

## Revista de revistas

### Medicina

**VÍDELA (C. A.) y LAMARQUE (C.):** La histamina en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. *La Prensa Med. Argentina*, núm. 47, p. 2265. 20 noviembre 1935.

a) La histamina en dosis de un miligramo por vía subcutánea produce fenómenos fugaces de orden local y general.

b) En casos de alteraciones del parénquima pulmonar localiza las zonas por fenómenos húmedos audibles.

c) Las modificaciones del murmullo vesicular o sus reemplazantes (soplos) no son imputables particularmente a la tuberculosis pulmonar, no así cuando se hace con ruidos húmedos agregados.

d) La prueba de la histamina no produce consecuencia alguna, es netamente fugaz.

A. R.

**JUNCADELLA (E.):** Nefrosis por sublimado. *Annals de Medicina*, núm. 6, junio de 1935, página 597.

Las lesiones renales producidas por el sublimado son, a la par que muy intensas, localizadas en el epitelio. Es por esto, por lo que se presta esta enfermedad a esclarecer algunos puntos aún oscuros de fisiopatología renal. El autor presenta los casos vistos últimamente en la Clínica Médica B del Hospital Clínico, de los cuales hace un estudio clínico y anatómopatológico seguido de un resumen del estado ac-

tual de nuestros conocimientos sobre la terapéutica.

Las lesiones más intensas recaen en los tubos contorneados. Presenta microfotografías correspondientes a dos enfermos fallecidos en plena anuria, de los cuales en uno de ellos le fué practicada una decapsulación. El aparato vascular del glomérulo está sano, no así el epitelio de la cápsula de Bowman, el cual frecuentemente está alterado.

Es interesante lo concerniente a la tensión arterial, la cual se eleva en los casos graves, y esta elevación depende, no tanto de la anuria como del deficiente funcionalismo renal. Se presenta con gran constancia un descenso de la reserva alcalina y de la cloremia plasmática y una elevación, en ocasiones considerable, de la cifra de urea en la sangre.

A. R.

**SOLE (R.):** El estado del hígado en las colecistitis. *La Semana Médica*. Buenos Aires, página 1501, 21 de noviembre de 1935, núm. 47.

Como reducciones terapéuticos de cierto interés, anotan los autores:

1.º Que en las colecistitis litiásicas cuya causa responde a las modificaciones de orden endócrino que acompañan a los embarazos, *sin otras causas que pueden haber afectado el hígado*, el resultado de la ectomía es definitivo por la supresión de la causa. Como a un buen número de litiasis de nuestra estadística las hemos visto acompañadas de lesiones hepáticas, no es de extrañar que hayan persistido, en un deter-

minado porcentaje, los trastornos después de la operación.

2.º En las colecistitis alitiásicas, que casi siempre se acompañaron de lesiones hepáticas dominantes, el resultado de la ectomía es menos satisfactorio. Como consecuencia de estas comprobaciones, consideramos que en los casos de recidiva de síntomas sobre todo en los alitiásicos, es indispensable dedicarse a un tratamiento clínico racional del hígado y no pensar en nuevas intervenciones.

3.º En las operaciones por afecciones hepatovesicales, contemplando la frecuencia de alteraciones hepáticas que acompañan a la colecistitis y con el fin de evitar una nueva injuria al hígado, preconizamos, como método de elección, la anestesia local.

4.º En presencia de un síndrome coledociano, el cirujano, por lo que hemos observado, debe esperar que pasen las dos primeras semanas, hasta tanto el proceso destructivo o de necrosis biliar por colostasis o por hepatitis haya pasado y se inicie el de orden regenerativo, sobre todo considerando la frecuencia de las hepatitis icterígenas pseudocolédocianas. Por consiguiente, para la interpretación de estas ictericias deberá tenerse muy en cuenta, según lo demuestran nuestras comprobaciones, que el mecanismo de producción de las mismas obedece con gran frecuencia a la caída de trombus biliares microscópicos dentro de la luz de la vena suprahepática centrolobulillar.

5.º La concomitancia de la lesión vesicular con la hepática hace necesario tener presente, ante un enfermo con colecistitis, que generalmente el órgano principal lesionado es el hígado y, por consiguiente, tanto el tratamiento clínico como el quirúrgico debe contemplarse desde este punto de vista.

