

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

CORDIEL (D.). — **Narcosis e inhalación de oxígeno.** — *Anesthesie et analgesie*, nov., 1937.

El A reúne los resultados de las experiencias por él hechas y que afectan a la anoxia durante las narcosis.

Sus resultados permiten distinguir cuatro tipos de anoxia determinados por los anestésicos: 1.º Anoxia anóxica, caracterizada por un déficit de la tensión de oxígeno en la sangre arterial. 2.º La anoxia anémica, que se produce cuando los glóbulos rojos encargados de transportar el oxígeno no son lo suficientemente numerosos para asegurar la función. 3.º La anoxia por estasis es debida a consecuencia de una extrema lentitud circulatoria; y 4.º La anoxia histotóxica es debida a un trastorno de catalización del oxígeno, que entraña la imposibilidad de ciertas células de utilizar el oxígeno por ellas recibido.

Las causas susceptibles de retener, en el curso de la narcosis, las oxidaciones pulmonares son conocidas, y el autor estudia la conveniencia de hacer respirar oxígeno a los operados antes y después de la narcosis.

Las conclusiones en las que resume el autor el trabajo son las siguientes: La administración de oxígeno durante la narcosis no parece debe ser recomendada, en razón de su influencia sobre el equilibrio ácido-básico.

Por el contrario, la inhalación de oxígeno durante el período postanestésico permitirá luchar eficazmente contra la anoxia, aumentando la tensión de oxígeno en el alvéolo pulmonar y, por consiguiente, en la sangre arterial; el aumento de la cantidad de oxígeno en la sangre permitirá hacer desaparecer los trastornos causados por la

anoxia anémica y por la anoxia de estasis; la aportación de oxígeno bajo una fuerte tensión al nivel de los tejidos favorecerá la desintoxicación de la célula, oponiéndose de este modo a la producción de la anoxia tóxica.

FIELD (J. W.), NIVEN (J. C.) Y HODGKIN (E. P.). — **La prevención del paludismo por el empleo de la quinina y la atebriana. Experiencias de profilaxia clínica sobre el terreno.** — *Boletín de la organización de higiene. Sociedad de Naciones*. Abril, 1937.

Las experiencias relativas a la prevención del paludismo, por la administración regular y frecuente de pequeñas dosis de atebriana y de quinina, se han efectuado en dos plantaciones palúdicas del Estado de Selanger (Estados malayos federados), por el personal de las secciones de estudio del paludismo y de entomología del Instituto de Investigaciones Médicas.

Las plantaciones, designadas por las letras T e Y, presentaban las siguientes características:

Plantación T. — Cultivo de te. Numerosa población india inmigrada y paludismo endémico intenso. Vector: *A. umbrosus*; parásito principal *Pl. vivax*.

Plantación Y. — Plantación de caucho con bastante numerosa población india y con paludismo endémico benigno. Vectores: *A. maculatus* y *A. umbrosus*. Parásito principal: *Pl. falciparum*.

Las observaciones hechas en estas dos plantaciones han recaído sobre 1.253 individuos, con una duración variable hasta de un año, y según criterios experimentales definidos. En lo posible, cada individuo era

seguido desde el punto de vista clínico y parasitológico durante toda su estancia en la plantación.

Cada una de las poblaciones indias de las dos plantaciones se dividió en tres grupos, que se consideraron comparables desde cualquier punto de vista. El primero recibió atebriña como profiláctico, a razón de 4 decigramos por semana para los adultos (2 decigramos dos días seguidos); el segundo, 4 decigramos de bicloruro de quinina por día; el tercero, utilizando como testigo una pastilla semejante a la atebriña, pero absolutamente inerte. Los accesos de paludismo se trataron durante siete días en el primer grupo por la atebriña, y en los otros dos, por el bicloruro de quinina.

Se han descrito los efectos de los medicamentos profilácticos sobre la frecuencia del paludismo, sobre la tasa parasitaria y sobre los individuos tratados. Se han comprobado los siguientes hechos:

a) El tratamiento profiláctico por la atebriña o la quinina produce una reducción notable del número de accesos de paludismo, en comparación con el grupo testigo. Para los últimos seis meses del experimento, esta reducción casi corresponde a la eliminación completa.

b) Los efectos de la acción profiláctica por la atebriña sobre la frecuencia del paludismo y la tasa parasitaria eran algo más marcados que los del tratamiento profiláctico por la quinina.

c) Se ha producido una reaparición rápida de los signos clínicos del paludismo cuando se interrumpió la administración de medicamentos. Esta recrudescencia se ha verificado alrededor de quince días antes en los grupos quinina que en grupos atebriña.

En ciertos casos, todos los signos clínicos de la infección e incluso el acceso primario se han suprimido por los medicamentos, cuya acción producía, en fin de cuentas, una prolongación del período de incubación durante un plazo de un año.

La atebriña parece tener una acción inhibitoria más marcada que la quinina sobre los accesos primarios, que, por razones

entomológicas y clínicas, podría haberse esperado ver aparecer.

