

## Revista de revistas

### Medicina

**HUG. (E.):** Tratamiento de la intoxicación mercurial aguda mediante el metanal-sulfoxilato de sodio. *La Prensa Med. Argentina*, p. 1470, núm. 31, 31 julio de 1935.

Hemos ensayado con éxito en el perro y en el hombre el método estudiado por Rosenthal en el tratamiento de la intoxicación aguda por el bicloruro de mercurio. Este método, que consiste en la administración por boca y por vía intravenosa de una solución de metanal-sulfoxilato de sodio, aplicado precozmente, es muy superior a todos los otros métodos conocidos hasta la fecha.

La inyección endovenosa de solución recientemente preparada, de la sal recristalizada es perfectamente tolerada.

Los 9 casos humanos tratados, curaron todos. Los mejores resultados se consiguieron administrando el antídoto por boca y por vía intravenosa (obs. 1 y 2). La enferma de la observación 1 ingirió 4 gms. de bicloruro de mercurio y no presentó ni rastros de albúmina; su diuresis fué normal. Los dos casos tratados solamente por vía intravenosa por imposibilidad material de hacer ingerir la solución (caso 3), o por falta de material disponible en ese momento (caso 4) curaron, pero presentaron albúmina en la orina.

Los casos tratados solamente por vía gástrica curaron también todos.

Salvo el N° 6 que se trató muy precozmente, los demás presentaron albúmina en la orina, 2 de ellos (7 y 8) en cantidades elevadas de oliguria marcada, prolongada en el caso N° 7. Sin embargo todos curaron. El método aconsejado por Rosenthal, o sea la administración de

metanal-sulfoxilato de sodio por boca y por vía intravenosa debe reemplazar a todos los otros métodos de tratamiento de la intoxicación mercurial aguda conocidos hasta la fecha. Su eficacia es tanto mayor cuanto más precozmente se le administra.

Por ahora, debe usarse la técnica indicada por Rosenthal, las variantes que hemos ensayado con el método dieron resultados inferiores.

A. R.

**VARELA-FUENTES (B.) y VIANA (C.):** Las curvas de la bilirrubinemia separada en las ictericias. *Arch. Ur. de Méd. Cir. y Esp.* T. VI, núm. 6, pág. 601. Junio de 1935.

1.° La curva de la bilirubinemia directa de la ictericia catarral, es muy regular, con una fase primera de ascenso rápido, seguida de la fase de descenso, sin platillos intermedios. En la cumbre de esta curva, alcanzada entre el 6.° y los 15 días de ictericia, se obtuvieron valores hasta de 28 mlgrs. % de bilirubina directa.

2.° La curva de la bilirubina indirecta es bastante paralela a la anterior y los valores de concentración de este pigmento son relativamente muy elevados, llegándose en el momento del máximo, a 2 mlgrs. %. Estos valores tan elevados se relacionan seguramente con la insuficiencia hepática ya bien conocida, de estas ictericias.

3.° No encontramos en ningún caso de ictericia catarral, la variedad "étereo-extraíble" de la bilirubina indirecta.

4.° Los valores demasiado elevados de la bilirubina indirecta, así como la interrupción de la curva de descenso de la bilirubina directa,

con valores todavía elevados de esta última, fueron observados hasta ahora sólo en casos en los que la ictericia catarral se transformó en una ictericia grave.

5.º Dentro de la denominación de "ictericia catarral" se incluyen en la clínica, casos con curvas de bilirubinemia separada totalmente diferentes de las curvas típicas de la ictericia catarral. Por sus caracteres clínicos y el aspecto de estas curvas de bilirubinemia, suponemos que estos casos pueden corresponder a la colangiade Naunyn y de Umber.

A. R.

**DALDOR (J. F.):** La aplicación parenteral del ácido clorhídrico. Estado actual y empleo clínico. (*Revista Médica Cubana*, marzo de 1935.).

I. Hemos observado un resultado alentador con el empleo de las soluciones de ácido clorhídrico por vía intravenosa en el tratamiento de *procesos asmáticos* de larga duración y casos de *coriza de heno* (hay-fever).

II. Estos resultados han sido igualmente confirmados en el tratamiento de otros *procesos alérgicos* (urticarias, migraña, eczema, edemas angioneuróticos, etc.).

III. Aunque nuestro material no dispone de una casuística abundante, exponemos tres cartas gráficas de los resultados obtenidos por otros investigadores en el tratamiento de otros *procesos bacilares de larga duración y complicados de estos supurativos*.

IV. Hacemos especial indicación del detalle significativo, de que dichas soluciones ácidas actúan en ocasiones como índice revelador de la existencia de "estado de infección focal" que se manifiestan en la clínica por la explosión de dolores localizados (focos dentales, senos, etcétera) y que una investigación radiológica confirmará de un modo cierto.