6.º Las interesantes revelaciones que proporciona el estudio del hígado por medio de la biopsia, justifican esta investigación en los casos de colecistitis, sobre todo en las alitiásicas, a los fines de pronóstico y tratamiento racional consecutivo a la operación. Disponemos de numerosas observaciones que demuestran la importancia que ha tenido este medio inocuo de investigación.

7.º Los pacientes examinados largo tiempo después de la intervención ofrecen un magnífico control respecto al resultado del tratamiento relacionado con el pronóstico formulado por el estudio de la biopsia. Casi siempre los que pre-

sentan trastornos funcionales post-operatorios corresponden a sujetos en que el estudio anatómico reveló la existencia de intensas lesiones degenerativas y de cirrosis en sus diferentes modalidades.

8.º Considerando demostrada la absoluta inocuidad de la biopsia del hígado, a pesar de algunas críticas injustificadas, la preconización para aquellos casos en que un nuevo e importante elemento de juicio sea necesario para la mejor interpretación clínica de la observación, sobre todo en las colecistitis alitiásicas.

9.º Los trastornos consecutivos a la colecistectomía obedecen, según nuestras comprobaciones, con mayor frecuencia a alteraciones de la glándula hepática que a defectos post-operatorios de los canales extrahepáticos. En consecuencia, debe ser tenido en cuenta el estado del hígado, en primer término, para el tratamiento racional, estableciendo un régimen atóxico, causal, dietético apropiado, así como derivativos y revulsivos en los episodios de repleción o congestión del órgano, agregando a esto y en forma prudencial la opoterapia.

10.º Por último, que la sintomatología muchas veces atribuida a la colecistitis, corresponde frecuentemente a perturbaciones de la glándula hepática, salvo aquellas producidas por causa mecánica (determinadas litiasis) o de orden flogístico (agudas). Acontece en esta cuestión de hepatología, algo semejante a lo observado en gastrología; que a menudo los síntomas atribuidos a la úlcera pertenecen a la gastritis.

A. R.

## Cirugía

**LERICHE (R.):** Naturaleza y tratamiento de la esclerodermia. Investigaciones experimentales y resultados terapéuticos (32 observaciones). *Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. 61, número 2, 26 de enero de 1935, p. 42-50.

Para los autores la esclerodermia no es una enfermedad de la piel solamente.

Las investigaciones de la Escuela de Lyon han demostrado el papel que juegan los paratiroides en su producción, la acción del simpático, la frecuencia de la asociación de la esclerodermia con las poliartritis y la enfermedad

de RAYNAUD. Expone las experiencias de JUNG en la rata mediante inyecciones de extracto paratiroideo, obteniendo una lesión cutánea parecida a la esclerodermia, pero que evoluciona rápidamente. La estadística de LERICHE desde 1922 consta de 32 enfermos. Rechaza la intervención en los casos generalizados, en las esclerodermias extendidas con edemas de pies y manos, con manchas bronceadas que hacen pensar en la insuficiencia suprarrenal, en enfermos débiles.

En jóvenes, si hay sobre todo hipercalcemia, la paratiroidectomía da buenos resultados, así como la resección de las ramas de distribución de las tiroideas inferiores. Parece no obstante preferible practicar una intervención sobre el simpático: simpaticectomía periarterial en casos recientes; gangliectomía o ramisecciones en casos más avanzados. Detalla 3 casos en los que los pacientes han sufrido una verdadera transformación con la sola intervención sobre el simpático.

A. R.

**GUTIERREZ (A.):** Tratamiento de la osteomielitis. *Rev. de Cir. de Buenos Aires*, p. 404, A. XIV, núm. 7, julio de 1935.

El método de Winnett Orr, es un procedimiento que debe ser tenido en cuenta en el tratamiento de la osteomielitis, por los beneficios que suministra, tanto para el enfermo cuanto para el hospital donde se asiste.

Para el enfermo: supresión de innumerables curas; para el hospital: movilización precoz de enfermos que suelen estar internados por mucho tiempo, así como, aminoración marcada de los gastos que cada uno de tales enfermos supone.

Nuestra experiencia se basa en tratamiento de osteomielitis crónicas de tipo prolongado, así como de las subagudizadas.

A. R.

**VOTTA (E. A.):** Calcificación peri-escápulo-humeral. *La Semana Médica*, Buenos Aires, 28 noviembre 1938, núm. 48, p. 1607.

1.<sup>a</sup> Se trata de una enfermedad autónoma, según sostiene Tavernier.

2.<sup>a</sup> Que se confunde habitualmente con la

periartritis escápulo-humeral y las fracturas parciales del hombro.

