

Revista de revistas

Medicina

SABRAZES (J.), ALBERT (C.), LE CHUITON (F.) y GINESTE (G.): Tuberculosis pulmonar abierta y linfogranuloma maligno. *Gaz. heb. des Scien. med. de Bordeaux*. t. LV, número 10, 11 de marzo de 1934.

Estudian los autores un caso de un hombre de 21 años con una adenopatía cervical y tráqueobronquitis que la biopsia demostró ser de naturaleza linfogranulomatosa maligna. Durante el período de estado de la linfogranulomatosis, aparecieron bacilos de Koch en los esputos; a pesar de esto fué la linfogranulomatosis con sus localizaciones mediastínicas progresivas la causante de la muerte, dejando en un segundo plano la lesión tuberculosa.

En otro caso se trataba de un tuberculoso en una fase avanzada, a los 12 años de su enfermedad, que sufre la aparición de una linfogranulomatosis de rápido desarrollo, de tipo maligno atípico, tanto en su localización como en su evolución acantonada en el territorio ganglionar de la axila y del cuello. A medida que se desarrolló la linfogranulomatosis la tuberculosis pulmonar mejoró.

La asociación de la tuberculosis y la linfogranulomatosis maligna sugiere, pues, problemas de un notorio interés.

A. R.

LABBE (M.) y BOULIN (R.): De la dificultad del diagnóstico en ciertas formas anormales de coma diabético. *La Presse Med.*, número 74, p. 1141, 15 de septiembre de 1934.

Existen en los diabéticos comas acidóticos cuya causa nos escapa. Hay otros cuya natu-

raleza diabética, acetónica, no puede ser establecida más que mediante un conjunto de investigaciones en las que debe asociarse a la determinación de la reserva alcalina la de los cuerpos cetónicos de la sangre, la de la urea de la sangre, y sobre todo el estudio de las variaciones de la reserva alcalina bajo la acción de la insulina.

Es probable que no sea por un efecto de la casualidad que se junten en un mismo enfermo tantos fenómenos desconcertantes: ausencia de acetonuria, elevación de la urea de la sangre, ineficacia de la insulina, sino sobre la acidosis al menos sobre la evolución clínica. En sucesivos trabajos los autores anuncian exponer detalladamente las hipótesis que sugiere esta asociación, interesnte en alto grado, tanto desde el punto de vista práctico como desde el punto de vista teórico.

A. R.

PEDRO PONS (A.): De la angina agranulocítica a la leucemia aguda. *Revista Med. de Barcelona*, p. 83, a. XI, núm. 128, t. XXII, agosto de 1934.

Expone el autor un caso en que puede observarse el hecho ya observado en algunas rarisimas observaciones del paso de la angina agranulocítica a la leucemia aguda. Según el autor, en la primera fase del proceso la agranulocitosis esconde una reacción de hiperfunción medular de origen infeccioso; y para explicar la ausencia casi completa de granulocitos en la sangre periférica, no le parece adecuado invocar la leucolisis de los glóbulos blancos circulantes, y menos la destrucción de sus progenitores en la médula ósea.

Es más probable que se trate de un bloqueo

del paso de los elementos de la médula a la sangre periférica. El mecanismo de regulación de la salida de los elementos maduros de la médula a la periferia está alterado en estas formas de agranulocitosis.

TAPIA admite la existencia en la médula ósea de un agotamiento funcional y un agotamiento anatómico, y establece los tres grupos siguientes de agranulocitosis: 1.º, agranulocitosis por trastorno funcional, pueden ser casos curables; agranulocitosis por agotamiento definitivo, son los casos mortales, agranulocitosis por trastorno funcional y metaplasia (casos seguidos de leucemia).

En la observación del doctor PEDRO PONS, la agranulocitosis representa un fenómeno alterativo de la función reguladora del paso de los leucocitos en la sangre; en ningún caso de una alteración destructora de estos elementos en la médula, que se hallan en franca desviación metaplásica y preparados a manifestarse en un estallido leucémico final.

A. R.

FOLTZ (P.): Neumonaptia arterio-esclerósica. La arterioesclerosis primitiva aislada del pulmón. *El Policlínico*, t. XL, núm. 10. Octubre de 1933.

