

## Revista de revistas

### Medicina

**ELOSEGUI (C.):** Vitamina y hemofilia. *Archivos de Cardiología y Hematología*. Volumen XVII, núm. 5, mayo 1935.

El doctor C. de Elósegui acaba de publicar (en el número de mayo de "Archivos de Cardiología y Hematología") un interesante y extenso trabajo en el que hace historia de todo el proceso del descubrimiento de Llopis y la aplicación clínica de su "Nateína".

Siendo relativamente poco frecuente la hemofilia vera en nuestras latitudes y, por el contrario, bastante más corriente en los países nórdicos, fueron los alemanes quienes se preocuparon con más interés por este problema. El número de trabajos publicados en las revistas alemanas sobre el asunto, es muy crecido. Los especialistas más renombrados han expuesto su opinión sobre las teorías de Llopis y los resultados clínicos obtenidos con su "Nateína".

En general, puede decirse que aceptaban unánimemente la excelencia de los resultados clínicos con las vitaminas de nuestro compatriota (hasta el punto de que se preparan ya en Alemania vitaminas a imitación de las suyas), pero negaban el fundamento de las teorías que llevaron a preparar la "Nateína". Hubo quien dijo, con frase gráfica, que Llopis había construido sobre una hipótesis falsa un edificio muy hermoso y de indiscutible utilidad.

En el artículo de Elósegui a que nos referimos, se recogen infinidad de casos de diferentes autores, en que los resultados del tratamiento han sido verdaderamente maravillosos.

Pero el principal objeto del artículo y de este comentario es el de señalar y comentar un trabajo de W. Stepp: "Las vitaminas como sustancia alimenticia y sustancia curativa", pu-

blicado en *Wissenschaftliche Woche zu Frankfurt a. M.*", en el cual su autor expone como una novedad, y desde luego sin citar a Llopis, su teoría sobre la patogenia y tratamiento de la hemofilia. Esta teoría y tratamiento coinciden en todo con la que nueve años antes expuso nuestro compatriota sin tener la fortuna de alcanzar toda la resonancia y el crédito que merecían.

A. R.

**GRASSO (R.):** El rojo Congo en el tratamiento preoperatorio de la diatesis hemorrágica de los ictericos. (Estudio clínico experimental). *Ann. It. de Chir.*, v. 13, f. 31-8-34, p. 865-77.

El autor utiliza el rojo Congo en el tratamiento preoperatorio de la diatesis hemorrágica de los ictericos y ha obtenido un rápido y constante descenso del tiempo de sangría a la par que excelentes resultados desde el punto de vista operatorio.

Ha utilizado el método en casos de hemorragias funcionales y ha controlado la acción anti-hemorragípara mediante experiencias en animales, a los que administraba hirudina, cree que debe darse al Rojo Congo una mayor difusión y utilizarlo con más frecuencia en la práctica médico-quirúrgica como hemostático, debiéndose utilizar especialmente en los ictericos que deben someterse a una intervención. La técnica es la siguiente: Inyección intravenosa de 5 c. c. de una suspensión al 1 % en agua destilada. Hasta ahora es casi desconocido el mecanismo por el cual actúa como hemostático.

A. R.

**LEE (H.) y STALEY (R. W.):** Estenosis inflamatoria del recto y su relación con el linfogranuloma inguinal. *Ann. of Surg.*, v. 100, núm. 3, p. 486-95, septiembre de 1934.

Entre 16 enfermos afectados de estenosis rectal no neoplásica, 14 presentaban una reacción de Frey positiva. Los casos corresponden a 13 mujeres y 3 hombres.

La localización electiva de estas estenosis en la región de las principales redes linfáticas que rodean el ano y la región ano-rectales, un dato en favor de el papel etiológico ejercido por el virus del linfogranuloma inguinal. Su reconocida predilección por el tejido linfático, así como la enorme producción conjuntiva resultante y la estenosis consecutiva, son también datos que corroboran a esta afirmación.

La localización de la lesión primitiva: en el prepucio o glande en el hombre; en la parte posterior de vulva y vagina en la mujer, así como la manera como se distribuyen los linfáticos de la región explican el predominio del búbón en el hombre y de la estenosis rectal en la mujer.

En el hombre la estenosis rectal parece ser debida: bien a la sodomia, bien a las anastomosis linfáticas del glande con el escroto y de éste con el ano.

A. R.

**LAURENT:** Observaciones clínicas sobre el uso de la Prostigmina en el tratamiento de la miastenia grave. *The British Medical Journal*, 9 de marzo de 1935. Núm. 3870.