V. Las soluciones de ácido clorhídrico poseen un alto poder de estimulación fagocitaria demostrable con el empleo de las técnicas de conteos diferenciales seriados y conteos globales.

VI. La aplicación parenteral de las soluciones clorhídricas es absolutamente inocua, no habiéndose registrado un solo caso de hemólisis "in vivo" en el curso de su aplicación.

VII. Las soluciones de ácido clorhídrico pueden ser usadas por vía intramuscular, para

lo cual se emplean soluciones a baja concentración (solución al 1 : 500).

VIII. Las soluciones más corrientemente usadas por vía intravenosa son la de 1 : 1500 y la solución de 1 : 1000.

IX. Estas soluciones pueden ser preparadas en el momento de la inyección por el propio médico, disolviendo la cantidad necesaria de ácido clorhídrico químicamente puro en una cantidad determinada de agua tridestilada por distintas casas comerciales.

Dos palabras acerca de la técnica: Teóricamente su empleo fué severamente criticado por atribuirse a dichas soluciones una acción directa hemolizante el ser introducidas en el medio sanguíneo, pero la difusión de su empleo ha demostrado su inocuidad.

Es de aconsejar, como medida de precaución, la aplicación de todos los requisitos clásicos usuales al empleo de los tratamientos endovenosos, que son:

1. El paciente ha de estar acostado.
2. Aunque no es requisito el estado de vigilia, es siempre conveniente cerciorarse de que el paciente no haya ingerido alimento alguno minutos antes del acto de la inyección.
3. La primera dosis de producto o dosis inicial no ha de ser superior a 3 c. c., pudiendo elevarse sin temor a 10 c. c. en los días siguientes.
4. No es requisito una mezcla de sangre con el producto a inyectar, como es clásico en el empleo de las sales arsenicales.
5. La inyección debe hacerse con moderada lentitud.
6. La solución no debe ser inyectada hasta cerciorarnos de encontrarnos en la luz del vaso, pues la extravasación de las soluciones hidrocólicas en el tejido subcutáneo aparte de ser extremadamente dolorosas, crean escaras más o menos profundas.
7. Los tratamientos pueden intercalarse de acuerdo con las susceptibilidades o condiciones del paciente, aunque en términos generales la solución puede aplicarse a intervalos que varían de uno a tres días. El autor aplica en días alternos, estableciendo a la terminación de una dosis total de 50 c. c. un descanso de cinco días, pudiendo repetir otra dosis de 50 c. c. sin reserva alguna.
8. Ha usado las soluciones al 1 : 1500, por vía intravenosa, sin reacción alguna.—A. R.

## Cirugía

**GUTIERREZ (A.) y RUIZ (V.):** Consideraciones sobre tres casos de hidatidosis genital femenina. *Archivos de Cirugía y Ortopedia*, II, 1935.

Publica tres observaciones de quistes hidáticos pelvianos.

En la primera se trataría de un quiste hidático abierto en la vagina.

En la segunda se trataría de un quiste "en el ovario derecho". Extirpa el quiste.

En la tercera observación se trata de un quiste hidático desarrollado entre las hojas del ligamento ancho izquierdo. A la exploración operatoria descubre un quiste hidático del hígado. Opera una primera vez la enferma por el quiste hidático pelviano y tres meses después por el quiste hepático. Las dos veces hace marsupialización después de la punción y formolaje del quiste. El quiste pelviano pudo ser totalmente evacuado en el acto operatorio, no así el hepático, que eliminó vesículas en los días siguientes.

En breves consideraciones los autores hacen notar que son raras las observaciones de hidatidosis pelvianas primitivas que puedan resistir una crítica severa. Las observaciones primera y tercera corresponden a equinocosis secundaria, y en la segunda observación no se atreven a sostener en forma irrefutable su origen primitivo. Anuncian finalmente que publicarán un trabajo en extenso sobre hidatidosis genital femenina.

A. R.

**LIAN (C.) y ODINET (J.):** El signo del eco hidático. (Le signe de l'écho hydatique). *La Presse Médicale*, 2 de febrero de 1935.

En los casos en que el frémito hidático es vago o no existe, la percusión auscultada puede en el caso de tratarse de un quiste hidático del hígado, comprobar un signo estetoscópico de valor semiológico igual al del frémito hidático.

Para comprobarlo, los autores aconsejan aplicar el pabellón de un estetoscopio biauricular en la región donde hace saliencia el tumor y percudir al lado del pabellón con un martillo de

reflejos. La percusión debe ser breve, suave y superficial.

En los sujetos sanos se siente sólo un ruido, en cambio se puede sentir que siguen a este ruido de percusión otros, dos o tres, menos fuertes en caso de quistes. Estos ruidos más débiles son los que caracterizan al signo (eco hidático).