Clínicamente, el síndrome de los cardíacos descrito por Ayerza, se manifiesta por: cianosis, poliglobulia, hipertrofia del corazón derecho, y dolores torácicos. Hay que buscar su causa anatómica en las lesiones vasculares de la pequeña circulación, diversas por su aspecto, etiología y patogenia. Pueden dividirse en tres grupos:

a) La arterioesclerosis del pulmón; comprende la arterioesclerosis secundaria a lesiones cardíacas o pleuro-pulmonares; las lesiones vasculares son las mismas que las de la arterioesclerosis primitiva, aislada o idiopática; numerosos factores entran en juego; hipertensores, toxi-infecciosos y constitucionales.

b) Las arteritis sífilíticas; son muy raras y se conocen de ellas pocos casos.

c) La neumopatía arterioesclerósica esencial que comprende la que se ha descrito como arterioesclerosis primitiva, aislada o idiopática del pulmón; en realidad, como ha constatado el autor en un caso base de este trabajo y en

otros casos bien observados, la lesión arterial es bien distinta de la de la arterioesclerosis verdadera; es un hiperplasia conjuntiva de la íntima y de la adventicia con una esclerosis obliterante de las arteriolas intraparenquimatosas; su etiología es oscura; hay probablemente un factor constitucional al que se añade un factor tóxico exógeno o endógeno; lo que es evidente es que esta afección constituye una entidad nosológica bien diferenciada y distinta.

A. R.

Cirugía

MOULONGUET (P.) y ROUSSET (J.): Los abscesos osifluentes crónicos estafilocócicos. (Periostitis albuminosa de Ollier y Poncet). *Journ. de Chir.* T. XLIV, núm. 2, agosto de 1934.

Existen abscesos crónicos osifluentes producidos por estafilococos, cuyo contenido es generalmente seroso o fibrinoso. Es ésta una de las formas de la periostitis albuminosa de Ollier y Poncet.

Estos abscesos por congestión de origen osteomielítico, simulan la lesión tuberculosa, de la que hay que saber distinguirlos. Se logrará, prestando atención a los antecedentes y gracias a las observaciones hechas en el curso de las punciones. Es el examen bacteriológico el que nos aportará la prueba de la periostitis albuminosa estafilocócica.

El tratamiento es quirúrgico; hay que verificar la exéresis completa, en bloque, de la bolsa piógena que constituye la pared del absceso osifluente estafilocócico.

V. ARTIGAS

DUCUING (J.), SOULA (S.) y FRANKEL (R.): La gastrectomía total en el hombre. *Journ. de Chir.* p. 175, t. XLIV, núm. 2, agosto de 1934.

Desde el punto de vista fisiológico, la gastrectomía total plantea problemas importantes de orden digestivo y de orden general, es-

bozados según los autores en este artículo. Contrariamente a lo que podría creerse, los problemas más importantes no son precisamente los de la digestión, ya que ésta está prácticamente poco alterada. Los problemas concernientes a las alteraciones humorales son probablemente de mayor importancia y de interpretación más delicada.

Si no más consideramos la parte quirúrgica de la cuestión, hay que establecer una neta separación entre lo que se ha hecho y lo que se puede aún hacer en materia de gastrectomía total. Los cirujanos que hasta ahora han practicado la gastrectomía total no han tenido otro objeto que ensanchar el campo de las exéresis a favor de los cánceres extensos que parecen fuera de las posibilidades quirúrgicas. Han procurado precisar la técnica de la intervención sea antes, sea después de la misma, considerándola como una intervención de excepción desde el punto de vista de sus indicaciones, un esfuerzo desde el punto de vista de su ejecución, y una intervención mortal desde el punto de vista de sus consecuencias.

El interés de la gastrectomía total, entrevisto, por otra parte, antes de nosotros por BERNAYS, HARVIE, KELLING, y otros, nos parece ser otro. Precisaría extirpar la totalidad del estómago en el cáncer del píloro. Hay que precisar (ésta es la palabra) y establecer las indicaciones de "La gastrectomía total por principio". Es cierto que al lado de esta cuestión que suscitamos está la cuestión técnica. Precisaría para que se pudiera hablar de gastrectomía total por principio, que no solamente esta operación fuera realizable por todo buen cirujano, sino que además su mortalidad no fuera en mucho superior a la de la operación de Polya o de Finsterer.

