

Revista de revistas

Medicina

HOLST LARSEN (T.): Sobre la aparición de anemia después de operaciones en el estómago. *Acta Med. Scandinav.*, vol. 83, fasc. 1-4, 1934. página 110.

Ya **KNUD FABER**, en 1913, llamó la atención sobre la frecuencia de anemia de tipo secundario en pacientes con aquilia, especialmente en mujeres. Han seguido luego otros trabajos de **KARNELSON**, **REIMAN**, **WEINER**, **WITTS**, **DAVIES**, **SALVESSEN**, etc. La mayoría de ellos creían que la causa de la anemia era la aclorhidria, por la deficiente absorción del hierro que determinaba. Por otra parte, el mismo **FABER**, en 1913, hace notar que anemias similares parecen existir también en pacientes con una aclorhidria incompleta, y **WATKINS** dice haber encontrado el mismo tipo de anemia en sujetos con clorhidria normal. **LUBLIN** publicó varios casos de anemia secundaria, subsiguientes a gastroenterostomía, en las cuales existía ácido clorhídrico en el jugo gástrico. En 1928 **MORLEY** y **ROBERTS** ven 12 anemias entre 21 pacientes gastrectomizados (método de Polya); **GORDON-TAYLOR**, **HUDSON**, **DODDS**, **WARNER** y **WHISBY** encuentran 23 entre 52 resecaos (por el mismo procedimiento).

El autor hace un estudio de 86 gastrectomizados (51 hombres y 35 mujeres) y de 65 gastroenterostomizados (39 hombres y 26 mujeres). Los resultados son los siguientes: de 28 mujeres gastrectomizadas, 27 quedaron aclorhídricas, de las cuales 16 tienen anemia.

De 31 hombres gastrectomizados, 29 quedaron aclorhídricos, de los cuales 7 están anémicos; en los otros dos, en los que existe ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico, no tienen anemia.

En lo que se refiere a la hemoglobina, en 9 ha aparecido anemia.

En lo que se refiere a la hemoglobina los datos son los siguientes, de 35 gastrectomizadas, 17 tienen una cifra de hemoglobina inferior a 80 %, 7 menor de 60 %, y 2 menor de 40 %; de 51 gastrectomizados, el contenido en hemoglobina es en 15 menor de 90 %, y en 4 menor de 80 %.

De 26 gastroenterostomizadas, en 9 es menor del 80 %, y en 2 del 60 %; de 39 gastroenterostomizados, en 10 es menor de 90 % y en 2 del 80 %.

En un caso la anemia fué de tipo pernicioso, obedeciendo rápidamente al tratamiento hepático; en los otros casos fué de tipo secundario, obteniéndose buenos resultados con el tratamiento ferruginoso.

E. JUNCADILLA

DAVIES (DANIEL T.), SHELLEY (URSULA): Algunas observaciones de anemia hipocrómica y su relación con el embarazo. *The Lancet*, 17 noviembre 1934, pág. 1094.

CASTLE y **STRAUSS** han publicado importantes observaciones de anemia en el embarazo, pero creen que en la mayoría de los casos es sólo relativa, pues lo que en realidad existe es hidremia; en los casos en que existe realmente anemia aparecen concomitantemente trastornos en la secreción gástrica, o bien son enfermos mal alimentados, o las dos cosas.

De un estudio de 51 casos deducen los autores, que normalmente, durante el embarazo, no aparecen trastornos importantes en el número de hematíes y en el contenido en hemoglobina,

si bien puede apreciarse un ligero descenso de éstos durante los tres últimos meses. En lo referente a la secreción gástrica, tampoco aparecen normalmente grandes alteraciones, pero puede observarse igualmente un descenso en este último período del embarazo.

Ahora bien; entre estos 51 casos, en 6 apareció una anemia. El examen de la secreción gástrica en estos casos, demostró la existencia de una aclorhidria en tres de ellos, hipoclorhidria en uno. Como antecedentes importantes destacan una deficiente alimentación en 4 de ellas y hemorragias en otra. Cuatro de estas enfermas eran multiparas.

Creen que la mayor parte de estas anemias son consecuencia de la alteración en la secreción gástrica. Aparte de este factor, que consideran como el más importante, tienen en cuenta también el régimen alimenticio, el cual por escasez en hierro, puede contribuir a la aparición de la anemia.

E. JUNCADELLA

IZOD (T): La enfermedad de GEE. *La Presse Med.* p. 1459, núm. 75, 19 de Septiembre de 1934.