A. R.

**PI FIGUERAS:** Flemón leñoso subcutáneo de la pared abdomino-torácica. *Anal. de Medicina*, A. XXIX, abril de 1935, núm. 4, p. 389.

Caso de flemón leñoso desarrollado en la parte superior de la herida de una laparatomía infraumbilical en una enferma intervenida por apendicitis y quiste de ovario. El proceso se inició tórpidamente a los quince días de operada y evolucionó con lentitud desesperante durante nueve meses; fracasaron las múltiples terapéuticas empleadas y la afección adquirió una tendencia invasora en sentido ascendente. Tan sólo después del último desbridamiento se consiguió lentamente una curación definitiva.

El A. hace diversas consideraciones acerca de la etiología del proceso.

A. R.

**DICKMAN (G. H.):** La frenicectomía estética. *La Semana Médica*, Buenos Aires, julio de 1935, núm. 29, p. 160.

Los riesgos operatorios son menores en la frenicectomía estética que en la clásica.

Las complicaciones de todo orden no son mayores.

La frenicectomía estética y la clásica tienen el mismo número de Kienboeck ausentes, sin que ello atente contra el resultado terapéutico.

La frenicectomía estética, según la técnica de R. Finochietto y O. A. Vaccarezza, por la pequeñez de la incisión, por la precisión de sus tiempos, por el enorme porcentaje de casos en los que logra éxito, por los brillantes resultados estéticos y por permitir realizar la técnica de la frenicoexéresis de Félix con la misma eficacia con que la practican los que hacen incisiones más extensas, es la frenicectomía de elección.

A. R.

ARCE (J.) y INTROZZI (S.): Tratamiento quirúrgico de la endocarditis obliterante de los miembros. *La Semana Médica*. Buenos Aires, 1-835, núm. 31, pág. 297.

1.<sup>a</sup> El tratamiento quirúrgico de las endarteritis obliterantes de los miembros no puede ser sistemático. Los dos grandes procedimientos, el clásico de mutilación y la cirugía del sistema vasomotor tienen precisas indicaciones y, lejos de excluirse, se complementan frecuentemente.

2.<sup>a</sup> La cirugía de mutilación está indicada en los fenómenos de gangrena húmeda. En tales casos la amputación debe ser precoz y cuando el proceso gangrenoso invade el antepié la amputación debe realizarse a nivel del muslo. La existencia de un foco de gangrena húmeda contraindica cualquier operación sobre el simpático vasomotor.

3.<sup>a</sup> La cirugía del simpático vasomotor tiene como procedimiento de elección la resección tronculoganglionar de la cadena simpática: operación de Diez, para el miembro inferior, y resección del ganglio estrellado y dos primeros torácicos para el superior.

4.<sup>a</sup> En la tromboangeítis obliterante obtiene la resección de la cadena simpática sus más grandes éxitos. La operación parece apagar la evolución del proceso; en consecuencia, los éxitos son tanto más marcados cuanto más precozmente se opera.

5.<sup>a</sup> En los sujetos jóvenes afectados de procesos obliterativos arteriales de etiopatogenia distinta a la tromboangeítis las resecciones del simpático dan resultados discretos cuando el examen previo ha comprobado la existencia de fenómenos de vasoconstricción.

6.<sup>a</sup> Las operaciones sobre el simpático vasomotor a nivel de la cadena láterovertebral están contraindicadas en los aterosclerosos seniles y sus resultados son pobres en enfermos de más de 45 años.

7.<sup>a</sup> La simpaticectomía periarterial (de acción transitoria en cuanto se refiere a los beneficios sobre la irrigación) tiene su indicación en el tratamiento antiálgico de algunos síndromes de hipoirrigación en aterosclerosos seniles y como operación "preparadora" de amputaciones económicas.

A. R.

## Bacteriología

LUBERTINO (J.): El "Lactobacillus acidophilus" y sus especies afines. *La Semana Médica*, núm. 28, pág. 125 Buenos Aires, 11 de julio de 1935.

El presente trabajo sintetiza los conocimientos fundamentales que se han acumulado sobre un interesante grupo de bacterias alargadas, afines a la especie *Lactobacillus acidophilus*.

En él se cita una revisión cronológica de las más importantes investigaciones relacionadas con el tema, poniendo de relieve la importancia de las aplicaciones que de ellas derivan.

Se dan los métodos de investigación más importantes para el estudio morfológico y fisiológico de este grupo de microorganismos, seleccionando los más precisos y prácticos.

En un cuadro sinóptico especial se dan las características de la fermentación de una serie de hidratos de carbono de algunos representantes de este grupo de bacterias, incluyendo la cepa del *Lactobacillus acidophilus* aislado por Moro, proveniente del Instituto Lister (Inglaterra).