La realización de la gastrectomía total es muy posible; y según la gran experiencia que tenemos en el animal, podemos afirmar que no es mucho más difícil que la gastropilorectomía.

La cuestión del éxito operatorio es ya otra cosa. Por las razones indicadas ignoramos la mortalidad exacta de la gastrectomía total en el hombre, que ciertamente es muy elevada. En el perro, hasta hoy hemos obtenido una mortalidad considerable. Pero lo que determina esta mortalidad en uno y otro caso, no es la dificultad técnica propiamente, sino las condiciones anatómicas y fisiológicas del órgano sobre el que se opera.

La muerte de los enfermos y la de los animales operados de gastrectomía total es debida casi regularmente a una peritonitis por desunión primaria o secundaria de las suturas.

Por tentadora que sea la idea de una gastrectomía total por principio en el hombre afecto de un cáncer del estómago, está siempre subordinada a la seguridad de sus consecuencias; no podrá, por lo tanto, ser discutida y realizada más que en el caso de que llegáramos a vencer las dificultades de que hemos hablado, lo que hoy día es un gran interrogante.

V. ARTIGAS

NATALE (L) y TABANELLI (M.): Estudios sobre las variaciones humorales en los focos traumáticos. *Arch. Italiano di Chir.*, p. 395, V. XXXVII, F. 3, julio de 1934.

Los autores del siguiente trabajo han emprendido una serie de investigaciones clínicas con el objeto de estudiar el comportamiento de los cloruros y el nitrógeno residual y ureico en el líquido del foco traumático, en la sangre y en el tejido muscular contuso.

El examen de gran número de casos ha puesto en evidencia un aumento de los cloruros en el músculo traumatizado, en comparación con el normal, y un aumento en el líquido que imbebe y circunda el foco traumático, en comparación con la sangre. El aumento está en relación con el traumatismo y es tanto mayor cuanto más grave y más extensas han sido las lesiones.

En los traumatismos graves se ha encontrado en los días sucesivos un aumento del nitrógeno residual y ureico en la sangre, teniendo tendencia estos valores a adquirir su tasa normal en días sucesivos. En el líquido del foco traumático también se encuentra esta modificación y en él también con el tiempo se nota la tendencia a la normalización de las cifras de nitrógeno ureico y residual.

La causa de esta variación debe buscarse en la propiedad por parte de los tejidos alterados y contusos del trauma, sea de atraer, sea de retener los cloruros, que poseen un gran valor antitóxico. Este hecho contribuye a detener el proceso de disgregación y necrosis celular.

V. ARTIGAS

CLAVEL (M.): Contribución al estudio del núcleo pulposó intervertebral. *Los Progresos de de Clínica*. T. XLII, núm. 8, agosto de 1934.

El núcleo pulposó de origen en la notocorda constituye la parte esencial del disco intervertebral. Con los progresos de la edad y proporcionalmente a la disminución de las exigencias funcionales experimenta una regresión caracterizada macro y microscópicamente por una progresiva pérdida de su carácter mucoso y elástico, con tendencia a la transformación fibrocartilaginosa. El hallazgo patológico más frecuente en la exploración sistemática del disco intervertebral lo constituyen las hernias nucleares intraesponjosas. Con éstas podemos hacer tres grupos: a) hernias del adulto que suelen ser únicas y no se traducen por ningún cuadro patológico, produciendo sólo algunas molestias. b) Hernias de los adolescentes; de ordinario se producen múltiples y dan origen a las cifosis dorsales juveniles. c) Hernias incompletas o "disco en forma de botella", sin ninguna trascendencia clínica.

El núcleo pulposó ofrece gran resistencia ante la invasión por la tuberculosis y por el cáncer. En las fracturas el papel desempeñado por el núcleo pulposó en su producción sería secundario y supeditado al estado de la lámina cartilaginosa limitante; cuando la fractura llegara a abrirse en la lámina se produciría una hernia intraesponjosa, pero no así con fracturas que no la interesan directamente. Las hernias nucleares intraesponjales, hallazgo frecuente de los autores, no han sido encontradas por los autores en treinta y cuatro investigaciones sobre el cadáver.