En junio de 1934, la doctora Mary Walker presentó una comunicación en la que explicaba lo racional que le pareció ensayar los efectos de la fisostigmina en un caso de miastenia grave, en atención al antagonismo de este medicamento con el curare y a la semejanza entre la miastenia grave y la intoxicación por el mismo. Obtuvo una mejoría definitiva en su caso, a pesar de no haber podido dar grandes dosis por su acción tóxica sobre el tracto digestivo.

Más tarde, usando Prostigmina obtuvo un éxito terapéutico mucho más extraordinario en otro caso grave de miastenia.

La acción farmacológica de la Prostigmina

ha sido estudiada extensamente por Aeschlimann y Reinert, habiendo sido observado su efecto sobre el tracto digestivo por Carmichael, Fraser, Mc. Kelvey y Wilkie.

Blake Protchard y el autor de este trabajo han llegado a la misma favorable conclusión. Acompañan el trabajo de las siete historias clínicas de sus enfermos de miastenia grave tratados con Prostigmina. Todos estos casos habían sido sometidos a otros tratamientos previos sin resultado alguno. El tratamiento con Prostigmina puso de manifiesto el gran valor de este medicamento en la miastenia grave. Naturalmente, su empleo está indicado en los casos serios con disnea. También cuando hay disfagia puede mejorar mucho este síntoma gracias a la Prostigmina. Administrada en dosis de 1 a 2 c. c. en los casos ligeros, puede permitir a los enfermos una vida más placentera.

La Prostigmina es el esterdimetilcarbámico del sulfato de 3-oxypheñil-trimetil-amonio-metilo. Un centímetro cúbico de la disolución (Hoffmann La Roche) contiene 0,5 mg.

A. R.

**VILLARET (M.):** La intervención fisiológica y patológica del hígado en la diuresis. *La Presse Médicale*. El hígado desempeña un importante papel en la regulación del agua.

Injectando gota a gota en la vena femoral del perro una masa considerable de agua, el autor ha comprobado que la presión cava apenas se eleva, mientras que lo hace considerablemente en el sistema porta; el hígado aumenta fuertemente de volumen, estando las ramas adherentes de la porta dilatadas i turgentes. El intestino está dilatado por una importante trasudación.

Una considerable masa de líquido introducida en la circulación general se encuentra, pues, bloqueada a nivel del aparato hepato-portal, gracias a un funcionamiento enérgico del llamado barraje supra-hepático.

Esta acción regulatriz está bajo la dependencia de un mecanismo fisiológico activo: el del funcionamiento del sistema esfinteriano supra-hepático. Este entra en juego en caso de aumento anormal de la masa circulatoria, protegiendo al corazón derecho de una dilatación

mecánica. El barraje hepático juega también un papel de protección del organismo contra las albúminas heterólogas, que fija y modifica. En la hipertensión portal, sea cualquiera su causa, el ritmo de la eliminación urinaria está modificado: la opsiuria, la mayor lenitud de evacuación de orina después de la absorción masiva de agua y por el ortostatismo son manifestaciones conocidas en la estasis portal; la hipertensión portal impide la diuresis normal por un mecanismo complejo. El intestino se encuentra hiperhemiado y la absorción de líquidos en el mismo está retardada. El retardo aportado a la circulación sanguínea a través del hígado hace descender la presión arterial y venosa general. Por fin: por las anastomosis venosas porto-renales las venas del riñón se congestionan e impiden la normal excreción acuosa.

Este estasis hepato-portal, cuyo máximo se encuentra en las pieloflebitis y las cirrosis ascíticas, puede producirse por la simple perturbación funcional hepato-portal. Estas perturbaciones producen una congestión activa del hígado por perturbación vaso-motora.

En terapéutica el agua no debe darse a los hepáticos más que a dosis fraccionadas, favoreciendo su eliminación la posición echada del enfermo.

La opoterapia hepática por vía parenteral y a dosis suficientes actúa sobre la diuresis por su acción sobre la insuficiencia hepática.

A. R.

**BAUER (R.) y WOZASEK (O.):** Alcohol y función hepática. *The Rev. Of. Gast. enterology*. Junio de 1934, núm. 2, p. 95-104.

Las dosis moderadas de alcohol provocan en los sujetos normales una disminución considerable en la asimilación de la galactosa. Este efecto del alcohol es dosificable, ya que un aumento en la dosis ingerida del mismo aumenta a la vez la galactosuria. En los enfermos hepáticos, especialmente en aquellos que sufren una lesión parenquimatosa aguda, pueden observarse los hechos paradoxales siguientes: la indicada galactosuria que puede ser considerada como una expresión de la lesión del parénquima no es alterada por la administración de alcohol. Al contrario, una dosis más elevada de

alcohol provoca una caída en la excreción de galactosa. Esta reacción paradoxal en los hepáticos frente a un agente patentemente nocivo como el alcohol, queda hasta hoy sin explicación.