A raíz de unos casos observados por el autor, describe tres cuadros principales de dicha enfermedad y observa la poca exactitud del nombre de enfermedad celíaca, que le dió su descubridor GEE, ateniéndose a uno tan sólo de sus caracteres clínicos, esta enfermedad se presenta como propia de la primera infancia. El término de "sprue no tropical" es aún menos recomendable; mientras que el de esteatorrea idiopática será, según cree el autor, con el tiempo una designación precisa cuando los patólogos hayan hecho más luz sobre esta enfermedad. Indudablemente el mérito de haber individualizado esta enfermedad se debe a GEE. Los posteriores descubrimientos originales de HERTER, así como las más recientes publicaciones de HEUBNER no justifican suficientemente la adición del nombre de estos autores al del gran médico del St. Bartholomew's Hospital.

Muchas de las observaciones mencionadas en este artículo han sido recogidas por el autor y por colegas suyos del Instituto Courtauld de Bioquímica y del Instituto Bland-Sutton de Patología.

A. R.

GARRIDO (P): Orientaciones etiopatogénicas sobre el reumatismo crónico. Ensayo de clasificación de sus variedades. *Los Progresos de la Clínica.* T. XLII, núm. 9, Septiembre de 1934.

Como ha podido verse en el transcurso de este modesto trabajo, la palabra reumatismo, creada por BALLONIUS en el siglo XVI para expresar las artropatías agudas fluxionarias, móviles y hasta cierto punto fugaces, no conviene, bajo ningún punto de vista a las afecciones articulares fijas, crónicas, deformantes y no pocas veces anquilosadas, caracteres todos que no corresponden a la significación de la palabra reumatismo y que por otro lado también se diferencian por su origen, por su textura y por su clínica. El mismo reumatismo articular crónico estaría mejor denominado poliartritis crónica reumática, conservando desde luego, esta última denominación para señalar su origen y analogía con el reumatismo articular agudo, que también pudiera llamarse poliartritis aguda reumática, no teniendo por qué figurar más este nombre en ninguna de las restantes artropatías.

A. R.

BOGENDORFER (E.): Nuevo tratamiento de las úlceras mediante un preparado de Histi-dina. *Münch. Med. Wochenschr.*, 1934, Jgg. 81, núm. 33, S. 1270-1271.

Según el autor, el tratamiento de las úlceras del estómago y del duodeno es de difícil medicación, habiéndose hasta ahora limitado principalmente a terapéutica dietética. Para llegar a ser más corto el tratamiento, después de varios ensayos preliminares, ha elegido la Larostidina "Roche", tratando unos 30 pacientes afectados de úlceras del estómago y del duodeno. El preparado ha sido administrado en todos los casos por vía intramuscular sin efectos secundarios. Hace las siguientes observaciones sobre los resultados obtenidos:

"Ha tratado casos de úlceras clásicas del estómago comprobadas radiológicamente o bien en los cuales la existencia del *ulcus ventriculi* y *duodeni* resulta de las historias clínicas del enfermo y de las exploraciones. Ha renunciado por completo a otra terapéutica medicamentosa, administrando únicamente 5 c. c. al día del

factorios en el sentido de que los dolores desaparecieron en un tiempo muy corto, dándonos la posibilidad de dominar mucho los gastos."

Se describen 3 casos análogos para demostrar esta acción, tomando como ejemplo el siguiente:

"Enfermo de 36 años, padeciendo dolores ulcerosos desde hace 3 años. Probado radiológicamente, úlcus del duodeno. Tratado con Larostidina "Roche", los dolores desaparecen después de 3 días. Al cabo de 8 días se establece un régimen más amplio que tolera perfectamente. Sale del hospital a los 14 días hallándose en condiciones de reanudar su trabajo habitual. Este enfermo había sido tratado repetidas veces por úlcera sin obtener mejoría."

Después de sus ensayos el autor considera el preparado como un nuevo factor terapéutico de las úlceras, habiendo obtenido en muchos casos curaciones definitivas.

MINET (J.) Y BOY (G.): Las neumonías prolongadas. *Clinica y Laboratorio*, octubre 1914.

El autor resume su interesante trabajo en las conclusiones siguientes:

I. Es necesario dar una definición de las neumonías prolongadas que permita limitar bien el cuadro de estas afecciones. Hemos propuesto una que está fundada en la persistencia de los síntomas a nivel del foco o de los focos, en ausencia de cualquier otra complicación pulmonar o extrapulmonar; la prolongación para nosotros, comienza verdaderamente a partir del 12.º día; y lo que sobre todo nos interesa, es la duración anormal de los signos físicos. Es por lo que hemos admitido en nuestro trabajo las neumonías con resolución lenta, mientras que rechazamos las formas migratorias o con recaídas.