V. ARTIGAS

GERLACH: La disminución de las recidivas cutáneas después de la amputación de la mama por cáncer, mediante el bisturí eléctrico. *Brun's Beitr. fur klin. Chir.*, t. CVIII, núm. 6, diciembre de 1933.

Desde 1930 en la clínica de Königsberg se ha utilizado el bisturí eléctrico en las exéresis de la mama por cáncer. La piel y los músculos se seccionan con el bisturí eléctrico, mientras que el vaciamiento ganglionar en las vecindades de los grandes vasos se practica con el bisturí corriente; los vasos de poca importan-

cia se coagulan sobre la pinza, los importantes se ligan con catgut.

La mayoría de casos han cicatrizado por primera intención, observándose en algunos ligeras desuniones cutáneas que han cicatrizado rápidamente; sólo en un caso la cicatrización fué secundaria. En 166 casos, todos menos uno fueron del sexo femenino; éste no pudo operarse, muriendo a los 21 meses por linfangitis cancerosa.

De los 166 casos restantes se operaron 138 y de ellos 67 con el bisturí eléctrico y 71 con el ordinario. De estos recidivaron 18 y solamente 9 del segundo.

Parece, pues, que la sección de la piel y de los músculos con el bisturí eléctrico disminuye los riesgos de las recidivas.

V. ARTIGAS

MUCCI (D.): Los elementos histiocitarios en la formación del callo óseo. *La Chir. degli Org. di Mov.* V. 17, F. 5, P. 498-507. 1933.

El autor pasa revista a las diversas teorías que sucesivamente se han impuesto en el problema de la neoformación ósea reparadora que sigue a la fractura, y ha averiguado si los elementos histiocitarios de las partes blandas circunstancialmente toman parte en la formación del callo óseo.

A tal fin ha verificado una serie de experiencias en conejos, que han demostrado que los elementos histiocitarios del periostio, intersticios musculares, paredes vasculares y tejido subcutáneo se movilizan hacia el lugar de la fractura adquiriendo propiedades osteogénicas.

Este hecho disminuye la importancia hasta ahora atribuida al periostio en el proceso de reparación del hueso, mientras aumenta enormemente la de las partes blandas que deben considerarse como órganos vectores y proporcionadores de los elementos jóvenes que serán utilizados en la formación del callo. Desde el punto de vista práctico, el autor afirma que no se debe temer el desprendimiento ni las extensas lesiones del periostio durante las intervenciones, ya que puede obtenerse el mismo resultado en aquellos casos en que el hueso está en contacto con el periostio que en los que está en contacto con las partes blandas.

V. ARTIGAS

ROST (H.): Cómo conocer la trombosis de la vena porta después de las intervenciones por litiasis biliar. *Zentralblatt für Chir.*, t. LXI, núm. 3, 20 de enero de 1934, p. 159-61.

La trombosis de la vena porta constituye la complicación más peligrosa que puede sobrevenir después de una operación en las vías biliares; su pronóstico es siempre fatal; generalmente sólo es reconocida en la autopsia y clínicamente se piensa en una pancreatitis o una peritonitis.

El autor cree, sin embargo, que es posible establecer el diagnóstico gracias a dos síntomas: el primero es la aceleración y debilidad del pulso sin ningún otro síntoma, sin disnea ni cianosis, sin dolor abdominal ni contractura parietal; esta modificación del pulso no es mejorada o apenas por los cardiotónicos; se manifiesta después de un período de calma más o menos largo, a veces sólo hacia el 10 ó 12 día.

El otro signo característico para Rost es una modificación del estado psíquico, una somnolencia de que es difícil hacer salir al enfermo, que responde mal a las preguntas y rechaza la alimentación; estos trastornos psíquicos parece que están en relación con una intoxicación por los productos de desintegración de la célula hepática.

V. ARTIGAS

LOPEZ (R. V.) y THORBECK (K.): Contribución al estudio del tratamiento de la osteomielitis por las larvas de mosca. *Los Progressos de la Clínica*, t. XLI, núm. 6, junio de 1933, p. 355-63.

