

SECCIÓN BIBLIOGRAFICA

Libros Nuevos

Citología general. Los fundamentos citológicos de la Biología. — J. M. Ortiz Picón. Un tomo en cuarto, de 368 pág., con 193 figuras en negro y en color. Editorial Labor. Barcelona, 1947.

Este libro de Citología, único en su género en la literatura española, dice su autor en el prólogo de la obra, que pretende ser una recopilación armónica de los más importantes conocimientos acerca de la biología de las células. El prof. Dr. J. M. Ortiz Picón, no solamente ha logrado su propósito, sino que lo ha superado, pues nos ofrece una obra de Citología en la que, además de recopilarse todo lo bueno, expone los conceptos intrincados con una claridad y brevedad difícil de superar; escribe un castellano correcto y dice con las menos palabras posible, todo cuanto debe decirse sobre la materia. El libro está al día; nada falta en ninguno de los capítulos, los cuales guardan un perfecto equilibrio, tanto en contenido científico como en extensión.

La ilustración, perfecta; muy bien seleccionada, contribuyendo grandemente a la comprensión del texto, tal como debe ser en obras de esta índole.

Felicitemos al Prof. Dr. J. M. Ortiz Picón por su obra de Citología y por las microfotografías y dibujos originales, demostrando esta ilustración que el autor posee una vasta experiencia en las materias tratadas en la obra. Especialmente, las microfotografías de la mitosis, figura 81 (doce imágenes de mitosis) y las figuras números 124, 125 y de la 130 a la 135, correspondientes al capítulo de conjugación, son perfectas, como raras veces se ven originales en los buenos tratados.

Finalmente, hemos de decir que consideramos un gran acierto el apéndice con un Vocabulario Citológico de los términos empleados en el texto. Será de gran utilidad a los estudiantes y a los médicos no especializados.

Creemos que esta obra posee tales cualidades didácticas, que será adoptada como libro de texto en casi todas las Universidades, especialmente en las Facultades de Medicina.

La Editorial Labor presenta el libro con el esmero a que nos tiene acostumbrados.

S. SIPER

Manual de Terapéutica Clínica. — Windror C. Cutting. — Espasa-Calpe. Madrid.

Aunque como tal «asignatura», ha sido suprimida la Terapéutica Clínica en el plan de estudios de Medicina, bajo el pretexto de quedar englobada en las Patologías y Clínicas Especiales, la realidad sitúa al médico novel ante la perentoria necesidad de un libro auxiliar en este aspecto, llámese «Vadamecum», «Guía terapéutica de bolsillo», «Formulario», etc. La obra que comentamos afronta este problema y abarca todos los aspectos terapéuticos en la práctica diaria del médico general. La exposición no es alfabética sino sistemática, que a nuestro modo de ver facilita más racionalmente la búsqueda de las materias y evita los extravíos a que conduce la sinonimia. En el apéndice, un capítulo describe los procedimientos especiales y las técnicas usuales, en otros se exponen normas y tipos de dietas, equivalencia entre el sistema médico decimal y las medidas inglesas, tablas y curvas de peso, altura y edad, datos clínicos normales, lista de prescripciones, medicamentos y dosis, etc.

En cada capítulo una breve nota bibliográfica, desgraciadamente sólo anglosajona, permite al lector conocer las fuentes. La redacción es de estilo conciso y pragmático, pero se evita el simplismo y el empirismo. Se echan en falta los modernos tratamientos como antibióticos en las infecciones, así como los antitiroideos y otras innovaciones terapéuticas de los últimos años, pero éste es un defecto inevitable en esta clase de libros y que el médico subsana naturalmente con las revistas y publicaciones periódicas.

A. BALCELLS

Cuerpo y espíritu. Sus relaciones fisiológicas y clínicas. — Prof. Dr. Walter H. V. Wyss. — Traducción del alemán por el Dr. J. González de Cos. — Manuel Marín, Editor. 1947.