La especie descrita por Moro se incluye en el género *Lactobacillus*, y como resultado de una serie de investigaciones personales específicas, se completan y puntualizan sus caracteres.

Se aconseja la adopción del género *Lactobacillus* para designar las bacterias lácticas en forma de bastoncitos, Gram-positivas, no esporuladas y fermentadoras de hidratos de carbono con formación de ácido láctico y a veces de productos secundarios (otros ácidos orgánicos y anhídrido carbónico).

La denominación de *Thermobacterium*, *Streptobacterium*, *Plocambacterium* y *Acidobacterium*, no han sido adoptadas por el autor por ser posteriores a la anterior. Por otra parte, no ha sido suficientemente fundado el abandono de dicha denominación, todo lo cual está en desacuerdo con las reglas de la nomenclatura botánica.

En el fondo es posible afirmar como una conclusión de las investigaciones efectuadas por numerosos autores y nuestras observaciones personales anteriormente detalladas, que todas las bacterias del grupo *Lactobacillus acidophilus* deben responder a un origen común. La adaptación a distintos medios y las posibles

razones de orden genético, aún poco conocidas, que sin duda deben jugar un rol preponderante en la diferenciación de las formas, prestan apoyo a esta concepción que serviría para simplificar algo el verdadero caos en que se está actualmente para la clasificación y diferenciación de este grupo de microorganismos.

A. R.

## Pediatría

**LORENZO (J.) ETCHELAR (R.):** Aspectos de la sífilis congénita. *Arch. Ur. de Med. Cir. y Esp.* T. V., núm. 5. Mayo de 1935, p. 789.

- 1.º Sífilis congénita se encuentra en los lactantes el 1,45 %.
- 2.º Se encuentra para todas edades 1 %.
- 3.º Se encuentra para el recién nacido cifras aproximadas.
- 4.º La sintomatología sufre en los dos últimos lustros una transformación en el sentido de aminoramiento de la intensidad de los síntomas y disminución de los mismos.
- 5.º En primera infancia el 63 % de los sífilíticos congénitos son distróficos, en segunda el 32 %.
- 6.º En la piel la fleboesclerosis es el síntoma más habitual.
- 7.º El raquitismo precoz se ve en los sífilíticos congénitos menores de 6 meses un 23 por 100 de las veces; el cráneo tabes un 21 %.
- 8.º Parrot en primera y Lannelongue en segunda infancia, se encuentran. Con más frecuencia la segunda que la primera.
- 9.º La triada de Hutchinson es excepcional; notamos una tetrada.
10. Placas y ulceraciones del paladar han sido observadas.
11. El 56 % de los sífilíticos congénitos menores de tres años tienen esplenomegalia y es frecuente la hepatoesplenomegalia.
12. Se comprueba esplenomegalia precoz en niños aparentemente indemnes de sífilis congénita.
13. Los ganglios epitrocleares los encontramos pocas veces.

14. Bronquitis asmátiforme se encuentra por debajo de seis meses y en niños mayores.

15. Las lesiones aórticas y cardi-aórticas se ven con alguna frecuencia.

16. Se ven anemias, leucocitosis relativamente altas y eosinofilia como alteraciones sanguíneas.

17. Testes duros, hidrocele, critorquidea hipoplasia genital, se han observado.

18. Convulsiones en lactantes y meningitis en segunda infancia de origen sífilítico indudable se han descrito excepcionalmente.

19. La reacción sensible ha sido la de Kahn y las positivas alcanzan al 61 %, en primera infancia y en segunda al 92 %. En todas las edades, 77 %.

20. En primera infancia se modifican las reacciones más fácilmente que en la segunda.

21. El llanto se suele observar como síntoma en lactantes.

22. Sífilis sin estigmas, salvo las reacciones, hay un 4 %.

23. Obesidad y mixedema se observan en sífilis congénita.

24. La falta de protocolos de autopsias no permite sacar conclusiones anatomo-patológicas.

25. Visitadoras Sociales en abundancia son necesarias a fin de que los niños tratados no escapen al control y vuelvan.

26. Siempre que usamos arsenicales tipo sulfarsenol, miosalvarsán, etc., para tener éxito y mejoría serológica, debió hacerse tratamiento mixto con bismuto y mercuriales.

27. Respecto a los arsenicales y a los otros es necesario para su uso vigilancia médica del enfermo, previa a cada inyección, axámenes de orina en series y posología discreta de ascenso paulatino.

28. El uso de arsenicales pentavalentes per os, da buenos resultados exclusivamente, durante mucho tiempo, pudiéndose usar en lactantes, o gr. 06 de estorvarsol o equivalente por día hasta o gr. 50. En segunda infancia las dosis no deben ser mucho mayores.

29. Malarioterapia ha sido usada sin influencia en los resultados.

A. R.