Los autores han observado accidentalmente una herida osteomielítica curar por una contaminación con moscas, habiendo conocido posteriormente los trabajos de BAER.

Usan las larvas de *Callifora eritrofela*, y no como BAER las de la *Lucilia*. Realizan una cría aséptica de las larvas previa identificación de una hembra. La asepsia es controlada antes de usarlas en medios aerobios y anaerobios.

El tratamiento se establece del siguiente modo: Previa ablación de los sequestros se coloca una gasa vaselinada sin ningún antiséptico. Al cabo de tres días se introducen en la herida unas 50 larvas. Se coloca una gasa a

cada lado de la herida, mantenida por esparadrapo. Después de 4 días se lava la herida con suero, y después, previa aspiración del líquido residual, se colocan nuevas larvas. El tratamiento completo oscila entre 4 a 6 meses.

Los resultados les han parecido muy favorables. Los resúmenes muy sucintos de 7 observaciones acompañan el trabajo, así como los análisis químicos de los exudados hechos a diversos intervalos en estos casos.

V. ARTIGAS

NATALE (L.): La calcuosis intraglandular de la submaxilar. *Archiv. Italiano di Chir.*, p. 237, V. XXXVII, F. 2, junio de 1934.

El autor, con la base de dos casos de calcuosis intraglandular de la submaxilar estudiados y operados por él, revisa la cuestión de la litiasis de esta glándula desde el punto de vista experimental y clínico.

Le interesa especialmente el estudio de la etiopatogenia de esta afección, tan discutida en estos últimos tiempos por los partidarios de la teoría infecciosa.

El autor no puede admitir la teoría de Söderlung y Näslung, para los que las lesiones deben atribuirse siempre a una causa infectiva específica actinomicótica.

Piensa él que dos elementos deben ser siempre invocados en la patogénesis de la calcuosis de la glándula submaxilar: la estasis y la infección, pudiendo encontrarse asociados o bien presentar mayor o menor importancia según los casos.

V. ARTIGAS

Psiquiatría

VILASECA (S.) y SOLANES (J.): Variaciones de la fórmula leucocitaria durante el tratamiento de las esquizofrenias por el nucleinato sódico. *Sociedad Catalana de Psiquiatría i Neurologia*. Sesión del 19 de diciembre 1933.

Después de historiar brevemente la aplicación del nucleinato sódico en Neuro-Psiquiatría, los autores hacen una relación de varios

casos de esquizofrenias procesuales que han tratado por este procedimiento en el Instituto Pedro Mata. Utilizan soluciones al 10 %, y aplican dosis totales variables de 1 a 50 gramos. Han observado escasas repercusiones sobre el estado clínico. Las curvas térmicas son irregulares; las temperaturas conseguidas son independientes de la dosis. Se presentan también hipotermias que pueden precedir o seguir a la inyección, acompañadas a veces de fenómenos sincopales. El cuadro hemático, admitido como a fenómeno constante en las medicaciones de choque, ha consistido en general, en una acentuación de las desviaciones preexistentes en la fórmula leucocitaria por motivos quizá explicables en los casos que han observado. Así en los casos en que han comprobado linfocitosis con neutropenia, ésta se ha exagerado, ha aumentado el tanto por ciento de los grandes mononucleares y el esquema de Arneeth se desvía hacia la izquierda, obteniendo resultados completamente contrarios o inversos en aquellos casos en los que preexistía polinucleosis y linfopenia. Estos resultados difieren sensiblemente de los de SCHIFF, CLAUDE y DIMOLESCO. Debe de hacerse notar que en algunos casos en los que el tratamiento ha pasado con manifestaciones térmicas casi nulas, la fórmula ha sido igualmente modificada. No se puede hacer, por la escasez de manifestaciones clínicas, ningún paralelo entre curso clínico y fórmula leucocitaria.

J. J. ALIER

Fisiología

PINOS (T. A.): Intento de unificación de todas las teorías referentes al vaciamiento de la vejiga biliar. *Annals de Med.* A. XXVIII, número 8, agosto de 1934.