A. R.

**MARSIAJ (N.):** La meningitis tuberculosa del adulto. Aspectos clínicos: la forma cefalálgica. *Rev. Méd. Lat. Am.* XIX, 1934, págs. 598-603.

El autor comienza por recordar el contraste existente entre los síntomas, evolución, rapidez, etc., de la meningitis tuberculosa del niño y del adulto, cuyo solo punto común es la terminación fatal. Piensa que estas diferencias se deben principalmente: 1.º, a que en el adulto la tuberculosis meníngea es, casi siempre, secundaria a una tuberculosis visceral (pulmonar, renal, etc.), lo que implica su evolución rápida y el hecho de poder pasar inadvertida al principio, si el tuberculoso se encuentra ya en grado avanzado; 2.º, que las meninges más atacadas en el adulto son las de la convexidad cerebral, mientras en el niño la inflamación es sobre todo basilar y cerebro-espinal.

Insiste sobre la frecuencia de las formas monosintomáticas cerebrales, dentro de las cuales relata dos casos de la forma cefalálgica en los cuales durante dos o tres semanas el único síntoma apreciable fué una cefalalgia tenaz. Llama la atención sobre la importancia de este síntoma en los tuberculosos y en la necesidad de plantearse el diagnóstico de meningitis tuberculosa, una vez descartadas otras causas posibles de cefalalgia. Para confirmar este diagnóstico es necesario recurrir a la punción lumbar, que a su vez es el único medio de aliviar, aunque temporalmente, el sufrimiento del enfermo.

A. R.

**LOPEZ GARCIA (A.):** La bilirrubina y Urobilina en la insuficiencia hepática pigmentaria. *Rev. Med. Lat. Am.* A. XX, núm. 234 y 35, abril y mayo de 1935.

Las conclusiones de este estudio son las siguientes:

El primer signo de la insuficiencia hepática pigmentaria sería el aumento de la urobilina biliar, que resulta de la no destrucción de la urobilina llegada por vía porta y fijada por las células de Kupfer.

El segundo, el aumento de la urobilina urinaria que traduce la deficiente fijación de la urobilina porta, con descenso paulatino de las altas cifras alcanzadas en la etapa anterior por la urobilina biliar; aumenta paralelo de la urobilinemia y urobilinuria.

Tercero. Disminución de la bilirrubinocolia y uriblinocolia, aumento de la urobilinemia y urobilinuria, aumento de la bilirrubinemia, todo ello por deficiente fijación por la parte de la célula de Kupfer, y eliminación por parte de la célula poligonal.

Cuarto, acolia, coluria, ictericia.

A. R.

## Cirugía

**MUÑOZ ARBAT (J. M.) y PIULACHS (P.):** Tratamiento de las artritis deformantes por la acetilcolina. *Revista de Barcelona*, núm. 137, págs. 388-394, mayo 1935.

Los autores, partiendo de la idea de que la artritis deformante es producida por un trastorno vasomotor de causas múltiples, y no teniendo tratamiento etiológico adecuado, han preconizado el uso de la acetilcolina a fin de mejorar el régimen vasomotor alterado.

Presentan 7 casos de artritis deformante de la rodilla, bien demostradas clínica y radiológicamente; de ellas hay algunas de las llamadas artritis manopáusicas. En todas ellas han utilizado las inyecciones de acetilcolina, habiendo obtenido excelentes resultados de un modo constante. De ordinario, a la tercera o cuarta inyección, ya desaparecen las molestias subjetivas, que en algunos de los casos expuestos habían persistido durante 4 y 9 años a toda clase de tratamientos médicos, ortopédicos y fisioterápicos.

Las molestias objetivas retrogradan también, aunque más lentamente. El cuadro radiográfico se modifica poco, la decalcificación regresa algo; los osteófitos permanecen sin modificación.

La técnica utilizada ha sido la administración de 0'20 de acetilcolina por vía intramuscular a días alternos. De ordinario basta una serie de 12 inyecciones. No han observado ningún síntoma secundario desagradable.

**EHALT (W.):** Casos de amputación y muerte con especiales consideraciones de la sepsis en las heridas recientes. *Rev. de Cir. de Barcelona*, núm. 53-54, mayo-junio de 1935.