3.<sup>a</sup> Nuestra observación, que tiene antecedentes francos de especificidad, está de acuerdo con la tesis de Berlín (1928) que relata las observaciones de Bonhoure y Baillat.

4.<sup>a</sup> No se trata de una calcificación de la bolsa serosa subdeltoidea, como bien lo demostró Stulz, Lérique y Breunkmann, sino de una necrosis del tejido tendinoso, seguida de una infiltración de sales calcáreas.

5.<sup>a</sup> La patogenia es aún discutida, pero la mayor parte de las observaciones mencionan el factor traumático como causa predisponente fundamental. En nuestro caso el trabajo desempeñado diariamente por el paciente (bateador de boinas) puede ser considerado un factor traumático.

6.<sup>a</sup> El tratamiento específico tiene una acción decisiva y terminante, fundiendo prácticamente las neoformaciones óseas y señalando uno de los factores etiológicos determinantes del proceso.

A. R.

## Ginecología

**MASRAMON (A.):** Contribución al estudio de los resultados obtenidos con la exohisteropexia subcutánea. *La Semana Médica*, 19 de septiembre de 1935, p. 860. Buenos Aires.

La exohisteropexia subcutánea, a juzgar por los resultados obtenidos a la fecha, cumple ampliamente con su finalidad, desde que corrige total y definitivamente el prolapso genital, con desaparición de los síntomas, dolorosos y funcionales, de los órganos vecinos, que le acompañaban.

En la gran mayoría de los casos, en los cuales además del prolapso existe debilidad del suelo perineal, por desgarró u otras causas, no ha sido necesario hacer operaciones plásticas complementarias a su nivel. El resultado deseado se ha obtenido con esa sola intervención quirúrgica.

En ningún caso han quedado trastornos vesicales o rectales, como consecuencia de la exteriorización del útero por fuera de la cavidad abdominal.

La presencia del útero en el tejido celular

subcutáneo, aun en el caso 2 de la enferma que no estaba en la menopausa, no ha ocasionado trastornos a las enfermas, quienes toleran perfectamente bien la matriz en su nueva ubicación.

En ningún caso se han producido eventraciones post-operatorias, por debilidad local de la pared.

No se han producido complicaciones post-operatorias, como hematomas supurados, a nivel de la incisión operatoria, hecho frecuente en la operación de Murphy.

La sencillez de su técnica y el escaso tiempo que se emplea en la ejecución de todos sus tiempos, hacen de ésta una operación práctica y al alcance de cualquier cirujano, aun los principiantes.

A. R.

**CORREA (J.):** El tratamiento de la esterilidad femenina. *Rev. Mexicana de Cir. Gin. y Cancer.*, p. 549, septiembre de 1935. A. III núm. 9.

1.<sup>a</sup> De lo expuesto se puede asegurar, sin género de duda, que existe una profilaxis de la esterilidad, ya que es frecuente encontrar en su producción causas perfectamente curables y tratables, como son las cervicitis, las metritis, las salpingitis, las desviaciones uterinas, etc., etc.

2.<sup>a</sup> Dado que en el mayor porcentaje de las causas que producen la esterilidad se encuentra la infección gonocócica del árbol genital femenino, se concluye que es factible su profilaxis, principalmente dirigida al hombre antes del matrimonio y en ambos cónyuges durante la vida marital, ya que la blenorragia actualmente es tratable y curable.

3.<sup>a</sup> Los casos observados de hipoplasias uterinas y ováricas, sólo hacen un porcentaje de 12 %, contrastando con las estadísticas extranjeras que arrojan un 25 a 50 %.

4.<sup>a</sup> Evitar hasta donde sea posible, al tratar lesiones uterinas y anexiales, la mutilación de estos órganos, procurando hacer siempre cirugía reparadora y conservadora.

5.<sup>a</sup> Para lo anterior, recurrir a las salpingostomías, anastomosis tubo-uterinas, implantes e injertos ováricos, etc.

6.<sup>a</sup> Al pensar en la conservación de los órganos, recordar lo que dice Mocquot: "no comprometer por ello el resultado de la operación".

7.<sup>a</sup> La aplicación de la cirugía reparadora en ginecología y principalmente para tratar la esterilidad, debe basarse en un juicio crítico y correcto diagnóstico, lo que guiará en el empleo de la técnica y táctica apropiadas.