La actividad funcional de la vejiga biliar no ha sido conocida perfectamente hasta que el estudio radiológico ha sido posible gracias a la técnica de los colorantes opacos. A pesar de ello, las opiniones no son unánimes. Estudiar el mecanismo de repleción de la vejiga y las discusiones acerca de la existencia del esfínter de Oddi. Se refiere al vaciamiento de dicho órgano y revisa ampliamente el gran

número de opiniones expuestas por los autores. Modernamente hay acuerdo en que la vejiga se vacía al duodeno; la discusión continúa acerca de la forma con que verifica dicho vaciamiento, si de manera pasiva por parte del órgano o bien es debido a la contracción de su pared muscular. Relata las múltiples experiencias realizadas y admite las dos formas de vaciamiento. La contracción y la succión o vaciamiento por aspiración pueden presentarse en forma aislada, pero a menudo están combinadas y según los estímulos predominará la forma. Como demostración de ello estudia la prueba de excreción vesicular provocada (Melzer-Lyon-Stepp), a consecuencia de lo cual deduce que el estímulo para la contracción de la vejiga está regulado por las necesidades fisiológicas, es decir, por la cantidad de bilis que necesitan los alimentos para su digestión. La contracción de la vejiga de mayor a menor intensidad se puede conseguir por diversos medios. Parece como si la vejiga estuviese a la expectativa de todo lo que llega al duodeno para contraerse y según lo que sea se contrae más o menos.

El A. remarca otros puntos interesantes de la mencionada prueba (falta de vaciamiento total, situación de esfínter).

A. R.

Oncología

JUSTER y CAILLAU: Los actuales puntos de vista en el problema del cáncer. *La Presse Méd.*, p. 1.054, núm. 52, 30 de junio de 1934.

Según los más recientes trabajos, el proceso canceroso sería el resultante de perturbaciones celulares engendradas por substancias químicas. Estas substancias cancerígenas serían hidrocarburos de estructura fenantrénica, que pueden ser llevados al organismo sea por vía exógena (alquitrán en el cáncer traumático), sea por vía endógena. En efecto, el mismo esqueleto cíclico del tipo del fenantreno entra en la constitución de ciertos productos orgánicos (hormonas sexuales, colesteroles, sales biliares) que podrían liberar bajo influencias aun no determinadas, estas substancias cancerígenas.

Esta intoxicación química lleva a la forma-

ción, a partir de un tejido normal, de un nuevo tipo de células poseedoras de un especial metabolismo, mediante un proceso que recuerda en gran manera el de la partenogénesis experimental.

La transformación cancerosa de las células está sometida a ciertos factores locales y generales, que facilitan o impiden su evolución. De este modo se ofrecen a nuestro estudio nuevas directrices en la terapéutica del cáncer.

A los antiguos procedimientos de ablación o de destrucción local, deben añadirse los tratamientos inspirados en la fisiopatología del cáncer.

Las investigaciones personales de los autores emprendidas con esta orientación, parecen llevarnos a la esperanza de resultados interesantes.

La desaparición de cánceres cutáneos, experimentales y humanos, después de impregnaciones locales por ciertos aceites lecitinados (JUSTER y HUERRE. *Soc. de Biol.*, 14 abril 1914), demuestran la acción cancericida posible de ciertas sustancias orgánicas.

V. ARTIGAS

Radiodiagnóstico

FARIÑAS (P.): Broncografía seriada en el diagnóstico de las supuraciones pulmonares. *Rev. Med. Cubana*. T. XLV, núm. 6, junio de 1934, pág. 517.

Las alteraciones del árbol bronquial en los abscesos pulmonares dependen del estado evolutivo del proceso.

En el período agudo, *fase pre-expulsiva*, el aspecto broncográfico es normal, pero falta la dispersión alveolar porque no penetra el aceite yodado en los alvéolos ocupados.

En la *fase de eliminación* el aspecto broncográfico es variable. La cavidad del absceso generalmente no se llena. El árbol bronquial puede estar normal, faltando también la dispersión alveolar; o puede presentar la dilatación cilíndrica o moniliforme del bronquio de drenaje.