II. El estudio de las diferentes estadísticas sobre neumonías prolongadas y aparecidas hasta el día, sin dar resultados precisos, muestra la frecuencia de estas formas anormales.

III. Hemos llamado "neumonías prolongadas puras" las que no difieren de las neumonías corrientes más que por un retardo en la aparición de la crisis. Ordinariamente ésta ha sido precedida en la evolución por una pseudocrisis.

IV. Las neumonías prolongadas con resolu-

ción lenta con foco único, están caracterizadas por la larga persistencia de los signos físicos, mientras que los síntomas generales y particularmente la fiebre, han desaparecido completamente.

V. Las neumonías prolongadas con focos múltiples entran en la definición de las neumonías prolongadas, pues a nivel de todos estos focos o de uno de ellos, la duración de la evolución es normal. En estas formas, lo que domina es la noción de foco.

VI. La radiología muestra con qué lentitud se resuelven los focos de neumonía. La presencia de un triángulo axilar con base dirigida hacia hueco axilar se encuentra frecuentemente en estas afecciones. Pero, al lado de esta imagen única, se pueden encontrar otras que hacen pensar a veces en la tuberculosis.

VII. El diagnóstico de las neumonías prolongadas presenta algunos problemas difíciles de resolver, particularmente el relativo a tuberculosis; para distinguirlas de ésta, se debe reunir la mayor cantidad posible de datos referentes a la marcha de la enfermedad, síntomas clínicos, radiología y bacteriología. Hay casos, por último, donde no se puede decidir.

VIII. En la patogenia de estas afecciones, precisa reservar lugar importante al mal estado del terreno sobre el que se desarrollarán. No obstante, no conocemos todavía la razón fundamental de la prolongación de estas neumonías.

IX. El pronóstico parece más grave en estas formas especiales que en los casos ordinarios; se hace muy grave cuando el organismo presenta previamente una deficiencia acentuada.

X. El tratamiento de las neumonías prolongadas necesita el empleo de una medicación de sostén enérgica, principalmente para el corazón; es indispensable añadirle vacuoterapia antineumocócica.

LEBENSART (RUTH): Alteraciones cerebrales en la anemia perniciosa. *Archives of Pathology*, vol. 18. núm. 3. sepbre. 1934. página 356.

Las alteraciones en el cerebro en la anemia perniciosa no son comunes, en contraste con las de la médula que han sido bien estudiadas. Sólo pocos casos han sido publicados,

en los cuales las alteraciones cerebrales corresponden histológicamente a las de la degeneración subaguda combinada de la médula (PREOBRAZHENSKI, LURIE, WOLTMANN, WEIMANN).

De cuatro casos de anemia perniciosa estudiados por LURIE en los cuales existían síntomas mentales, en tres de ellos encontró en el cerebro focos miliares de PREOBRAZHENSKI y otros del tipo de LITCHTHEIM. WOLTMANN, después de un estudio de 7 casos de anemia perniciosa con alteraciones cerebrales y medulares llegó a la conclusión de que aquéllas se presentan casi con la misma frecuencia que éstas.

Tanto LURIE como WEIMANN encuentran constantemente en el centro de las zonas degeneradas un vaso sanguíneo, mientras que según WOLTMANN, estas zonas pueden estar o no en conexión con vasos sanguíneos.

LEBENSART encuentra en su caso numerosos y extensos focos degenerativos en el área motora del cerebro. Halla también lesiones en el cerebelo. Las alteraciones en el espacio subaracnoideo eran en este caso las de las llamadas meningitis asépticas.

E. JUNCADELLA

LEVY (M. y E.): Una nueva indicación de la opoterapia tiroidea en el tratamiento de la obesidad. *La Presse Méd.* núm. 77, p. 1.507. 26 de septiembre de 1934.

Para los autores, al lado de la indicación clásica del tratamiento tiroideo en el obeso: la disminución del metabolismo basal, eventualidad por otra parte nada frecuente, hay que tener en cuenta la elevación de la tasa del colesterol en la sangre. El exceso de colesterol indica la necesidad del tratamiento y determina su posología con suficiente precisión. Los exámenes de sangre ulteriores regulan las dosis de sostenimiento.

La tiroxina no se administra a dosis suficiente para provocar por ella sola el adelgazamiento: dando idénticas dosis no provoca el adelgazamiento en individuos no obesos con tasa de colesterol elevada. Retorna la tasa de colesterol a la cifra normal, rindiendo así la cura de reducción alimenticia toda su eficacia, permitiendo así mantener los resultados obtenidos.