Las observaciones hechas no han permitido establecer la inocuidad del tratamiento profiláctico a la atebriña; pero tras el examen personal bihebdomadario de los sujetos en experimentación, no parece que los riesgos sean elevados.

En dos individuos fallecidos de los grupos atebriña, los autores han comprobado lesiones muy graves del hígado, de las que han discutido brevemente la interpretación.

Los efectos sobre las mujeres encinta de la profilaxia por la atebriña y la quinina han sido objeto de una indicación general.

Las observaciones concernientes a la excreción de atebriña, tras interrupción del tratamiento profiláctico, se han descrito detalladamente.

M. BIRAUD (Y.). — **La profilaxia del tifus exantemático y la vacunación contra esta enfermedad.** — *Rapport de la Junta de Expertos. Sociedad de Naciones. Boletín de la organización de higiene.* Abril, 1937.

Los virus-vacunas vivos confieren una protección precoz, ya sea por premunición solamente o por premunición seguida de inmunidad.

Los virus-vacunas vivos, cuando provocan la infección, determinan una protección más fuerte y, por lo mismo, más extensa, es decir, aplicada a mayor número de especies que la que pueden dar los mismos virus muertos.

Los métodos específicos nuevos de prevención del tifus completan los métodos clásicos, sin suprimirlos.

Es preciso distinguir netamente entre las medidas de lucha a instaurar y los métodos de vacunación a elegir, según se trate de amenaza de epidemia o de epidemia declarada.

En casos de amenaza, y sin esperar la aparición de los primeros casos, se deben aplicar las medidas siguientes:

a) Organización y puesta en función de un servicio de despiojamiento sistemático

co y periódico en medio militar y civil, comprendiendo los refugiados y la población flotante. Los procesos de despiojamiento son bien conocidos. Su aplicación dependerá de los recursos locales en personal y material, y se debe estudiar sobre el terreno. Es necesario que el personal del servicio de despiojamiento reciba de antemano una instrucción y entrenamiento especiales.

b) Organización de un servicio de descubrimiento precoz de los casos de tifus.

c) Establecimiento de un plan de aislamiento de los enfermos, comprendido su transporte en vehículos fácilmente desinfectables y su hospitalización. Hay que prever para los locales hospitalarios posibilidades de extensión, según las necesidades.

d) Establecimiento de los planes de aislamiento de localidades eventualmente infectadas (cordón sanitario, reavituallamiento de la población así aislada, etc.).

e) Establecimiento de depósitos de sueros de animales inmunizados. Organización de un servicio para la recogida eventual de suero de convalecientes, con depósito de todo el material necesario.

f) Vacunación por una vacuna muerta de todo el personal médico, sanitario y auxiliar.

En caso de epidemia, hay que prever, entre otras cosas:

a) El empleo inmediato del suero de convaleciente o del suero en reserva, que se recomienda vivamente como preventivo, en primer lugar, para el personal sanitario y administrativo que rodea a los enfermos, excepción hecha de los sujetos ya inmunizados por vacuna muerta más de un mes antes y menos de doce; y en segundo lugar, para las personas que hayan estado en contacto con los enfermos.

b) La vacunación en masa de las poblaciones militares y civiles de las localidades infectadas.

Como actualmente no se pueden producir las vacunas muertas en grandes cantidades, hay que pensar en el empleo de virus-vacu-

nas vivos, que pueden prepararse rápidamente en cantidad, permitiendo responder a todas las necesidades.

Corresponde a las administraciones sanitarias interesadas decidir el empleo de aquellas vacunas cuya eficacia esté comprobada, pero que aún están en el terreno experimental.

El empleo de las vacunas vivas exige una técnica de preparación y una vigilancia rigurosa.

DEBEYRE (M.). — **Las heridas de nervios en la guerra.** — *Echo Médical du Nord*. 13 de julio de 1937.

Después de revisar las discusiones que sobre este tema se produjeron durante los dos primeros años de la Gran Guerra, el A. recuerda las conclusiones adoptadas en mayo de 1917 por la Conferencia Quirúrgica Internacional, conclusiones que son las siguientes: "1.ª Cuando las condiciones de la herida lo permitan, se practicará la liberación del nervio o su sutura inmediata o primitiva. 2.ª Si el nervio no ha podido ser suturado desde el tratamiento inicial de la herida, o si la lesión ha pasado inadvertida, se hará la intervención necesaria después de la cicatrización secundaria de la herida. Conviene atender en este caso, no sólo la cicatrización de la herida cutánea, sino su perfecta desinfección, controlada por los exámenes citológicos".

M. Debeyre recuerda a continuación la histopatología de la fiebre nerviosa traumática, y demuestra la existencia de una relación de defensa como condición indispensable para la eficacia de la labor reparadora.

Después de analizados los diferentes aspectos de la evolución de las heridas de nervios, estudia las consecuencias de estas heridas en lo que concierne a pensiones y a las indicaciones operatorias.

Por último, expone los resultados señalados en recientes comunicaciones, e insiste sobre la utilidad de la cirugía nerviosa y el cuidadoso estudio de los problemas que ésta plantea.

FH. Y AP.