Cuando el absceso no es basal, además del bronquio de drenaje pueden presentar este tipo de dilatación los bronquios de la base corres-

pondiente, debido a que las secreciones de la cavidad, al ser drenadas, caen repetidamente en los bronquios de más declive, que sufren así una constante reinfección. En un tipo de *absceso agudo* las alteraciones ocurren al mismo tiempo en el parénquima que en los bronquios, los cuales se dilatan precozmente presentando el tipo de las dilataciones cilíndricas.

En el *período de cronicidad* la cavidad del absceso se llena generalmente y los bronquios a su alrededor presentan el tipo de las dilataciones sacciformes. Los bronquios de drenaje presentan el tipo de las dilataciones cilíndricas o moniliformes. Igualmente los bronquios de la base correspondiente pueden presentar ese tipo de dilatación.

Cuando la cavidad del absceso no es visible, es difícil y a veces imposible distinguir una *bronquiectasia abscesada* y un *absceso bronquiectasante*.

A veces se puede ver en la broncografía una cavidad de tipo sacciforme a su alrededor, debida a las dilataciones bronquoectásicas.

A. R.

TISCORNIA DENIS (J. M.): Influencia del óxido amarillo de mercurio y de la helioterapia en la psoriasis. *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, abril 1934.

Termina el A. con estas conclusiones:

1.ª Que la tolerancia del sol es diferente según la región de piel. Se produce con mayor facilidad el eritema y la flictenización en la espalda que en la cara, en ésta que en los muslos y brazos, en éstos que en los codos o rodillas.

2.ª Que la psoriasis cura también en este mismo orden regresivo cuando actúa el sol como cuando no actúa éste, sino la pomada amarilla solamente. Pudiendo establecer quizá, más adelante, una proporción entre la fotosensibilidad cutánea y la manera siempre igual de regresar la psoriasis. Se podrá decir que es más fácil curar la espalda, cara y cuero cabelludo que los muslos y antebrazos y éstos que los codos, rodillas y piernas; e inversamente, que cuando tenemos ante nosotros un enfermo con psoriasis únicamente en los codos, rodillas y piernas, podremos vaticinar que la curación será más difícil que si también existen placas en los muslos, brazos, antebrazos, etc.

3.^a Que el óxido amarillo de mercurio usado al principio, como lo aconsejan todos los libros, entre otros medicamentos, para el cuero cabelludo; después lo hemos empleado para todo el cuerpo, junto con la helioterapia, abandonando el recurso físico al entrar el otoño (por no ser ya el sol fuerte) y usando entonces exclusivamente la pomada amarilla.

4.^a Que es indudable el éxito de los tres casos en donde hemos podido usar exclusivamente el tratamiento por el óxido amarillo de mercurio y vaselina (impregnación continua) y creemos tener el deber de insistir sobre este precioso medicamento antipsoriásico para el uso no exclusivo del cuero cabelludo, sino para todo el cuerpo.

5.^a Que nos sería fácil proseguir con nuestras investigaciones en ese sentido, porque encontraríamos un aliado fiel en el enfermo, ya que tiene varias ventajas sobre los otros medicamentos corrientes: el precio menor del óxido amarillo de mercurio; la cualidad de no tener olor molesto, como el aceite de cade; y, por fin, de no manchar de manera casi indeleble la ropa como la erivorulina, además de los inconvenientes que presenta para el cabello, para los ojos y para la piel en general, si se toca con agua no alcalina.

6.^a Finalmente, como advertencia y para aclarar bien las ideas que pretendemos haber expuesto, debemos decir que la helioterapia es una ayuda muy eficaz y que a veces parece precipitar la curación, pero que no es necesaria de manera imprescindible para que la pomada de óxido amarillo de mercurio blanquee la psoriasis.

A. R.

DARTIGUES (L.) y KFOURI (Ph.): Ampliación del dominio de la endocrinoterapia quirúrgica por el injerto heterógeno, al hombre, de las glándulas endocrinas de animales domésticos preparados previamente por *antihumanización*. *Clinica y Laboratorio*, septiembre de 1914.

El A. resume su trabajo en las conclusiones siguientes:

1.^a Mediante el procedimiento de "antihumanización" que presentamos, es posible luchar, por un artificio biológico, contra la heteroge-

neidad de la fuente de injertos, y por consecuencia utilizar un material animal variado, abundante y manejable.