Las relaciones fisiológicas y clínicas del cuerpo y espíritu, objeto de este libro, es tema de actualidad. No hace muchos años que lo anímico era identificado con las funciones psíquicas del cerebro, concepto desechado y superado por la concepción actual que no admite que lo psíquico esté localizado en este o aquel órgano, sino que lo psíquico es algo inherente al conjunto del ser vivo, el cual forma una individualidad biológica e invisible. Dice el autor: «Lo psíquico es inherente a lo vivo y las leyes que gobiernan lo psíquico tienen gran semejanza con las que gobiernan lo vivo.» Desde este punto de vista, estudia el autor la significación que para el hombre tienen las distintas funciones de los órganos, resaltando la unidad de lo somático y lo psíquico.

Después de la introducción, en la que se ocupa de la posición especial que ocupa el hombre en relación con el medio ambiente y lo inseparable de lo somático y lo psíquico, estudia las funciones orgánicas: sangre, circulación, respiración, alimentación y digestión, funciones excretoras, regulaciones neurovegetativas y hormonales, motilidad y funciones del sistema nervioso central, describiendo la fisiopatología, repercusiones mutuas psicosomáticas, reacciones psíquicas de algunos enfermos y significado de algunas funciones.

En otros capítulos estudia el problema de lo inconsciente y se ocupa de las fuerzas impulsoras de lo psíquico: instintos y aspiraciones, temperamento y sentimientos.

Por el índice de materias que acabamos de enumerar, puede deducirse que se trata de una obra cuyo estudio será de gran provecho para la clase médica, siendo los capítulos expuestos en forma clara a base de experiencia adquirida al correr de los años a la cabecera del enfermo por el autor. A cada capítulo acompaña bibliografía.

J. PONS BALMES

Revistas Nacionales y Extranjeras

CIRUGIA

Alteraciones circulatorias y respiratorias debidas a posiciones forzadas en la mesa de operaciones. — H. C. Slocum, E. A. Hoefflich y C. R. Allen. — *Surg. Gin. Obst.* Junio 1947.

Muchas veces la intervención quirúrgica requiere posiciones tan especiales que un individuo, en plena conciencia, apenas puede soportarlas durante media hora. En el curso de la operación y debido a la influencia del anestésico, las modificaciones compensadoras a que normalmente recurre el organismo de un individuo en tal posición están disminuídas, especialmente en las personas que ya tienen su sistema respiratorio o circulatorio débil o aminorado.

La pérdida del tono muscular disminuye los movimientos espiratorios del diafragma, con producción de respiración superficial o incluso de apnea con la respectiva repercusión circulatoria. Por su parte, la circulación venosa y capilar se modifica y exige mayores esfuerzos cardíacos, con la posibilidad de insuficiencias agudas.

El autor, que ha practicado experiencias muy interesantes, demostrando gráficamente las modificaciones cardiocirculatorias producidas por las diferentes posiciones, termina afirmando que la posición horizontal es la mejor tolerada por los pacientes anestesiados.

Alteraciones circulatorias debidas a efectos de la gravedad sobre el retorno venoso, son directamente proporcionales a las variaciones de posición respecto al plano horizontal. Otras causas coadyuvantes son: pérdida del tonismo muscular, pérdida del tono automático, presión intratorácica anormal, depresión respiratoria, presión intraabdominal anormal y enfermedades generales.

Dificultades de la respiración se producen por depresión del control nervioso,

central o periférico, y con la interferencia mecánica de la excursión respiratoria. En la posición de Trendelenburg extrema, para la litotomía, la presión abdominal aumentada sobre el diafragma puede inhibir, marcadamente, su actividad, en tanto que en la posición prona con inadecuado soporte, interfiere la excursión intercostal.

Por ello debe mantenerse un adecuado intercambio respiratorio, evitando la tensión muscular acompañada de hipoxemia. Si el anestesta obtiene el grado de relajación que puede lograrse con el anestésico de que dispone, encontrará que el cirujano colaborará no exigiendo posiciones extremas para pacientes con pocas reservas. Si se puede prevenir la depresión circulatoria y respiratoria evitando las posiciones extremas, puede demorarse más tiempo en la intervención quirúrgica.