Del estudio comparativo de los casos de muerte en el Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt, etc., a excepción del Unfallkrankenhaus, en éste y en otros hospitales se deduce: que el porcentaje de muertes por sepsis, gangrena gaseosa y tétanos, era menor en el Unfallkrankenhaus.

Una gran parte de muertes por sepsis lo fueron debido a accidentes de poca importancia.

En todos los casos tratados en el Unfallkrankenhaus se puede suministrar datos desde el principio del tratamiento hasta el final, señalando los errores que se cometieron en su tratamiento y las causas que los condujo a la muerte.

Esos resultados dependen en gran parte del sistema de organización que tenemos montado y que nos permite tratar a nuestros pacientes poco tiempo después del accidente, siendo muy pocos los que nos llegan después de las seis horas.

Las estadísticas que he presentado demuestran para el Unfallkrankenhaus el menor número de casos de muerte después de heridas recientes.

El evitar la sepsis empieza con los primeros cuidados que se prodiguen a la herida, siguiendo después una absoluta e ininterrumpida inmovilización. Muy ventajoso es el tratamiento de las heridas a cielo abierto. La sepsis se puede evitar casi siempre, incluso en aquellas heridas antiguas infectadas.

A. R.

**ZUCKERMANN (C.):** Tratamiento de las oclusiones intestinales post-operatorias. *Gaceta Médica Española*, Madrid, núm. 99, diciembre 1934, pág. 146.

## Conclusiones:

1.<sup>a</sup> El suero hipertónico clorurado constituye un medio terapéutico de valiosa importancia en el tratamiento del íleo postoperatorio.

2.<sup>a</sup> Este método terapéutico debe ser empleado desde el momento en que se ha hecho el diagnóstico del padecimiento y aun antes profilácticamente.

3.<sup>a</sup> La solución que se inyecta será del 10 al 20 por 100 y la vía de introducción la endovenosa. La cantidad de solución inyectada deberá estar de acuerdo con la cloruremia indicada por análisis sucesivos.

4.<sup>a</sup> Caso de no ser posible dosificar los cloruros de la sangre del enfermo se aplicarán 20 centímetros cúbicos de la solución cada cuatro horas, hasta casi alcanzar la dosis de 20 a 30 gramos de colruro de sodio en veinticuatro horas.

5.<sup>a</sup> Debe casi siempre asociarse al empleo de la solución hipertónica, el suero fisiológico subcutáneo.

6.<sup>a</sup> Se usarán ércitomotores intestinales. Entre ellos el más eficaz es el extracto de lóbulo posterior de hipófisis que se administrará a la dosis de un centímetro cúbico cada dos o tres horas hasta efecto.

7.<sup>a</sup> La transfusión de sangre es un buen recurso para tratar la parálisis intestinal y el estado de alteración general que le acompaña, y

8.<sup>a</sup> El tratamiento habitual asociando purgante aceitoso, enemas de agua salada, suero hipertónico endovenoso y fisiológico subcutáneo, extracto pituitario posterior y transfusión de sangre, casi siempre logra hacer desaparecer el íleo postoperatorio.

**IACAPRARO (G.):** Quiste hidatídico retrovesical en el hombre. Su estudio. *La Semana Médica*, A. XLII, núm. 2161, 13 de junio de 1935, pág. 1720.

## Conclusiones:

1.<sup>a</sup> El quiste hidático retrovesical en el hombre es casi siempre secundario.

2.<sup>a</sup> En su evolución predominan en forma tal los trastornos urinarios, que justifican ampliamente su estudio en urología; merecen, por lo tanto, un relato especial.

3.<sup>a</sup> De los síntomas urinarios, los que llaman la atención por su frecuencia e intensidad son la disuria, y la retención completa; le sigue en importancia la polaquiuria; la hematuria terminal y el dolor vesical se observan rara vez.

4.<sup>a</sup> La compresión vésico-ureteral, dada su gran frecuencia y su consecuencia (dilatación alta del árbol urinario y pielonefritis), hacen el pronóstico a veces sombrío y exigen diagnóstico y tratamiento precoz.

5.<sup>a</sup> El tratamiento siempre es quirúrgico; la finalidad del mismo varía según sea el quiste complicado o no.

6.<sup>a</sup> De acuerdo a nuestros resultados, el pronóstico sería muy bueno. Los cuatro enfermos tratados curaron.