Aplicada siguiendo esta orientación, la terapéutica por la tiroxina no ha provocado jamás la aparición de signos de hipertiroidismo ni durante el curso de tratamientos prolongados.

A. R.

NAVARRO(V.) y CIEZAR (A. L.): Alteraciones que la prueba tuberculínica imprime en la fórmula leucocitaria. *Los Prog. de la Clínica*, p. 740, T. XLII, núm. 9, Septiembre de 1934.

CONCLUSIONES

- 1.^a Después de la intradermo-reacción, existe variación de la fórmula hemática en más de la mitad de los casos.
- 2.^a Estas variaciones son en su gran mayoría en el sentido de disminución de los linfocitos.
- 3.^a Esta disminución es más frecuente en los sujetos tuberculosos.
- 4.^a Son más marcadas estas variaciones en las edades comprendidas entre los dieciocho a veintiséis años.
- 5.^a El sexo no tiene ninguna influencia en estas alteraciones.
- 6.^a Las variaciones en el número de eosinófilos son bastante marcadas — más en los sujetos tuberculosos—, en los que se hace predominantemente en el sentido de aumento.
- 7.^a Es mayor el número de granulocitos eosinófilos en los sujetos de doce a dieciocho años.
- 8.^a El sexo tampoco tiene aquí influencia.

DAVIS (D.), WEINSTEIN (A. A.), RISEMAN, BLUMGART: Tratamiento de cardiopatías crónicas por la tiroidectomía total. *The American Heart Jour.* Oct. 1934. vol. 10, número 1.

Estudian los cambios producidos en 37 pacientes, en el tamaño del corazón y en el electrocardiograma, después de habérseles practicado una tiroidectomía total. La observación de estos enfermos se prolongó en algunos hasta los doce meses siguientes a la operación.

El grado del estado hipotiroideo lo valúan

mediante la determinación del metabolismo basal, de la velocidad de la corriente sanguínea, de la colesterinemia y por los síntomas de mixedema.

Los resultados obtenidos son los siguientes: de 22 enfermos con insuficiencia cardíaca congestiva, en 15 se produjo después de la total tiroidectomía, por lo que al tamaño del corazón se refiere, un aumento de más de 0,5 centímetros en el diámetro transverso; en tres no hubo variación, y en los 4 restantes sobrevino una disminución de este diámetro de más de 0,5 cm. De 11 enfermos afectados de angor pectoris, en 8 se produjo un aumento del tamaño cardíaco, en los tres restantes no hubo variación. De 4 pacientes no cardíacos en tres aumentó aquél.

Estas variaciones del tamaño del corazón que se presentan en los enfermos afectados de insuficiencia cardíaca después de practicárseles la tiroidectomía total, dependen de la actuación de dos factores que obran en sentido opuesto: 1.º, el hipotiroidismo resultante, el cual tiene tendencia a producir un aumento de aquél, y 2.º, el restablecimiento de la compensación circulatoria el cual tiende a producir el efecto contrario.

Prueba de la actuación de estos dos factores es de que el aumento del tamaño del corazón acontece con más frecuencia en los casos en los que no existía insuficiencia cardíaca, pues entonces sólo actúa el primer factor.

Estudian también las modificaciones que aparecen en el electrocardiograma en las ondas P y T por lo que se refiere al voltaje: de 20 enfermos afectados de insuficiencia cardíaca, en 14 hubo un aumento de éste, en uno, una disminución, y en 5 no cambió. De 8 enfermos de angina de pecho, en 5, disminuyó el voltaje y en los tres restantes no se modificó. En 4 enfermos no cardíacos, apareció un descenso en todos ellos.

Estas alteraciones en el tamaño del corazón y en el electrocardiograma, no progresan si el metabolismo basal se fija a un determinado nivel, mediante la administración de substancia tiroidea, y regresan cuando el metabolismo se eleva suficientemente.

A pesar de estas alteraciones, los enfermos estudiados mejoraron de su insuficiencia cardíaca, así como de su angor, manteniéndose esta mejoría durante el tiempo de observación, que en algunos casos fué de 12 meses.

El corazón mixedematoso, en el sentido de una condición agravante o precipitante de ataques de angor pectoris o de insuficiencia cardíaca congestiva, no se desarrolla cuando el hipotiroidismo se produce por la total ablación de un tiroides normal y en enfermos cuyo metabolismo es mantenido alrededor de -30 %.

Exponen casos muy demostrativos de enfermos en los cuales aumentó considerablemente el tamaño del corazón después de la tiroidectomía (aumentos en su diámetro transverso de hasta 2,7 cm) y cuya función cardíaca mejoró notablemente.