PEDIATRIA

El plasma por vía oral. — J. F. Noehle. — *The Journal of Pediatrics*, 28, 145, 1946.

El autor destaca que los alimentos ricos en proteínas son los que producen el mejor aumento del peso en el recién nacido, lo que tiene un especial interés en el caso de prematuros y débiles congénitos. Hace un comentario acerca del primer alimento fisiológico: el calostro, insistiendo sobre dos hechos: 1) Que éste se asemeja más al plasma que a la leche, y 2) Que la permeabilidad de la pared intestinal del recién nacido, a las proteínas, es tanto mayor cuanto menos maduro sea el niño. Esto le dió la idea de dar plasma por vía oral. Resume las historias y presenta las frías de peso de 7 prematuros que primero recibieron solamente plasma y después de 24 horas, plasma y otros alimentos. Los resultados fueron ampliamente satisfactorios. Comenta la poca frecuencia de los vómitos y la ausencia de trastornos intestinales, a condición de que el plasma esté libre de glóbulos rojos y antígenos sospechosos. La semejanza entre el plasma y el alimento fisiológico de los primeros días es un importante argumento a favor de esta clase de alimentación. Además, es muy posible que sean beneficiosas las hormonas — por ejemplo, las estrógenas —, las vitaminas y los factores inmunizantes. Se obtuvieron resultados muy alentadores en tres casos, de lo que Curtin describió como «shock», pero que el autor prefiere denominar «cianosis de inanición del recién nacido con hemoconcentración». En el futuro se investigará si el plasma humano puede ser sustituido en esta acción de «transfusión intestinal», por una mezcla de hidratos de carbono, sales y proteínas heterólogas. No extrañará que su resultado sea inferior, por la falta de los valiosos factores que aun no se han aislado del plasma. El aumento de peso de los niños alimentados con plasma no se ha de referir a una compleja digestión de las proteínas plasmáticas, sino a la fácil absorción de las mismas. Tiene un caso de especial interés, con una estenosis pilórica, que fué a la intervención. El autor piensa que la alimentación neonatal del futuro será más rica en proteínas que la que es corrientemente empleada en la actualidad y que el plasma será su forma de elección. Además, estas investigaciones han de obligar a los pediatras a insistir en la alimentación precoz con calostro y leche de pecho.

El electrocardiograma en el niño sano menor de cinco años. — Editorial *R. Peruana de Pediatría*, núm. 10, enero 1947, pág. 42.

El electrocardiograma del niño menor de cinco años es manifiestamente diferente al del adulto. La diferencia es aun mayor en el electrocardiograma del recién nacido.

En el electrocardiograma del niño menor de cinco años, hemos encontrado desviación del eje eléctrico de QRS hacia la derecha en el grupo de niños recién nacidos.

Los valores máximos de desviación del eje eléctrico de QRS hacia la derecha, los hemos encontrado entre más de 175° y más menos 180° .

En el grupo de recién nacidos predomina la posición vertical del corazón; en el grupo que comprende a los niños de dos meses a cinco años, la posición predominante es la intermedia.

Las ondas P. de los electrocardiogramas del recién nacido tienen mayor altura que las de los niños de más de un mes de edad.

En los electrocardiogramas de los niños menores de cinco años, el voltaje de

las ondas R. y S. en las derivaciones V1., V2., y VE., tiende a ser igual, lo que no pasa en el electrocardiograma del adulto en el que, en estas derivaciones unipolares torácicas derechas, el voltaje de la onda S. es notablemente mayor que el de la onda R.

Hemos encontrado onda Q. en III derivación con la siguiente frecuencia: En el grupo de recién nacidos en el 100 por 100 de los casos, correspondiendo el valor máximo de 7 mm.

La deflexión preintrínseca, en las derivaciones precordiales derechas de los electrocardiogramas de los niños comprendidos entre los dos meses y cinco años de edad, tiene una duración igual a la de las derivaciones precordiales izquierdas. En los electrocardiogramas del grupo de niños recién nacidos esta deflexión preintrínseca es mayor en V1., V2. y VE. que en V4. y V5.