2.^a Mientras tanto se trabaja por acercarse al homoinjerto, por nosotros denominado homoeinjerto (el injerto de antropoide al hombre, de mono a hombre que intenta y consigue Sergio Voronoff), de una manera imprevista y paradójica, volveremos nosotros al heteroinjerto mediante un animal doméstico vulgar.

3.^a El mono, como preveíamos y predijimos al estudiar, aplicar y amplificar el método de Sergio Voronoff hace 10 años, no era más que un animal de paso, de empleo transitorio que ha permitido realizar un progreso, que por nuestros ensayos va a lograr conseguir un principio contrario e imprevisto aún en esta época. El método de Sergio Voronoff ha sido, sobre todo, lograr *el injerto del mono al hombre* y haber contribuido por la lentitud del método a interesar más que nunca en el estudio de la lucha contra la presenectud y la vejez, bien merecedora de apasionar la inquietud y preocupación modernas.

4.^a En este injerto heterógeno de conejo, animal muy genital y muy prolífico, hace actualmente al injerto más accesible a la cirugía, cuya organización será más fácil, y mucho más accesible a la economía de los enfermos, pues casi todos podrán beneficiarse de él.

5.^a Las ventajas para la técnica operatoria son: que no hay que ocuparse de la anestesia del animal, por lo que se suprimen los injertos impregnados parcialmente por el anestésico administrado al animal y del que forzosamente se resienten estos tejidos; que las manifestaciones testiculares se reducen al minimum; que la asepsia del conejo es mucho más fácil que la del mono; que la toma del injerto se hace en el último momento sacándolo del saco vaginal; que el traslado del injerto animal al testículo del hombre es inmediato y queda reducido al minimum; que la aplicación poliglandular es más fácilmente realizable, lo que tiene una capital importancia.

6.^a Nuestros primeros casos tienen gran valor por la constancia de resultados obtenidos, es decir, *tolerancia, inocuidad, viabilidad, actividad secretora, resultados terapéuticos* (de orden general y sexual) del injerto heterógeno. *Los resultados, para nosotros al menos, son equivalentes a los del injerto simiesco*. La constancia en la obtención de estos diversos

desiderata, nos anima a continuar nuestras investigaciones y nos autoriza a continuar nuestras aplicaciones clínicas. Por otra parte, tenemos en perspectiva otros injertos de los que próximamente daremos a conocer los resultados.

7.^a La técnica que presentamos no es definitiva y seguramente podrá perfeccionarse, por nosotros o por otros investigadores; esto aparte pensamos experimentar con animales domésticos de distintas especies.

8.^a No hay ciencia posible sin observaciones clínicas y biológicas escrupulosas, leales, completas y bien tomadas. Es necesario estudiar a fondo médicamente al enfermo, someterlo a un examen endocrino muy detenido, utilizar la interferometría que precisa y jerarquiza las deficiencias endocrinas, hacer el metabolismo basal para establecer el tipo endocrino del enfermo antes de su operación, examinar clínicamente al operado con diversos intervalos. Poseemos casos que datan ya de más de un año. Tenemos sin embargo el disgusto de no haber podido realizar hasta hoy las comprobaciones histológicas deseadas, ya que para ello es pre-

ciso practicar biopsias. Esperamos poder recurrir más adelante a este medio de control para demostrar la viabilidad de los injertos, para lo cual contamos con el valioso concurso del profesor Gabriel Petit en el laboratorio del cual hemos trabajado.

9.^a Mediante el procedimiento de antihumanización hemos tratado de ampliar el campo de la endocrinoterapia quirúrgica, poniendo el injerto al alcance de todos los cirujanos y haciéndolo accesible a todo enfermo que de él pueda beneficiarse. Podemos, pues, repetir lo que uno de nosotros decía al Congreso Francés de Cirugía en 1923, en el que presentamos y defendimos el injerto simiesco: "que los cirujanos operen y observen, la cuestión del injerto se juzgará por sí misma". Por nuestro nuevo método, ya accesible a muchos más cirujanos se verá claramente, con nuevas observaciones, si el porvenir consagra el paso que nosotros hemos tratado de dar, permitiendo nuevas esperanzas — éstas pueden ser ilimitadas — desde el punto de vista humano y biológico.

A. R.