E. JUNCADELLA

RATSCHOW: Comparación entre la dosificación terapéutica y la acción clínica de la atropina y del syntropan. *Klin. Wochenschr.* 1934, año 13, núm. 1, pág. 8-10.

El autor describe una larga serie de experiencias favorables al preparado Syntropan.

1.º En las enfermedades intestinales y particularmente en el úlcus ventrículo-duodenal, lo mismo si se trata de enfermos con hiperacidez que si son afectados de anaclorhidria, y en las formas espasmódicas de estreñimiento.

2.º En tenesmos de la vejiga e intestino recto.

3.º En la enfermedad de Parkinson.

4.º En otro grupo casos de dolores agudos.

El Syntropan es notable por su acción selectiva sobre la musculatura lisa. Administrado a dosis terapéuticas, su acción espasmolítica es similar a la de la atropina, pero limitada a determinados órganos y notablemente disminuidos los efectos secundarios de aquéllos (midriasis, disminución por parálisis de las secreciones glandulares, etc.).

Lo ensayos farmacológicos sobre el intestino del gato demostraron que 0,02 gr. de Syntropan tienen la misma acción que 0,5 mg. de atropina y se pueden obtener resultados terapéuticos favorables con dosis más reducidas.

En su trabajo describe 31 casos de úlcus tratados con Syntropan a las dosis citadas. No aparece la sequedad de mucosas hasta los 0,25 cgr. de Syntropan y los trastornos de acomodación todavía no aparecen con dosis de 0,32 gramos. Empezando el tratamiento con dosis

elevadas se puede obtener una sedación del dolor mucho más rápida que la de la atropina, sin fenómenos secundarios molestos.

A continuación describe dos casos de Parkinsonianos. La intolerancia del primero por la atropina hizo suspender su administración. Se ensayó el Syntropan aumentando la dosis hasta llegar a 0,80 gr. (o sea 20 miligramos de atropina).

En el segundo se pudo dominar la rigidez y los temblores, pudiendo disminuir las dosis de Syntropan hasta 0,24 gr.

En los accesos dolorosos agudos, cólicos hepáticos y nefríticos (colecistitis y nefrolitiasis), se empleó primeramente el Syntropan por vía endovenosa a la dosis de 0,02 gr. y, posteriormente, la misma cantidad por vía subcutánea. Todos los casos con éxito completo.

A. R.

HARRY WEISS: De las puertas de entrada de la endocarditis séptica subaguda. *Arch., of Intern., Med.* Vol. 54, núm. 5, nov. 34, pág. 710.

De un estudio de 364 casos de endocarditis séptica subaguda, deducen que la puerta de entrada más frecuente de los estreptococos es algún foco infectivo situado en las vías respiratorias altas o en la boca. Existen sin embargo otras posibles puertas de entrada, como son: el tracto genito urinario, las infecciones del oído y las heridas infectadas. En ningún caso ha podido comprobar que el conducto gastrointestinal haya podido ser la causa de la entrada de los gérmenes.

El comienzo de una de estas endocarditis, consiguientemente a una infección aguda de las vías respiratorias altas, o a una tonsilitis, como ocurre en muchos casos, sugiere la idea de que en estas infecciones aparentemente benignas existe una bacteriemia transitoria.

La existencia también frecuente de una cardiopatía anterior, generalmente de naturaleza reumática, pero también en otros casos sífilítica o arterioesclerótica y otras veces congénita, indica que los estreptococos requieren probablemente para implantarse en el corazón una previa alteración del endocardio.

Es muy interesante el estudio de los casos de esta enfermedad, en los cuales anteriormente

a la aparición de la endocarditis fueron sometidos a una tonsilectomía algunos de ellos, o a una extracción dentaria los otros, pudiendo deducirse de este hecho, que un trauma producido en un foco infeccioso dentario o faríngeo, puede dar lugar a una bacteriemia transitoria, que debe jugar cierto papel en la implantación endocárdica.

Enrique JUNCADELLA

GEORGE W. SCHUPAN: Acción de la teobromina en las enfermedades vasculares periféricas. *Arch., of Intern. Med.* Vol. 34 núm. 5, noviembre 1934, pág. 685.

El material presentado ha sido seleccionado entre un grupo de casos observados durante los últimos 5 años.

En los casos incipientes de tromboangeítis obliterante, en los cuales la oclusión no es muy intensa y en los que por otra parte existe un factor importante de angiospasmó sobreañadido, la teobromina, administrada en dosis suficientes, ha producido éxitos, mejorando los enfermos, tanto en lo referente a la sintomatología subjetiva como en las modificaciones tisulares. Esto ha sido observado particularmente en los casos en los que las lesiones radicaban en las extremidades superiores. Cuando el trastorno es orgánico y se extiende a los grandes vasos, causando en ellos serias alteraciones, no se produce mejoría alguna, ni subjetiva ni objetiva, con este tratamiento.