En los electrocardiogramas del grupo de recién nacidos, la onda T. la encontramos negativa en DII y DIII solamente en dos casos.

En las derivaciones unipolares torácicas de ambos grupos, la onda T. la encontramos invertida en V1., V2., V3., V4. y VE.

La negatividad de las ondas T. en estas derivaciones unipolares torácicas, así como el aumento de la duración de la flexión preintrínseca en las derivaciones unipolares torácicas derechas con relación a las izquierdas, y la desviación del eje eléctrico de QRS hacia la derecha, la interpretamos como originada por una hipertrofia derecha existente en el niño menor de cinco años.

Tratamiento de la neumonía. — *The Med. Clin. of Nord. Amer.* — Enero 1947, número 27, pág. 1253.

La pronta y adecuada administración de sulfadiazina o penicilina en las infecciones pulmonares que pueden ser diagnosticadas clínicamente como neumonías lobares, produce corrientemente un pronto alivio en los síntomas y rápida mejoría del paciente. De la sulfadiazina, se comienza administrando 4 g. Durante las cuatro horas siguientes, se continúa con 1 gr. cada cuatro horas, día y noche, hasta que la temperatura haya permanecido normal durante 48 a 72 horas. Análogos resultados se obtienen administrando 5 gr. de sulfadiazina sódica en 10 c. c. de agua destilada por vía endovenosa, y repitiendo esta cantidad una vez al día (o por mitades en dos aplicaciones cotidianas). La vía endovenosa se reserva para pacientes en coma o con trastornos gastrointestinales que interhieran la administración oral.

En el 10 por 100 de los casos se presentan reacciones tóxicas que se previenen asegurando suficiente ingestión de líquidos para mantener una diuresis no inferior a un litro; y también agregando, tres veces al día, 2 gr. de bicarbonato de sodio.

La penicilina es, en la actualidad, el agente terapéutico más efectivo y se administra a dosis de 20.000 a 30.000 unidades, por vía endovenosa o intramuscular, cada tres horas. Disponemos también de preparaciones oleosas que permiten inyectar 300.000 unidades cada 24 horas. Últimamente se ha agregado la vía oral, cuya dosis inicial debe ser de 200.000 unidades y la dosis siguiente de 100.000 unidades. Después de doce horas con temperatura normal se puede reducir esta dosis a la mitad durante dos días. En las infecciones estafilocócicas, es conveniente continuar con la dosificación total durante dos semanas después de la caída de la temperatura.

Consideraciones finales sobre la evolución de un grupo de 721 niños reumáticos. — *Arch. de Ped. del Uruguay*, núm. 3, T. XVIII, marzo 1947.

Son 721 reumáticos reunidos desde I-1937 a XII-1941, seguidos hasta XII-1945 y agrupados en seis clases, según el estado clínico que tenían en el momento de ser registrados por primera vez:

1.ª Reumatismo articular agudo sin cardiopatía, 139; 2.ª Enfermedad de Bouillaud con cardiopatías sin insuficiencia cardíaca, 429.

3.ª Sospechosos de enfermedad de Bouillaud sin cardiopatía, 84.

4.ª Enfermedad de Bouillaud con cardiopatía y con insuficiencia cardíaca, 43; 5.ª Corea sin cardiopatía, 16, y 6.ª Corea con cardiopatía, sin insuficiencia cardíaca, 10.

Se explican los conceptos en que el autor basó sus definiciones y demás detalles del método empleado.

Fallecidos, 69 (6 por causas ajenas a su cardiopatía reumática; 4 por causas desconocidos), y 59 como consecuencia exclusiva y directa de su cardiopatía reumática (los únicos utilizables para el cálculo de letalidad). De estos últimos, 28 corresponden a los que en su primer registro eran de 4.ª clase, 29 de 2.ª y 2 de primera clase.

