma, los tumores benignos y el cáncer lateral.

Las ventajas que reporta el estudio del relieve interno en la exploración radiológica del estómago nos llevan a aplicarla sistemáticamente. Para ser completo este examen tiene que hacerse conjuntamente con el método clásico. Los autores adoptan el procedimiento siguiente llamado en tres tiempos sucesivos, que permite el estudio deseado de manera regular en un tiempo mínimo y en una sola sesión.

Tiene este estudio, además, un interés general; da a conocer el estado de la mucosa en la zona alrededor del ulcus, la coexistencia de gastritis, la naturaleza benigna del tumor o bien maligna del ulcus. Estos datos son de gran importancia para dar a la terapéutica quirúrgica sus indicaciones y al acto operatorio sus límites precisos.

En otro orden de ideas es importante comprobar la existencia de una mucosa normal cuando se sospecha un ulcus o un cáncer, recordando sobre todo que el método clásico no nos permitía dar una respuesta negativa más que rodeada de numerosas reservas.

### V. ARTIGAS