7.<sup>a</sup> Y como concepto final diremos: *En presencia de un enfermo joven o viejo que viene del campo en buen estado general, que nos consulta por padecer trastornos urinarios y rectales, en especial disuria, retención y disquesia, que en el hipogastrio persiste a la simple inspección o a la palpación, previo sondaje, un tumor con las características de una vejiga en retención completa; que por tacto se nota ocupado el Douglas por un tumor liso renitente e indoloro, pensar siempre en un quiste hidático retrovesical. En la gran mayoría de los casos nuestra presunción diagnóstica se confirmará. Una intradermorreacción de Cassoni positiva habrá ratificado el diagnóstico y nos pondrá de inmediato en el terreno del tratamiento.*

A. R.

**DEDICHEN (J.):** Modificaciones sanguíneas después de las resecciones gástricas. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. 75, fasc. 3. Junio de 1934, págs. 242-58.

Después de las resecciones gástricas, sobre todo siguiendo la técnica de Polya en un 50 % de los casos, se presenta un cierto grado de anemia. Esta es casi siempre de tipo secundario, raramente de tipo pernicioso.

Esta tendencia a la anemia es mucho mayor en la mujer (80 %) que en los hombres (27 %). Todas las mujeres por debajo de cuarenta años, menos una, han presentado anemia.

La tendencia a la anemia en los casos de

aquilia ligada a una intervención es mucho mayor que en los casos de aquilia espontánea.

La anemia puede aparecer en casos en los que la aquilia no se ha presentado después de la intervención; la aquilia no es, pues, el solo factor importante en la génesis de esta anemia.

La ablación de una porción extensa de estómago juega quizás un papel, sobre todo si se admite la exactitud de las hipótesis que atribuyen un papel importante al estómago en la hematopoyesis.

Quizás también la evacuación rápida del estómago imponiendo un trabajo anormal y excesivo al segmento superior del intestino delgado juega también un papel.

No debe olvidarse la posibilidad de esta anemia post-operatoria, sobre todo en las mujeres jóvenes cuando se practica una resección gástrica por úlcera.

A. R.

## Psiquiatría

**BELTRAN (J. R.):** Contribución a la psicopatología de la personalidad. La despersonalización. *La Prensa Méd. Argentina*, p. 1100, núm. 23, A. XXII, 5 de junio de 1935.

La Psicología moderna ha llegado, en el estudio de la conciencia, al fraccionamiento y análisis de los elementos que la constituyen, y a su unilidad sintética. Este concepto se ratifica al observar los casos de despersonalización que he descrito y comentado, en presencia de los cuales no se puede suscribir sin reservas los conceptos de Bergson que anteceden. En cambio, es posible afirmar, y como síntesis final, las siguientes conclusiones:

- 1.º El fundamento de nuestra personalidad y de la conciencia de la misma es de naturaleza biológica y de origen cenestésico.
- 2.º Cuando se pierde la conciencia del Yo físico, la personalidad física, se produce la despersonalización.
- 3.º La despersonalización se caracteriza por una pérdida, sustitución o reemplazo del Yo físico.
- 4.º Para que exista despersonalización se

requiere que haya una perturbación de la cenestesia unida a una anomalía mental que impide el autoconocimiento de dicha perturbación.

5.º La despersonalización produce, asimismo, una falta en la norma razonativa que orienta al espíritu en el conocimiento del Yo físico en su unidad, igualdad e inmutabilidad. Se acompaña de perturbaciones del juicio, del criterio y de la autocrítica.

A. R.

## Neurología

**STAUDER (K. H.):** Novedad en el tratamiento de la epilepsia. *Archs. Psyquiatrie* 1934. Tomo 102.

El ataque epiléptico está directamente influenciado por los trastornos vasomotores, siendo éstos una de las principales causas de su génesis.

En el cerebro y en distintas regiones del organismo se comprueba el espasmo vascular que coincide con el comienzo del ataque hasta desaparecer al final del mismo. De esto deduce el autor que durante la crisis circulan por la sangre sustancias vasoconstrictoras que aumentan la tensión vascular y de probable origen hipofisario. También hace un estudio muy completo del metabolismo del agua en estos enfermos, quedando demostrado que la hidrotensión favorece la aparición del ataque y las fuertes diuresis lo alejan. Otro factor importante es el equilibrio entre la colesantina y lecitina. La abundancia de la primera inhibe los ataques, la riqueza en la segunda los favorece y estimula.

Todos estos hechos los ha comprobado el autor clínicamente y recomienda como tratamientos esenciales, la supresión de alimento, la reducción de líquidos y otros factores que producen hipertensión, recomendando, en cambio, la acetilcolina y algunos barbitúricos que la rebajan.

Cree el autor que hay que tener en cuenta las antedichas observaciones para untratamiento actual de epilepsia.

A. R.