En 39, la enfermedad empezó con la forma clásica de reumatismo articular agudo; el intervalo mayor entre el comienzo de la enfermedad y la muerte fué de 10 años; el mayor intervalo entre el comienzo de la insuficiencia cardíaca y la muerte fué de 6 años; en 41 las lesiones clínicas finales no comprendieron el pericardio, 28 eran niñas y 11 eran niños; el menor tenía 5 años y el mayor 21 años. El número mayor de fallecidos correspondió a la edad de 10 años (11). Los tanto por ciento de letalidad variaron notablemente según el punto de referencia (cuadro VI).

Estado comparativo de los sobrevivientes que pudieron seguirse por lo menos durante cuatro años después del primer registro: 359 (54 de 1.ª clase, a 4 años después del primer registro, 45 (5/6) seguían igual; 9 (1/6) empeoraron. De los 237 de 2.ª clase, a 4 años después del primer registro, 137 seguían igual; mejor 65 y 35 empeoraron. De los 46 de la 3.ª clase, a 4 años después del primer registro, 29 (2/3) seguían igual; 17 (1/3) empeoraron. De los 9 de 4.ª clase a 4 años después del primer registro, 4 seguían igual y 4 empeoraron. De los 5 de 6.ª clase a 4 años después del primer registro, 4 seguían igual, mejoró 1 y no empeoró ninguno.

(El significado de las definiciones «siguen igual», «mejoraron» y «empeoraron», varía según la clase y está explicado en el texto del trabajo.)

REUMATISMO

Recidiva en el reumatismo. — A. Baeza Goñi, H. S. de Borquez y E. Barilari. — *Arch. Pediatr. del Uruguay*, febrero 1947.

Destacan como una de las características importantes de la enfermedad reumática en el niño, fuera de su tendencia a lesionar el corazón, la de producir recidivas. Las estadísticas de los autores revelan que éstas son tan frecuentes allí como en los países extranjeros. En cuanto al tiempo en que las recidivas se presentan, después del primer ataque, en los 2/3 de los casos lo hicieron dentro de los tres primeros años, siendo escasos los que la ofrecieron después de cinco años. La mayor frecuencia de las recidivas se observó entre los niños de 9 a 12 años de edad; fueron raras en la adolescencia. La frecuencia del reumatismo fué mayor entre los 6 y los 12 años. Las características clínicas de la enfermedad reumática, tan variables en sus manifestaciones iniciales como en las recidivas, se caracterizan por poliartitis, carditis, corea, etc. En lo que respecta a las lesiones valvulares, más del 85 por 100 correspondía a lesiones de la válvula mitral, siguiéndole en orden de frecuencia las mitroaórticas. La frecuencia de la corea fué de 39,4 por 100, de las que el 53,3 por 100 fueron coreas puras, sin lesiones articulares. El 39,4 por 100 de los coreicos presentó lesiones valvulares del corazón. De ello se deduce la necesidad de prevenir las recidivas en la enfermedad reumática, pues su pronóstico como su mortalidad es directamente proporcional a su número, lo mismo que el grado de incapacidad cardíaca. Para el cuidado de los convalecientes de enfermedad reumática se ha propuesto la creación de hogares o sanatorios-escuelas para reumáticos. La influencia de los climas no está bien determinada. La extirpación de los focos infectados se ha revelado de escaso valor para evitar las recidivas en la enfermedad reumática. Se ha propuesto la vacunación con toxina estreptocócica, el empleo del salicilato de sodio y los sulfonamidos, siendo esta última la que parece haber dado mejores resultados. El tratamiento profiláctico deberá hacerse dentro de los primeros cinco años que siguen al primer ataque de la enfermedad, controlándose el estado de la orina y de la sangre por exámenes periódicos. Finalmente, consideran conveniente la creación de Centros de Reumatología, con visitadoras sociales y enfermeras sanitarias especializadas, para la mejor vigilancia y atención de los niños reumáticos. Se ha hecho tratamiento profiláctico de las recidivas del reumatismo en 31 enfermos; 10 presentaron una recidiva; en los otros 21, periódicamente controlados durante dos años, no se han apreciado signos de actividad del proceso.