Deducen de sus investigaciones las conclusiones siguientes: a) la teobromina y sodio, actúan como vasodilatadores periféricos; b) estos medicamentos son útiles en el tratamiento de la arterioesclerosis periférica y de los casos incipientes de tromboangeítis obliterante, en los cuales existe un intenso elemento de espasmo; en estos casos mejora el síndrome de la claudicación intermitente y por otra parte se reparan las pérdidas tisulares producidas por la enfermedad; c) su empleo no ha dado en todos los casos el resultado apetecido, pero a pesar de ello, las mejorías obtenidas son lo suficientemente numerosas y duraderas para que estos medicamentos deban ser tenidos en cuenta para el tratamiento de las enfermedades vasculares periféricas.

Enrique JUNCADELLA

CERVERA (L.): Comentarios a la actuación de algunas formas de hipertiroidismo en relación con la Diyodotirosina.

Academia de Medicina de Barcelona, sesión del 11 de junio de 1934.

El autor presentó una primera serie de historias clínicas de enfermos de hipertiroidismo tratados por él con la Diyodotirosina (3,5-diyodo-4-oxifenilalanina).

Esta casuística, muy notable, pues comprende formas gravísimas de la enfermedad de Basedow, dió motivo al disertante para que glosara varios aspectos clínicos que la patología y el tratamiento de las afecciones del tiroides plantean al internista y al endocrinólogo.

Resumió la bibliografía motivada por la nueva sustancia, y a continuación expuso los fundamentos de su fármacodinamia e hizo notar las particularidades que hay que tener en cuenta para asegurar el éxito en la utilización de la nueva sustancia.

Llamó la atención sobre la importancia de asociar esta terapéutica con los métodos fisioterápicos hasta hoy día empleados.

Finalmente, aporta seis interesantes historias clínicas, y como conclusiones provisionales propone las siguientes:

Primera: Que la Diyodotirosina ejerce una acción en todos los casos de tireotoxicosis ensayados.

Segunda: Que esta acción parece antitética a la de la tiroxina y tiene cuatro características constantes: aumento de peso, disminución del metabolismo basal, frenación cardíaca y aumento de euforia.

Tercera: Que una dosis diaria aconsejable es la que oscila entre 0,20 y 0,30 gramos.

Cuarta: Que en los casos donde la acción de esta sustancia se manifiesta con más espectacularidad, son aquellos en los cuales es empleada después de la roentgenoterapia.

A. R.

GABERSZIG (R.): El nuevo analgésico Saridón. *Wiener Medizinische Wochenschrift*.

Desde hace tiempo empleamos en nuestra clínica el Saridón de la casa F. Hoffmann-La Roche y Cía., nuevo analgésico de acción particularmente favorable. En los analgésicos se

busca además de tolerancia e inocuidad, una acción durable e intensa. El Saridón tiene de un modo completo tales ventajas.

Así se puede comprobar con algunos extractos de historias clínicas. Hemos escogido, para tratamiento con Saridón, de preferencia enfermos padeciendo fuertes dolores y que no habían conseguido mejoría empleando otras medicaciones de acción analgésica.

1.º El enfermo K. Sch., 48 años, en tratamiento hospitalario con carcinoma bronquial, padece desde hace 2 años neuralgias del trigémino. Sufre cada día numerosos y fuertes ataques de dolor que no dominan los analgésicos usuales, teniendo con frecuencia que recurrir a la morfina. Ensayando el Saridón consigue muy rápida sedación de los dolores. Su acción es rápida y muy notable, después de 7 u 8 minutos ya domina considerablemente los dolores. Cada ataque de dolor desaparece inmediatamente después de administrarle 2 comprimidos de Saridón. El número de accesos también disminuye.

2.º La Sra. K. K., 40 años, hospitalizada para tratamiento de fuerte isquialgia, hace 3 días que no puede dormir por sus dolores. 2 comprimidos al acostarse le permiten dormir toda la noche.

3.º Sra. K. M., 58 años, padece desde hace 15 años artritis deformante. Dolores espontáneos excesivamente fuertes en ambas piernas obligan a la enferma a recurrir a la morfina, pero con la inyección de morfina ya no consigue más que dominar débilmente los mismos. Administrando 3 veces al día 2 comprimidos de Saridón se consigue una mejoría considerable, la enferma puede pasar varias horas sin dolores. Entre el Saridón y la morfina prefiere aquél por encontrar alivio más intenso y rápido.