8.<sup>a</sup> Toda operación plástica tubaria (salpingostomía, anastomosis tubo-uterina) deberá ser seguida en breve plazo después de la intervención, de la inyección de lipiodol, para comprobar su resultado y a veces ayudar a la desaglutinación.

9.<sup>a</sup> Sólo en casos de imperativo categórico deberá usarse la inseminación artificial, teniendo en cuenta, para su éxito, las condiciones enumeradas en el texto de este trabajo.

10.<sup>a</sup> De todo lo expuesto se desprende la utilidad práctica que en la actualidad prestan, por una parte los nuevos métodos de exploración en ginecología y, por otra, los procedimientos terapéuticos en la esterilidad femenina.

A. R.

**PORTES (L.):** A propósito de la apoplejía útero-placentaria. *Ginécologie et. Obstétrique*, mayo de 1935, pág. 665.

Analiza doce observaciones clínicas verificadas operatoriamente. Deduce de su estudio, confirmando lo que ha sostenido en su tesis, que la topografía de la apoplejía uterina no puede ser sistematizada. Las lesiones equimóticas no predominan en la zona de inserción placentaria, sino a nivel de los bordes del útero, en donde nacen los ligamentos anchos. Cuando la apoplejía alcanza al segmento inferior, la infiltración invade la base de los ligamentos anchas y puede llegar a la zona inter-vesico-segmentaria y a los pedículos vasculares. La porción submucosa del músculo queda generalmente indemne; las trompas pueden presentar lesiones.

Ningún síntoma clínico es propio de la apoplejía útero-placentaria y se debe sospecharla en presencia de todo síndrome grave de hemorragia retroplacentaria. Suele predominar el edema del músculo uterino sobre la hemorragia; por eso no hay ningún paralelismo entre la importancia de los fenómenos hemorrágicos y la gravedad clínica real. A pesar de lesiones hemorrágicas pequeñas, suele haber atonía uterina.

Portes no cree que tengan valor patogénico las lesiones vasculares preexistentes. La apople-

jía se debería a rupturas de capilares cuya pared sólo está constituida por el endotelio. Este hecho evocaría la idea de una púrpura uterina confluyente.

El síndrome de apoplejía útero-placentaria evoluciona generalmente en enfermas ya hipertensas. Los accidentes parecen a menudo consecutivos a un aumento progresivo de la tensión arterial. No puede decirse por ahora cuál es la causa de esa hipertensión.

En cuanto a la conducta terapéutica, concluye lo siguiente: si el útero se evacúa espontáneamente, el tratamiento quirúrgico se excluye; si después de producido el parto hay hemorragia, se debe proceder a la histerectomía, porque esa hemorragia se debe a la apoplejía y es incoercible. Si el parto no evoluciona solo ni aun rompiendo artificialmente las membranas, se debe proceder por vía alta, pues la vía baja implica peligros de ruptura del útero. La histerectomía se impone, salvo cuando persiste una suficiente capacidad contráctil; pero aún así, amenaza el peligro de las hemorragias tardías.

A. R.

**OBIGLIO (J.):** Perturbaciones de origen menstrual y responsabilidad. *La Semana Médica*, página 1553, noviembre de 1935.

1.<sup>a</sup> La menstruación es un estado periódico durante el cual el desequilibrio neuroendocrino puede traducir perturbaciones en la conducta y el carácter.

2.<sup>a</sup> Tales alteraciones no son más que la exteriorización de un estado anterior, del psiquismo del sujeto, el cual, acentuado por la menstruación se hace manifiesto.

3.<sup>a</sup> Los delitos cometidos durante este período son debidos a factores endógenos y exógenos, actuando conjuntamente, y no sólo al factor hormonal menstrual.

4.<sup>a</sup> La responsabilidad de la delincuente menstruante será atenuada solamente en los casos que se constate alteraciones en el psiquismo que por su naturaleza patológica le impidan actuar con conciencia, asimilando su delito con los que la ley contempla como debidos a factores morbosos.

## Pediatría

**D'ANTONA (D.) y VALENSIN (M.):** Reactividad cutánea para la toxina diftérica y tasa de antitoxina. *La Pediatría*, p. 47, a. XLII, número 1, enero de 1935.