4.º Sra. A. R., 60 años, padece desde hace 6 años enfermedad de Parkinson con fuertes dolores nocturnos de carácter espasmódico en ambas piernas. 1 ó 2 comprimidos de Saridón tomados por la noche le permiten pasarla sin dolor. Otros analgésicos no le producen acción similar.

5.º Sra. A. B., 24 años, artritis gonocócica con fuertes dolores y temperatura, llegando a 39°. 1 ó 2 comprimidos de Saridón 3 veces al día dominan fácilmente los dolores y al propio tiempo desciende considerablemente la temperatura.

6.º Sra. K. Z., 62 años, padece desde hace 6 años coxalgia que le produce dolores tan intensos que solamente puede andar con muletas. Después de tomar diariamente 1 ó 2 comprimidos de Saridon se ve capaz de andar con un bastón y puede hacer tratamiento ambulatorio.

7.º El Sr. K. K., 58 años, artritis y neuritis con dolores muy fuertes. Empleando el Saridon obtiene casi instantáneamente una disminución importante y prolongada de los dolores.

Hemos obtenido con la administración del Saridon una desaparición instantánea y durable en los varios procesos dolorosos como polineuritis alcohólica, tromboflebitis con inflamación pulmonar, poliartrosis, reumática aguda, en las dismenorreas, dolores de muelas, jaquecas, etc.

En todas las enfermedades febriles se puede notar la acción antipirética del Saridon.

La ventaja principal del Saridon consiste en la rapidez de su acción analgésica casi instantánea. Hemos notado muy frecuentemente que los dolores disminuyen después de 7 u 8 minutos, desapareciendo completamente dentro de algunos minutos más. La acción se prolonga durante 4 a 8 horas. En caso de dolores muy fuertes puede reaparecer después de 2 y media a 3 horas, pero para adquirir su primitiva intensidad han de transcurrir de 2 a 3 horas más y sin inconveniente alguno puede administrarse nueva dosis de Saridon, la cual fácilmente disminuirá el dolor.

No se presentan en ningún caso efectos secundarios, aun con enfermos que han tomado hasta 6 comprimidos de Saridon durante varios días. Tampoco produce hábito.

Según nuestras experiencias consideramos el Saridon como una adquisición en el arsenal terapéutico moderno del médico. Es un tratamiento cuya ventaja principal es la acción inmediata y segura.

Cirugía

SIAUVE-EVAUSY: Mezcla balsámica para la anestesia general: el Balsoformo. *Progrés Med.* 22 abril 27.

Expone el autor la ventaja de añadir a la mezcla de SCHLEICH un elemento volátil sus-

ceptible de aniquilar todo efecto irritante y de ejercer una acción antiséptica y cicatrizante sobre las vías respiratorias más delicadas, y desprovisto de toxicidad. Elige para este efecto el Gomenol por su acción en las afecciones pulmonares agudas y crónicas, conocida desde largo tiempo, obteniendo con esta mezcla excelentes resultados en cuanto a la disminución de las complicaciones respiratorias post-operatorias.

JUAN SALAS GONZALEZ: La digital en las insuficiencias cardíacas traumáticas. Shock traumático primitivo y secundario. *Revista Española de Medicina y Cirugía*, octubre 1934, página 489.

El autor hace una ligera exposición de los fundamentos científicos en que se basa el empleo de la Digalène en el shock traumático, pasando a continuación a la descripción de una numerosa casuística que vamos a resumir.

Primer caso: Enferma operada de sarcoma de rodilla. Shock secundario a las 30 horas. Todos los estimulantes cardíacos (alcanfor, cafeína, esparteína, etc.) no consiguen sacarla del shock. Inyectamos 1 1/2 c. c. de Digalène por vía endovenosa y el resultado fué inmediato. El pulso radial desaparecido se restablece hasta quedar a la media hora con ritmo regular y 80 pulsaciones. Suero fisiológico para sostener la presión.

Segundo caso: Enferma que llega al quirófano en shock. Se le inyectó 1 c. c. de Digalène y posteriormente 0,80 de alcanfor y 0,30 de cafeína. A la media hora restablecida del shock.

Tercer caso: Herido por arma de fuego con orificio de entrada en la región infraclavicular derecho y de salida por debajo del omoplato. Otra con orificio de entrada por cara ántero-interna del muslo izquierdo y salida por la región glútea. Shock.

Tratamiento: Digalène 1 1/2 c. c. por vía endovenosa, alcanfor, cafeína y suero fisiológico; media hora escasa después fuera del shock.

Cuarto caso: Herida contusa con desgarro región de la nuca, destrozo muscular y de vasos y nervios de la región posterior del cuello y espalda; otra herida contusa en región frontal y otra en región mentoniana. Shock.

Tratamiento, Digalène 2 c. c. por vía endo-

venosa, alcanfor, cafeína y suero fisiológico. Una hora después, fuera del shock, pudo ser intervenido.

Quinto caso: Herida inciso punzante en el hipocondrio izquierdo con salida de epiplón y asas intestinales. Shock traumático. Tratamiento, 2 c. c. de Digalène, suero fisiológico por vía hipodérmica, alcanfor y cafeína. Media hora después, fuera del shock, pudo ser intervenido.

Sexto caso: Herida magullada con fractura conminuta del tercio inferior de la pierna derecha y todos los metatarsianos. Shock. Digalène 1 c. c., suero, alcanfor y cafeína. Una hora después, amputación.

Séptimo caso: Rotura tubárica por embarazo extrauterino. Hemorragia interna. Shock. Tratamiento 1 1/2 c. c. Digalène, suero con adrenalina y alcanfor. Una hora después fuera del shock intervenida favorablemente.

Octavo caso: Operada de embarazo extrauterino. Cuarenta horas después insuficiencia cardíaca, no obedece al alcanfor y cafeína. Un c. c. de Digalène descenso del número de pulsaciones casi inconstante, a 80.

El autor termina diciendo que no se cansará de aconsejar a sus colegas, sobre todo a los que ejercen en medio rural, que ante un accidentado de importancia inyecten inmediatamente de 1 1/2 a 2 c. c. de Digalène y después suero y alcanfor cafeinado, pero antes que nada digital. Con ello conseguirán poder transportar al herido en mejores condiciones al centro quirúrgico y salvar muchas veces la vida del enfermo.

A. R.

BAUER (K. H.): Resultados de la resección de la articulación de la rodilla en la tuberculosis. *Zentr. f. Chir. A.* 59, núm. 36, p. 2146, 51, 3 Septiembre de 1932.

El autor habla brevemente de los trabajos de KÖNIG sobre la tuberculosis articular y de los resultados por él obtenidos en el tratamiento de la articulación de la rodilla. Las máximas del tratamiento de KÖNIG son: en la infancia hay que intentar siempre un tratamiento conservador; en las fistulizaciones, extensas destrucciones óseas y fracaso del tratamiento conservador, hay que practicar una extensa artrotomía o una resección. En los adultos al principio y a título de prueba, tratamiento conservador u operaciones poco extensas; en caso de

fracaso hacer una resección y en los casos de suma gravedad una amputación. KÖNIG ha obtenido la curación en un 75 % de los casos con la resección y un 84 % con artrotomía.

El autor presenta 4 casos observados e intervenidos por KÖNIG con excelente resultado.

Las máximas de KÖNIG fueron en seguida atacadas por BIER, el cual dice que no debe pensarse en este tratamiento cuando con los métodos conservadores se obtienen magníficos resultados. Dice el autor que cada día es más conservador en los niños y que no practica resecciones más allá de los 45 años; de esta manera disminuyen los peligros operatorios inmediatos alcanzando la mortalidad sólo un 2 %. Otro progreso se debe a la seguridad diagnóstica obtenida mediante la práctica de la biopsia.

Han aumentado además el número de casos curados.

El autor por fin expone sus simpatías por la resección de KÖNIG.

A. V.

STEFANO TENEFF.: Investigaciones experimentales sobre la curación de las heridas, sobre la neoformación y sobre los injertos autoplásticos de ganglios linfáticos. *Lyon Chir.* T. XXXI, Setiembre-octubre de 1934.

El autor concluye su estudio afirmando que:

1.º Las heridas de los ganglios linfáticos curan mediante la formación de una cicatriz común conjuntiva, que jamás desaparece y que nunca es reemplazada por tejido linfático normal.

2.º Pueden aparecer nuevos ganglios linfáticos alguna vez después de un cierto tiempo en las regiones en las que se han extirpado todos los ganglios linfáticos; provienen entonces generalmente de la hipertrofia de ganglios linfáticos rudimentarios que encontrábanse eventualmente en esta región, y a veces excepcionalmente del tejido adiposo o del conjuntivo laxo.

3.º Los injertos autoplásticos de ganglios linfáticos enteros con su cápsula inclusive, nunca prenden, mientras que los injertos autoplásticos sin cápsula se conservan durante un cierto lapso de tiempo, pero a falta de la función normal del mismo desaparecen después sin dejar rastro alguno de su anterior presencia.

V. ARTIGAS