En conejos pasivamente y activamente inmunizados, los autores han podido observar que en los primeros, a pesar de existir una mayor cantidad de antitoxina en circulación, las reacciones cutáneas a la toxina diftérica fueron más frecuentemente positivas que en los segundos, de donde concluyen que la positividad o negatividad de las reacciones cutáneas no está en relación con la cantidad de antitoxina diftérica en circulación, sino más bien con la facultad de reacción del organismo; la antitoxina diftérica encuentra su origen en los tejidos en contacto con los antígenos específicos, siendo la inmunidad activa superior a la pasiva.

A. R.

## Terapéutica

**FEVRE, PEDRO:** Esteres guayacolados y thiocol. Comparación de su eliminación y de su acción farmacodinámica. — *La Medicina Catalana*, 15 octubre 1935.

El autor hace un estudio fisiológico, farmacológico y sobre el metabolismo basal, de los derivados de guayacol, fijándose principalmente en el carbonato de guayacol y en el sulfoguaiacolato de potasa (thiocol); dice de este último, que es un buen expectorante, que fluidifica las secreciones bronquiales, que su eliminación es rápida y notable por la orina, que acelera el ritmo respiratorio, aumentando las oxidaciones y el metabolismo basal, y que el mecanismo de su acción es por actuar como excitador del sistema retículoendotelial. Sus conclusiones son las siguientes:

1.<sup>a</sup> El carbonato de guayacol, compuesto insoluble, no ionizado, se elimina lenta e incompletamente por la orina, bajo la forma de éster sulfúrico de guayacol. El residuo de este medicamento se evacua por las materias fecales.

2.<sup>a</sup> En el caso de la ingestión de carbonato de guayacol o de inyección intravenosa de gua-

yacol, no se elimina el guayacol por vía pulmonar.

3.<sup>a</sup> El thiocol, compuesto soluble e ionizado, se elimina, sin que sufra alteración, rápida y notablemente, por la orina.

4.<sup>a</sup> El ritmo de la eliminación de estos medicamentos sólo depende de la permeabilidad renal del individuo, como lo demuestra el paralelismo de eliminación del azul de metilo.

El estudio de la acción fármacodinámica del guayacol y del thiocol nos ha permitido comprobar los hechos siguientes:

5.<sup>a</sup> El guayacol provoca una disminución del tono y una lentitud de las contracciones del oviducto aislado de escuerzo no grávido.

El thiocol aumenta ligeramente el tono de este órgano sin modificar la amplitud ni la duración de las contracciones.

6.<sup>a</sup> En inyecciones intravenosas en el conejo, el guayacol no actúa sobre el metabolismo basal, mientras que el thiocol lo aumenta y así provoca una ligera elevación de temperatura.

La acción del thiocol dura aproximadamente dos días y no hay adición de efectos de las inyecciones sucesivas.

7.<sup>a</sup> Si se bloquea el S. R. e del conejo por inyección intravenosa de peptonato de hierro, el guayacol y el thiocol disminuyen ligeramente los cambios respiratorios. Pero cuando el bloque ha desaparecido, el thiocol provoca de nuevo un aumento del consumo de oxígeno.

El thiocol parece, pues, que actúa como excitador del sistema retículoendotelial, sistema que jugará un importante papel en los cambios respiratorios.

A. R.

## Radioterapia

**RIEBELING (M.):** Enfermedades no malignas tratadas por roentgenterapia. *Rev. Mex de Cir. Gin. y Cancer.*, p. 568, núm. 9, septiembre 1935.

Presentamos el examen de 150 casos de enfermos tratados por la roentgenterapia.

Los casos los hemos dividido en grupos de enfermos en la siguiente forma: 1.º Enfermedades de la piel, 75 enfermos, distribuidos en la siguiente forma: Acné, pelada, micosis eczemas, queloides, tuberculosis de la piel, liquen plano, psoriasis, quematosis senil, úlcera venérea no específica, rinoescleroma, varias infecciones de la piel.

2.º Roentgenterapia en ginecología. Fibroma. Dismenorrea dolorosa. Hemorragias funcionales. Mastitis crónica dolorosa.

3.º Enfermedades del sistema linfático. Adenitis tuberculosa. Amigdalitis crónica. Adenopatía mediastínica.

4.º Enfermedades del sistema nervioso. Enfermedades de la medula. Enfermedades de los nervios.

5.º Enfermedades de las glándulas. Adenoma tóxico de la tiroides. Hipertensión esencial. Hipertrofia prostática. Hipertrofia del timo.

6.º Enfermedades varias.

Acompañamos algunos comentarios acerca de algunos grupos de enfermedades, señalando el pro y el contra en el tratamiento por los rayos X.

A. R.